



**3º Caderno
de Indicadores
CQH - 2009**



**Programa
CQH
Compromisso
com a
Qualidade
Hospitalar**

Programa CQH

Compromisso com a Qualidade Hospitalar

Elaboração

Ivomar Gomes Duarte
Mirian Hisayo Nagai
Nancy Val y Val Peres da Mota
Olimpio J. Nogueira V. Bittar
Yasuko Yamaguchi Nishikuni

Apoio

Adriana Magalhães
Deborah Pimenta Ferreira
Elisa Aparecida Alves Reis
Ivana Mara Rodrigues da Silva

Secretaria do CQH

Marcus Vinícius Gonçalves Vieira
Mirian Hisayo Nagai
Sofia dos Santos Silva Filha de Souza

Núcleo Técnico do CQH

Antonio Eduardo Fernandes D'Aguiar
Edelton Ghermel Narchi
Giovanni Di Sarno
Haino Burmester
Ivana Mara Rodrigues da Silva
Ivomar Gomes Duarte
José Agenor Mei Silveira
José Green Rodrigues
Mirian Hisayo Nagai
Nancy Val y Val Peres da Mota
Polyanna Lucinda
Yasuko Yamaguchi Nishikuni

Coordenador do PNGS

Núcleo Técnico do CQH

Coordenador CQH

Haino Burmester

Programa CQH

Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH - 2009

Edição: Ivomar Gomes Duarte

1ª Edição

São Paulo/SP

Produção: Soma Comunicação Empresarial/SP

Diagramação: Gilberto Fernandes - gfnfilho@superig.com.br

Impressão: Van Moorsel Gráfica e Editora/SP

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 3 |
| 1. Informações e Conhecimento | 4 |
| 1.1. Gestão das Informações da Organização | 5 |
| 1.2. Uso de indicadores | 6 |
| 1.3. Tendências | 7 |
| 2. Gestão das Informações Comparativas | 8 |
| 2.1. Informações Comparativas - <i>Benchmarking</i> | 10 |
| 2.2. O Painel de Controle | 11 |
| 3. Séries Históricas | 14 |
| 4. Fichas de Indicadores | 36 |
| Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH | 37 |
| Média de Permanência - MP | 38 |
| Média de Permanência por Clínicas | 39 |
| Índice de Renovação | 40 |
| Índice de Intervalo de Substituição | 41 |
| Taxa de Mortalidade Institucional - TMI | 42 |
| Taxa de Mortalidade Operatória - TMO | 43 |
| Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio - IAM | 44 |
| Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso menor que 1.000 g | 45 |
| Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso entre 1.101 até 1.500 g | 46 |
| Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso entre 1.501 até 2.500 g | 47 |
| Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso igual ou maior a 2.500 g | 48 |
| Taxa de Cirurgia Suspensa | 49 |
| Taxa de Reinternação não Programada | 50 |
| Taxa de Reingresso na UTI-Adulto durante a mesma internação | 51 |
| Índice de Exames Laboratoriais por Internação | 52 |
| Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação | 53 |
| Taxa de Cesáreas | 54 |
| Taxa de Cesáreas em Primíparas | 55 |
| Taxa de Apgar no 1º minuto | 56 |
| Taxa de Apgar no 5º minuto | 57 |
| Taxa de Infecção Hospitalar - TIH | 58 |
| Densidade de Infecção Hospitalar - DIH | 59 |
| Distribuição de Infecção Hospitalar por Clínica/Serviço | 60 |
| Distribuição Porcentual de Infecção Hospitalar por Localização Topográfica | 61 |
| Agentes Microbianos Identificados nos Casos de Infecção Hospitalar | 62 |
| Relação Enfermeiro/Leito | 63 |
| Relação Enfermagem/Leito | 64 |
| Relação Pessoal/Leito | 65 |
| Taxa de Absenteísmo | 66 |
| Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos | 67 |
| Taxa de Acidente de Trabalho | 68 |
| Índice de Treinamento | 69 |
| Atividades de Treinamento por Setor | 70 |
| Taxa de Preenchimento das Avaliações pelo Usuário | 71 |
| 5. Grupo de Indicadores de Enfermagem do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar - NAGEH | 75 |
| Séries Históricas e Fichas de Indicadores | 77 |
| Incidência de Queda de Paciente | 81 |
| Incidência de Extubação Acidental | 82 |
| Incidência de Perda de Sonda Nasogastrointestinal para Aporte Nutricional | 83 |
| Incidência de Úlcera por Pressão (UPP) | 84 |
| Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem | 85 |
| Incidência de Flebite | 86 |
| 6. SAHE - Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino | 87 |
| Fichas de Indicadores e Séries Históricas | 88 |
| Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IQI 15) | 89 |
| Taxa de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca Congestiva (IQI 16) | 90 |
| Taxa de Colectomia Laparoscópica (IQI 23) | 91 |
| 7. Bibliografia | 92 |

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca da Associação Paulista de Medicina - APM

Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH
3º Caderno de Indicadores CQH-2009 / Programa CQH - São Paulo: APM/CREMESP,
2009.
92 p.

Inclui referências bibliográficas.

1. Qualidade hospitalar. 2. Indicadores de serviços de saúde. I Associação Paulista de Medicina (APM). II. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). III. Título.

Introdução

O Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar - desde seu início, vem incentivando a utilização dos indicadores como suporte ao processo decisório e a gestão hospitalar. Posteriormente, com a adoção do modelo baseado nos critérios da Fundação Nacional da Qualidade - FNQ, que tem entre seus fundamentos a gestão baseada em fatos, o uso de indicadores passou a ser condição imperativa e considerado como um dos elementos fundamentais. Tal situação foi reforçada com a implantação do Prêmio Nacional da Gestão em Saúde – PNGS onde, “Informação” e “Conhecimento” constituem as principais ligações entre os vários pilares desse modelo, conforme pode ser observado na figura abaixo.



Neste sentido, visando contribuir para a gestão das informações hospitalares este 3º Caderno de Indicadores do CQH apresenta os principais indicadores e as séries históricas mais relevantes dentre as disponíveis no acervo do Programa, apresentado também vários referenciais comparativos.

1. Informações e Conhecimento

A gestão das Informações e do Conhecimento constitui um dos fatores críticos para o sucesso, tanto de um modesto empreendimento comercial como na administração de complexos sistemas de saúde modernos.

A informação no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde, sua análise e utilização, pressupõe um conjunto de dados derivados da comunicação que se estabelece entre as seguintes partes:

- PACIENTE (ou familiar) com INSTITUIÇÃO DE SAÚDE (Cobertura de plano de saúde, Atendimento ao SUS ou não, etc);
- PACIENTE com PROFISSIONAL DE SAÚDE (queixa, historia clínica);
- PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENTRE SÍ (Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, auxiliares, etc);
- Comunicação de informações administrativas (financeiras ou securitárias);
- Comunicação de informações epidemiológicas (SIM, SINASC, SINAN, CIH, SIH, SIA e outros);
- Informações gerenciais, ambientais e de mercado; entre outros.

Por isso, torna-se necessário o estabelecimento de estratégias para a obtenção, processamento, análise, armazenamento e utilização desse conjunto de dados e informações, de forma organizada e sistematizada, como elemento fundamental no planejamento e na implementação de sistemas de saúde que satisfaçam as necessidades dos financiadores, dos gestores, dos profissionais, da sociedade e, principalmente do cidadão (cliente ou usuário).

A assistência à saúde em geral e em particular a prática médica modificaram-se substancialmente ao longo dos tempos. Atualmente, observa-se um crescimento extraordinário da quantidade e complexidade do conhecimento médico, numa velocidade que dificulta a atualização do profissional das áreas ligadas à saúde. Uma consequência natural desse progresso foi o aumento da quantidade, intensidade e complexidade dos serviços prestados ao paciente e a população em geral, e em consequência gerando uma grande quantidade de dados e informações.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME, no âmbito das organizações de saúde, tem sido o principal depositário dos dados e informações sobre a assistência prestada ao paciente, ou seja, sobre a atividade-fim destas organizações. As anotações do médico e os relatórios de enfermagem, por outro lado, contém a informação essencial sobre a evolução clínica do paciente, sendo os elementos fundamentais do prontuário do paciente; soma-se a essas, as anotações dos demais profissionais de saúde que, ao longo do tempo, têm sido incorporados à equipe de assistência ao paciente. Diante disso, pode-se afirmar que o prontuário do paciente constitui a principal fonte de informações referente às atividades assistenciais e é o principal documento de uma organização de saúde sob aspectos administrativos, assistenciais e jurídicos.

Com a modernização e sofisticação da organização hospitalar, na medida em que novas estruturas foram surgindo (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Setor de Faturamento, Equipes de Gestão da Qualidade, Núcleo de Epidemiologia Hospitalar, Auditoria de Contas Médicas, etc.), a necessidade de novas informações aumentou e, nem sempre os dados coletados sob a ótica da assistência, têm sido suficientes ou adequados para satisfazer as necessidades de informação destas novas áreas. Isto fez com que novos instrumentos de coleta e armazenamento fossem desenvolvidos e introduzidos nas organizações de saúde, causando muitas vezes, redundância e inconsistência dos dados, além do desperdício de recursos.

O sucesso destas organizações, sejam públicas ou privadas, cada vez mais, depende de sua capacidade de captar e processar as mais variadas informações dos ambientes interno e externo, promovendo sua organização, integração e divulgação às partes interessadas, de modo sistematizado e oportuno, tornando-as instrumentos importantes do processo decisório.

1.1 Gestão das Informações da Organização

As organizações de saúde manipulam e processam uma grande quantidade de dados e informações decorrentes de sua estrutura, seus processos e resultados que apresentam, bem como dados e informações referentes ao segmento e ambiente onde atuam. Essas informações formam o conjunto de indicadores utilizado para monitorar o desempenho da organização e o alinhamento das atividades do núcleo operacional com as diretrizes estratégicas. O Programa CQH procura avaliar de que modo as informações da organização são selecionadas, obtidas, armazenadas, utilizadas e atualizadas, como instrumento para se atingir as metas institucionais.

As informações podem se referir a qualquer uma das perspectivas que determinam o desempenho da organização, como por exemplo, aos seus processos finalísticos (incluindo medidas do resultado da assistência), aos aspectos financeiros (incluindo custos operacionais, custo do produto hospitalar por grupos diagnósticos), aos clientes (perfil epidemiológico e sócio-econômico, universo potencial e universo atingido, níveis de satisfação e insatisfação); aos colaboradores (força de trabalho), como por exemplo: Dados sobre perfis profissionais, desempenho individual e de equipe, vínculo funcional, treinamentos, capacitação, admissão, evolução funcional, demissão, etc ou, ainda, aos demais processos de apoio, como acompanhamento das compras, serviços gerais e manutenção, por exemplo.

Importante ressaltar a necessidade de atualização nos cadastros gerais da instituição nos quais costumam repousar as informações referentes à estrutura organizacional, tais como: Organograma, plantas físicas e mapas das instalações; regimentos de diretoria e de Corpo Clínico, alvarás e mapas dos leitos em operação, fichas e manuais dos principais equipamentos, resumindo, cadastro atualizado da estrutura hospitalar e dos seus equipamentos.

A lista apresentada acima é apenas um exemplo, pois quem define a relevância da informação, determinando quais serão coletadas e como serão utilizadas é a própria organização. O importante é que as informações estejam relacionadas com todas as partes interessadas da organização, bem como abordem todos os aspectos relevantes desta organização. É fundamental que os mecanismos de seleção, coleta, registro e armazenamento das informações sejam confiáveis, seguros e, principalmente, permitam a fácil utilização por todos os usuários que delas necessitem.

Para isso, é importante que as bases de dados de natureza diferentes estejam integradas e consistentes, possibilitando a troca de informações entre si, permitindo o cruzamento de dados armazenados em diversas plataformas e em diversos setores do Hospital ou serviço de saúde. A preocupação com a integração de bancos de dados e adoção de tecnologias que permitam reduzir o problema da múltipla coleta de dados deve ser uma constante. Um aspecto bastante importante a ser avaliado, refere-se aos procedimentos e as tecnologias utilizadas para satisfazer as necessidades dos usuários das informações, em relação à confidencialidade, integridade, acessibilidade e disponibilidade, além do grau de atualização.

O uso de recursos de Tecnologia de Informação (hardware e software) tem facilitado significativamente a comunicação e a disponibilidade de informações pelas unidades internas da organização, além de facilitar o seu relacionamento com clientes, fornecedores, sociedade e governo. O recurso usualmente empregado nas organizações é o uso de redes internas – INTRANET - que permitem a comunicação e a transmissão de dados entre os técnicos e gestores, alcançando todos os níveis da organização, além da utilização da INTERNET para ampliar o acesso a informações sobre os serviços oferecidos pela organização hospitalar, bem como outros assuntos de interesse das várias partes interessadas.

Na avaliação dos sistemas de informações e da tecnologia utilizada, deve-se lembrar de todos os aspectos éticos e legais que envolvem as informações em saúde. As organizações e os profissionais de saúde devem estar atentos às discussões e questionamentos sobre o tema, assim como, devem observar a Resolução CREMESP (Nº. 097/2001), de 20 de fevereiro de 2001, que dispõe sobre a idealização, criação, manutenção e atuação profissional em domínios, sítios, páginas ou portais sobre medicina e saúde na Internet.

Além desta resolução, profissionais que atuam na área da saúde, devem conhecer também duas outras importantes resoluções publicadas em 2002:

- Resolução CFM 1.638/2002, que define prontuário e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde;
- Resolução CFM 1.639/2002, que aprova as “Normas Técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do Prontuário Médico”, dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. E estabelece o prazo mínimo de 20 anos, a partir do último registro para a guarda de prontuários.

1.2. Uso de indicadores

Uma dimensão relevante na gestão de um serviço de saúde é o uso efetivo dos dados qualitativos e quantitativos disponíveis, como por exemplo os relativos ao desempenho dos processos, satisfação de clientes, aplicação de seus recursos, entre outros, que podemos chamar de indicadores de qualidade e produtividade.

Pode-se definir indicador como “dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos ou insumos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e de uma organização como um todo” (FNQ 2005). Constituem a representação quantificada da qualidade de um produto ou serviço.

Os indicadores e informações devem representar o conjunto de requisitos utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas na gestão da organização e, a partir dessa avaliação, verificar a necessidade de melhorias.

Importante destacar as qualidades esperadas em um bom indicador, tais como:

- Simplicidade - quanto mais simples e clara for a relação matemática do indicador menos distorções apresentará;
- Inteligibilidade - de fácil entendimento aos usuários e analistas do mesmo;
- Objetividade - não depender da interpretação do observador;
- Estabilidade - seus elementos (numerador e denominador) são constantes ao longo do tempo;
- Especificidade - capta eventos bem definidos;
- Sensibilidade - capaz de captar pequenas flutuações ou variações no requisito estudado;

- Rastreabilidade - conhecimento e controle de suas variáveis;
- Baixo Custo de Obtenção – utiliza os relatórios e boletins rotineiros da instituição. Evita a criação de novos instrumentos de coleta de dados paralelos aos existentes, bem como a construção de sofisticados e complicados modelos.

Como exemplos de indicadores incluem-se aqueles relacionados à estrutura, aos processos organizacionais, resultados gerais da organização, e às melhorias geradas.

Incluem-se entre os indicadores aqueles relacionados ao grau de atualização e confiabilidade dos sistemas de informação, tempo para disponibilizar a informação, quantidade de informações, adequação dos recursos alocados à tecnologia da informação e adequação do sistema de indicadores às necessidades da organização.

1.3 . Tendências

O valor de um indicador será tanto melhor quanto mais fidedigno for seu resultado. Porém, mais importante do que o resultado isolado de um indicador é a construção da série histórica desse indicador, capaz de apontar tendências. O folclórico exemplo do copo com água até a metade diante do qual as pessoas discutem se o mesmo está meio cheio ou meio vazio reforça nesse sentido. O relevante é saber se o copo está enchendo ou esvaziando, em outras palavras, qual a tendência.

A FNQ define tendência como o comportamento conjunto de resultados ao longo do tempo, indicando que para sua análise os Critérios de Excelência requerem a apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos.

2. Gestão das Informações Comparativas

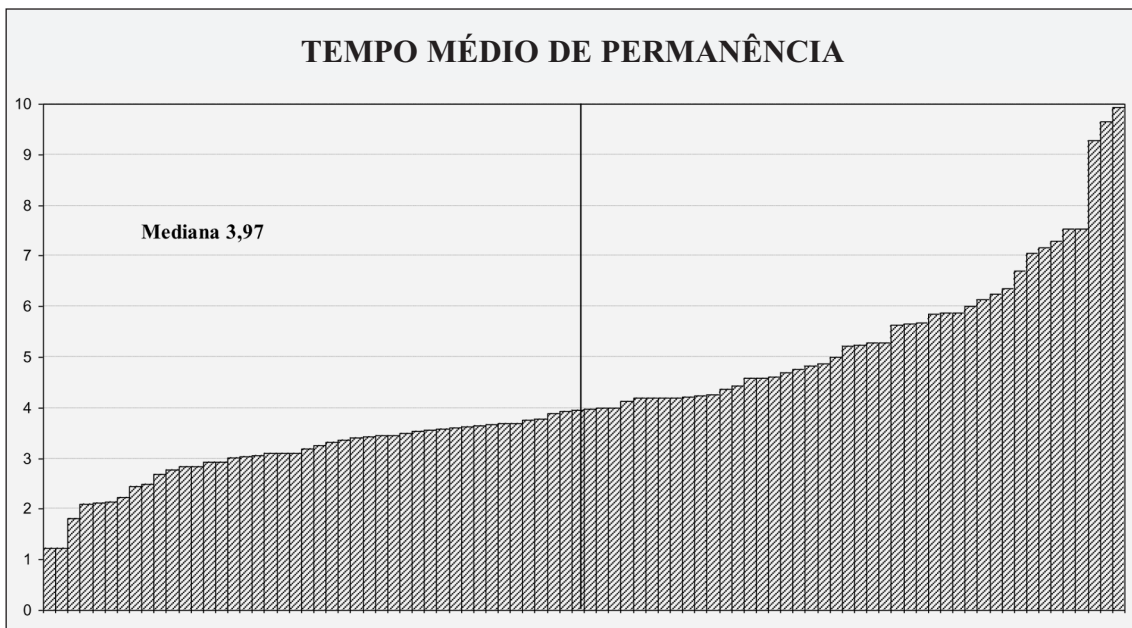
Um dos fundamentos para a gestão das informações é o de que os conceitos de eficiência são relativos, ou seja, reportam-se sempre a padrões estabelecidos. Sendo assim, a organização moderna - pública ou privada - para o cumprimento dos seus objetivos precisa ter claramente definidos os seus padrões de eficácia e eficiência para com isso, avaliar objetivamente o seu desempenho. Para tanto, precisa estar sempre sintonizada com os acontecimentos do ambiente externo em que atua.

Superado o paradigma burocrático da organização voltada para si mesma, impõe-se às organizações a identificação de referenciais externos pertinentes, que possam ser utilizados para fins de comparação do próprio desempenho, orientando o estabelecimento de metas que conduzam ao desenvolvimento institucional.

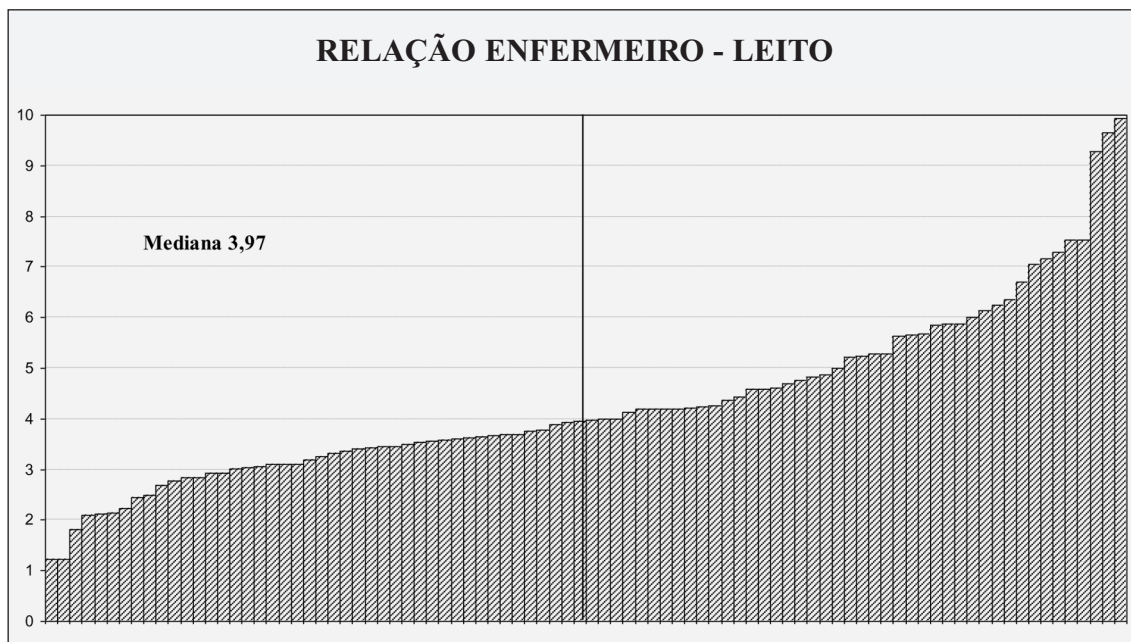
Conforme a FNQ, referencial de excelência é a prática ou resultado considerado o melhor da classe. O termo também pode designar uma organização, processo ou produto, reconhecido como o melhor no mundo, país, região ou ramo de atividade.

O modelo de gestão adotado pelo CQH aborda as informações relativas ao desempenho da organização frente às melhores práticas disponíveis no setor. Essas informações e esses referenciais pertinentes podem ser obtidos junto a organizações congêneres, que exercem funções correlatas em outras regiões do país ou em outros países ou ainda, junto a organizações que atuam em setores diferentes, mas que mantêm processos com características convergentes.

A construção das curvas de distribuição de indicadores dos vários hospitais participantes, como que estabelecendo referenciais comparativos, constitui num dos principais componentes do Programa nesses anos todos, conforme exemplos de curvas, a seguir:



Fonte: CQH, quarto trimestre de 2008.



Fonte: CQH, quarto trimestre de 2008.

O modelo CQH aborda como as informações da organização e dos referenciais comparativos são classificadas e gerenciadas para serem utilizadas no planejamento estratégico e na avaliação do desempenho global da organização.

Avalia como são integradas em sistemas de indicadores de desempenho, organizados de forma a alinhar processos com planos estratégicos e para acompanhar e melhorar seu desempenho. Avalia, também, a utilização de informações de organizações públicas e privadas com processos de trabalho similares, que possam ser adotados como referenciais, possibilitando o *Benchmarking*.

Um aspecto importante a ser destacado está relacionado com os critérios para a seleção das fontes adequadas dos referenciais comparativos. Essas fontes podem incluir boletins e revistas técnicas, seminários, congressos, associações de classe, empresas de consultorias, fóruns internacionais, Internet, relatórios técnicos e de gestão, entre outros.

Devem-se examinar também os métodos pelos quais as informações provenientes de todas as partes da organização são integradas e correlacionadas para avaliar seu desempenho global, cobrindo vários aspectos fundamentais do desempenho, como satisfação dos clientes, orçamento/finanças, servidores, fornecedores, serviços/produtos e processos organizacionais.

Exemplos de gestão das informações comparativas incluem:

- Como a melhoria do desempenho dos serviços/produtos se relaciona com os principais indicadores relativos a clientes, por exemplo, satisfação, fidelização, retenção, participação no mercado;
- Interpretação das mudanças na participação no mercado em termos de conquista e perda de clientes e de alteração na satisfação dos clientes;
- Implicações na satisfação dos usuários decorrentes de melhorias nos principais indicadores de desempenho operacional, tais como: tempo de espera para atendimento, demora para efetivação da internação, intervalo de substituição, tempo médio de permanência, giro do leito, redução de desperdício, perda de resultados e laudos de exames, iatrogenia, e outras;

- Benefícios financeiros decorrentes de melhoria na segurança, absenteísmo e rotatividade da força de trabalho, quando comparados com as médias do setor;
- Alocação de recursos para projetos alternativos de melhoria, com base em implicações nos custos, na receita e introdução de novos serviços/produtos;
- Tendências de custo, preço e produtividade, em relação aos concorrentes.

Esses indicadores e informações devem ser periodicamente avaliados pela organização para determinar sua adequação e a eficácia das práticas utilizadas para a gestão das informações comparativas e, a partir dessa avaliação, verificar a necessidade de melhorias nos sistemas de informação e de indicadores.

2.1. Informações Comparativas - *Benchmarking*

Benchmarking constitui uma importante ferramenta para a melhoria dos processos organizacionais e se fundamenta na análise e comparação de processos similares, introduzida em meados dos anos 80, por David Kearns, CEO da Xerox Corporation.

Benchmarking pode ser definido como uma abordagem racional e disciplinada visando à melhoria contínua, que ajuda a identificar, comparar e reproduzir a melhor prática onde quer que ela ocorra. Ou conforme Kearns, “*Benchmarking* é um processo contínuo de medição dos nossos produtos, serviços e práticas, com os dos nossos concorrentes mais fortes e líderes em seus segmentos”.

Tal ferramenta fundamenta-se no estudo dos fatores críticos de sucesso da organização, no conhecimento dos processos organizacionais e na identificação de referenciais comparativos (*benchmark*).

Neste caso, unidades descentralizadas de uma mesma organização podem servir de referencial umas para as outras para fins de comparação do desempenho. Além disso, existem processos desenvolvidos por organizações diferentes que guardam semelhanças quanto à sua natureza, e que podem ser comparados para fins de “*Benchmarking*”.

Esquemáticamente podemos classificar o *benchmarking* nos seguintes tipos:

- **Interno:** realizado na comparação entre processos dentro da mesma organização, como por exemplo:

Processo interno de limpeza mais eficiente nos vários departamentos da matriz;
Filial mais rentável (com os processos melhores).

- **Competitivo:** comparação de processos similares entre dois hospitais ou dois laboratórios concorrentes, por exemplo. Comparar com instituições de referência no seu ramo de atividade.

- **Funcional:** Processos similares aos seus em empresas de outro ramo, como por exemplo, comparações entre a hotelaria do hospital e de um hotel. Ou a comparação dos processos da lavanderia hospitalar com a lavanderia de um hotel.

- **Genérico:** Instituições especializadas em algum processo da sua empresa, como por exemplo, comparar os processos da lavanderia hospitalar com os processos de uma lavanderia industrial. Usado para comparar processos que são atividade-meio no hospital com processos de empresas que os tem como atividade-fim.

As informações obtidas de referenciais de excelência também podem apoiar as avaliações críticas e as decisões relativas às competências requeridas, para o estabelecimento de parcerias e nos processos de terceirização, entre outras.

A definição de padrões éticos na busca de referenciais comparativos é um aspecto importante que deve ser levado em conta pela organização. As informações devem ser

obtidas legalmente com o consentimento, sendo vedada a recepção ou divulgação de informações sigilosas. Deverá haver uma reciprocidade entre as instituições ou organizações envolvidas no processo de *Benchmarking*.

As principais dificuldades na execução do *Benchmarking* são a baixa adesão das partes envolvidas; a escolha de vários processos simultâneos com a conseqüente perda de foco, a escolha de referenciais (*benchmark*) inadequados e ainda a falta de um coordenador que domine a metodologia e que esteja bastante envolvido.

2.2. O Painel de Controle

Na área da saúde, as atividades administrativas, não diferem significativamente das outras organizações. Porém, na sua área fim, nem todas as atividades do nível operacional são passíveis de padronização (embora hoje já exista um grande esforço para se chegar o mais próximo disto, com o desenvolvimento e a utilização de protocolos clínicos).

Na escolha dos indicadores para a construção de um painel de controle ou de bordo, devem-se observar os fatores críticos de sucesso da organização, em relação à sua operação (produção e recursos utilizados), à sua estratégia competitiva (mercado e concorrentes) e aos fatores vinculados ao meio ambiente (economia e demografia).

Além disto, no processo de seleção dos indicadores mais adequados, devem-se procurar aqueles relacionados com os objetivos da organização e, também, aqueles que possam comunicar de forma mais clara e objetiva as realizações da organização para todas as partes interessadas: clientes, força de trabalho, proprietários (acionistas, patrocinadores, governo ou contribuintes), fornecedores e parceiros, comunidade e sociedade.

Kaplan e Norton (1996) introduziram uma metodologia para a análise crítica e acompanhamento da organização, denominada *Balanced Scorecard* (ou painel de bordo), a qual mede o desempenho da organização através de quatro dimensões ou perspectivas, atendendo às partes interessadas: finanças, clientes e mercado, processos internos do negócio e aprendizado/crescimento organizacional, ou seja, a força de trabalho.

A metodologia do *Balanced Scorecard* (BSC) enfatiza que as medidas financeiras e não financeiras devem fazer parte do sistema de informações dirigido a todos os colaboradores (força de trabalho), em todos os níveis da organização. Aqueles que atuam na linha de produção devem compreender as conseqüências financeiras de suas decisões, bem como os da cúpula estratégica devem saber quais as conseqüências de seus atos, a médio e longo prazo, no produto final da organização,

O BSC ou painel de bordo não deve, portanto, ser visto apenas como um sistema de medida ou coleção de alguns indicadores, mas sim como um sistema de apoio ao gerenciamento da organização. Estes indicadores devem representar um balanço entre as medidas referentes, aos financiadores e clientes (aspectos externos à organização) e seus processos internos, sua capacidade de inovação, aprendizado e crescimento.

Embora a metodologia tenha sido utilizada inicialmente em organizações lucrativas, vem sendo também empregada no gerenciamento de empresas governamentais e sem fins lucrativos. Nestas organizações, a perspectiva financeira geralmente não indica um objetivo, mas sim, uma restrição. Elas precisam limitar seus gastos a um determinado orçamento, porém, executar adequadamente este orçamento ou, até mesmo, executar uma quantia menor do que o previsto, nada diz em relação a sua eficiência ou efetividade. Por isso, o sucesso de organizações públicas ou sem fins lucrativos deve ser me-

dido em função de sua capacidade de atender às necessidades e expectativas de seus clientes (cidadãos), cumprindo sua finalidade (missão).

2.2.1 Exemplos de Critérios para a Montagem do Painel de Controle

Conforme apontado anteriormente, cada dimensão ou perspectiva do BSC pode ser tomada como um critério para avaliação (clientes, finanças, processos internos e aprendizado & crescimento), desdobrando-se em critérios mais específicos.

A. Clientes

- Participação no mercado (*market share*);
- Porcentual de pacientes residentes fora da área de referência do hospital;
- Satisfação de Clientes e familiares;
- Satisfação dos Médicos e dos Financiadores;
- Aumento de clientes e fidelização;
- Índices de reclamação;

É fundamental para qualquer organização conhecer quem são os seus clientes e sua distribuição dentro do mercado, segundo diversas formas de segmentação. Nas organizações de saúde privadas, é comum a segmentação dos seus clientes por operadoras de saúde ou por profissional que indicou a internação ou procedimento; na área pública, geralmente, a segmentação é feita por área geográfica ou nível de complexidade. Estas segmentações são feitas, em geral, para o acompanhamento de estratégias de mercado; para o planejamento e alinhamento de processos, utilizam-se segmentações por morbidade, aspectos demográficos, etc. O perfil nosológico da clientela e da comunidade onde o serviço está inserido é essencial para a boa gestão.

B. Finanças

Nas organizações privadas, indicadores para o acompanhamento das finanças sempre existiram, mesmo que fossem indicadores referentes apenas ao critério de lucratividade. Na área pública, estes indicadores nem sempre são acompanhados sistematicamente, ficando restritos ao setor financeiro. A colocação deles no painel de controle da organização, vinculados às outras dimensões, permite o acompanhamento do seu desempenho por todas as partes interessadas.

- Retorno do investimento / valor agregado;
- Crescimento das receitas operacional e total por período;
- Porcentagem de clientes SUS / Planos de Saúde;
- Índices de glosas segundo a fonte pagadora;
- Custo médio por internação por especialidade;
- Custos - segmentado, por área, por exemplo, custo da esterilização ou discriminado por produto, por exemplo, custo do quilo de roupa lavada, custo da limpeza do metro quadrado de piso, custo da refeição, etc.

Além da lucratividade ou orçamento planejado e executado, são critérios também utilizados: retorno do investimento, custo de produção e diversificação das receitas.

C. Aprendizado & Crescimento

A capacidade de aprendizado e crescimento da organização é medida através de sua força de trabalho. Além dos critérios específicos em relação à capacitação e treinamento, são importantes o acompanhamento da satisfação e retenção da força de trabalho, bem como da produtividade. Como exemplo, temos:

- Taxa de Acidentes do Trabalho / Taxa de Absenteísmo/ Rotatividade de Mão-de-Obra;
- Capacitação da Força de Trabalho (Horas de treinamento/ funcionário/ período);
- Retenção da força de trabalho;
- Porcentual de Médicos e/ou Enfermeiros com título de especialista;
- Disponibilidade e acesso ao sistema de informações;
- Grau de satisfação da força de trabalho.

Até aqui, nestas três dimensões (clientes, finanças e aprendizado & crescimento), existem poucas diferenças significativas entre as organizações de diferentes setores, e vários dos critérios específicos listados acima aparecem ou podem aparecer em quase em todos os painéis de controle (BSC) desenvolvidos.

Já na dimensão referente aos processos internos da organização, que incluem os seus processos finalísticos, processos meios e processos relativos aos parceiros e fornecedores, além da capacidade de inovação, podemos encontrar uma grande diversidade de critérios específicos e nos respectivos indicadores.

D. Processos

Na área da saúde, muitos indicadores referentes aos vários processos organizacionais, são bastante conhecidos e freqüentemente utilizados; outros deverão ser construídos de acordo com as características e as necessidades de cada organização.

Exemplos de indicadores de processos largamente utilizados:

- Taxa de Infecção Hospitalar;
- Taxa de Mortalidade Institucional;
- Taxa de Ocupação Hospitalar;
- Tempo Médio de Permanência;
- Giro do Leito (Intervalo de Substituição);
- Índice de Renovação (Rotatividade do Leito)

Estes indicadores são parte de muitos outros descritos pelo Ministério da Saúde (1998) e alguns, foram mais recentemente revisados pela Portaria SAS/ nº. 312, de 02/05/2002 (Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar). A maioria deles é utilizada para medir a eficiência dos serviços prestados. Porém, necessitamos, também, de indicadores capazes de medir a qualidade intrínseca dos processos de assistência, ou seja, avaliar se os procedimentos ou condutas médicas adotadas levaram aos melhores resultados clínicos, associados aos melhores resultados financeiros.

Por fim é necessário estabelecer-se uma sistemática para melhorar as práticas relativas à gestão das informações em geral e em particular das comparativas. Para que essa avaliação seja feita de forma estruturada e contínua, é necessário que existam responsáveis definidos e um período pré-determinado para a realização das avaliações.

Esses indicadores e informações devem ser utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas para a avaliação crítica do desempenho da organização a partir de comparações com organizações similares.

Ao finalizar reafirme-se que a gestão das Informações e do Conhecimento constitui um dos fatores críticos para o sucesso, tanto para um modesto empreendimento comercial como para a administração dos complexos sistemas de saúde modernos.

3. Séries Históricas

O Programa CQH apura desde 1991 as curvas de distribuição dos indicadores hospitalares dos hospitais participantes, bem como a mediana dessas curvas. As séries históricas que seguem foram construídas a partir de informações catalogadas e são representativas da amostra do CQH, constituída por dados e informações de 192 hospitais com as seguintes características:

| Localização | Tipo |
|---|------------------------------|
| São Paulo e Região Metropolitana ..40,63% | Geral81,77% |
| Interior de São Paulo.....47,92% | Gineco-Obstétrico5,21% |
| Outros Estados11,46% | Psiquiátrico.....5,73% |
| | Outro7,29% |

| Natureza Jurídica | Porte |
|-----------------------------------|---------------------|
| Privado Lucrativo38,02% | Pequeno10,94% |
| Privado Não Lucrativo36,98% | Médio45,83% |
| Público.....25,00% | Grande41,67% |
| | Especial1,56% |

O valor anual para a construção da série histórica foi obtido a partir das médias das quatro medianas anuais dos indicadores.

Por exemplo, para a apuração da Taxa de Ocupação Hospitalar de 2008, somaram-se os valores das medianas dos quatro trimestres e dividiu-se por quatro.

Mediana do primeiro trimestre = 71,72%

Mediana do segundo trimestre = 75,82%

Mediana do terceiro trimestre = 71,43%

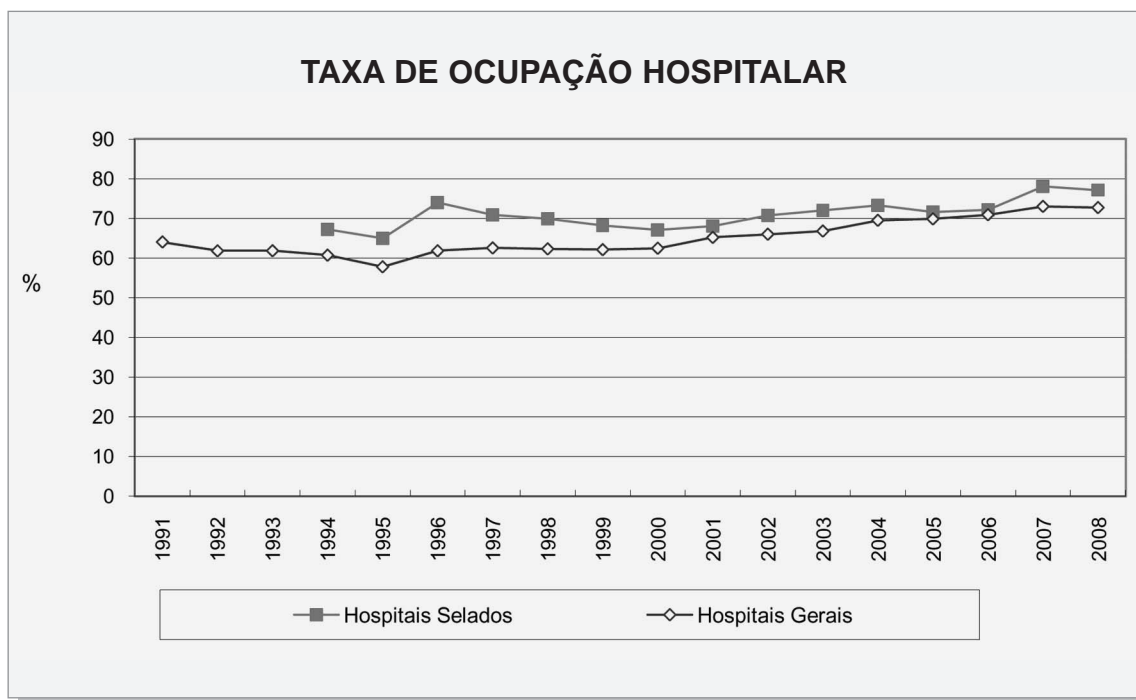
Mediana do quarto trimestre = 71,87%

Taxa de Ocupação Hospitalar de 2008 = 72,71%

Para algumas das séries históricas buscamos referenciais comparativos nos indicadores referentes a 2007, da ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados; do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre (referentes a 2007) e ainda nos indicadores do SUS para a região Sudeste, e do SAHE – Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo – Secretaria de Estado da Saúde, correspondendo a 35 hospitais certificados pelo MEC/Ministério da Saúde (referente a 2008).

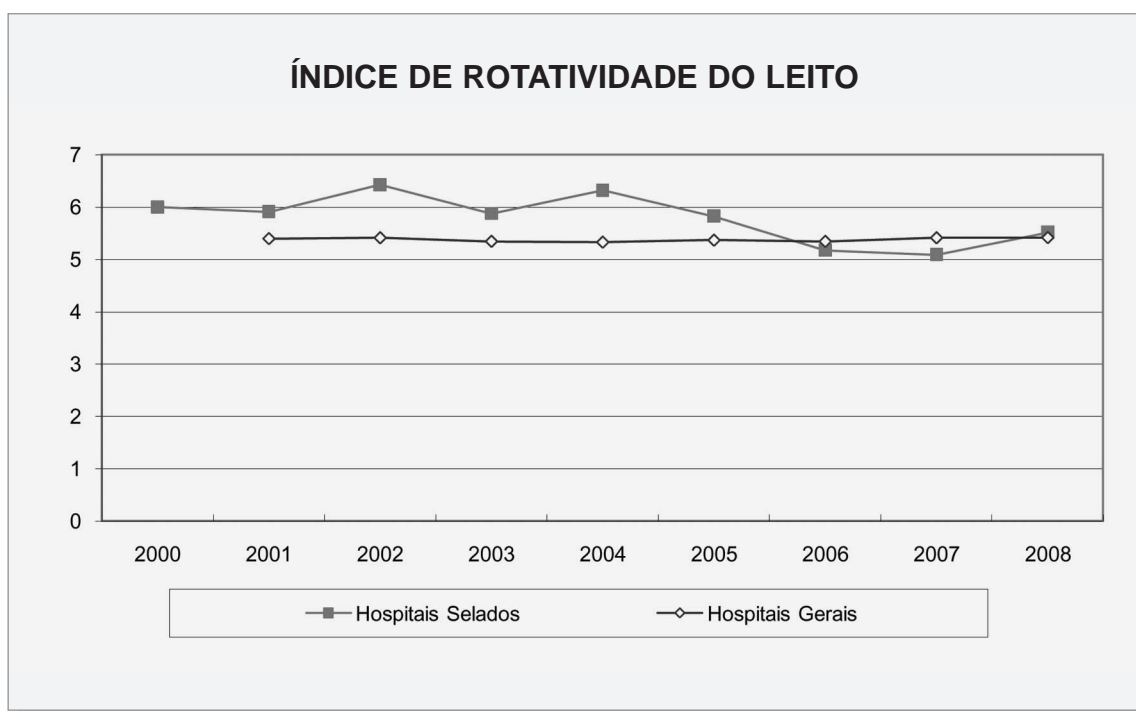


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



Referenciais:

- Complexo Hospitalar Santa Casa Porto Alegre - 83,90%
- SINHA - ANAPH: 72,90%
- SAHE/SESSP: 77,25%

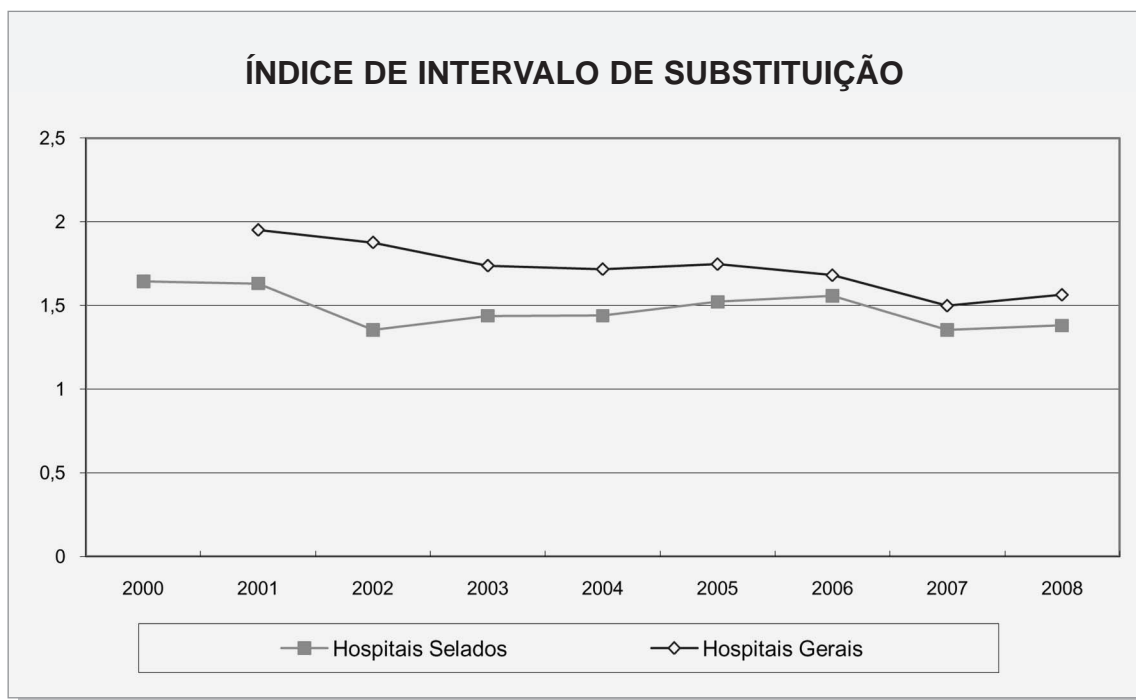


Referenciais:

- CQH - número de internações/leito/mês
- SINHA - ANAPH: 65,96 internações/leito/ano
- SAHE/SESSP: 4,15 internações/leito/ano

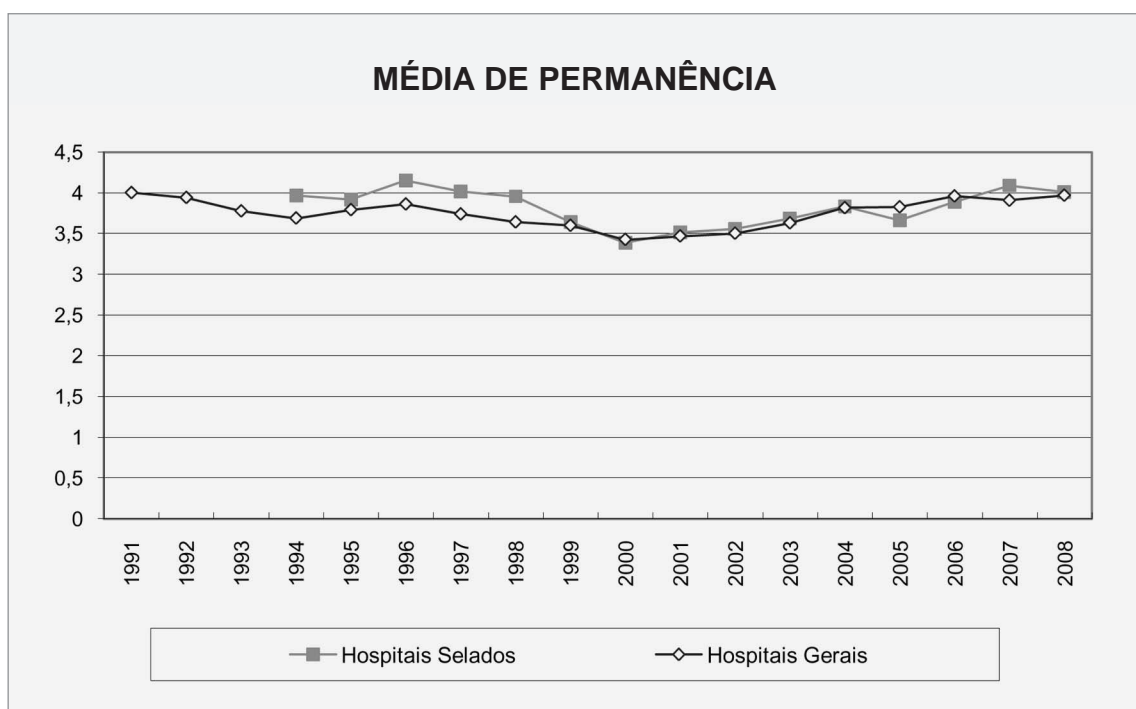


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



Referenciais:

- Complexo Hospitalar Santa Casa Porto Alegre - 1,44 dias
- SINHA - ANAPH: 1,61 dias
- SAHE/SESSP: 1,66 dias

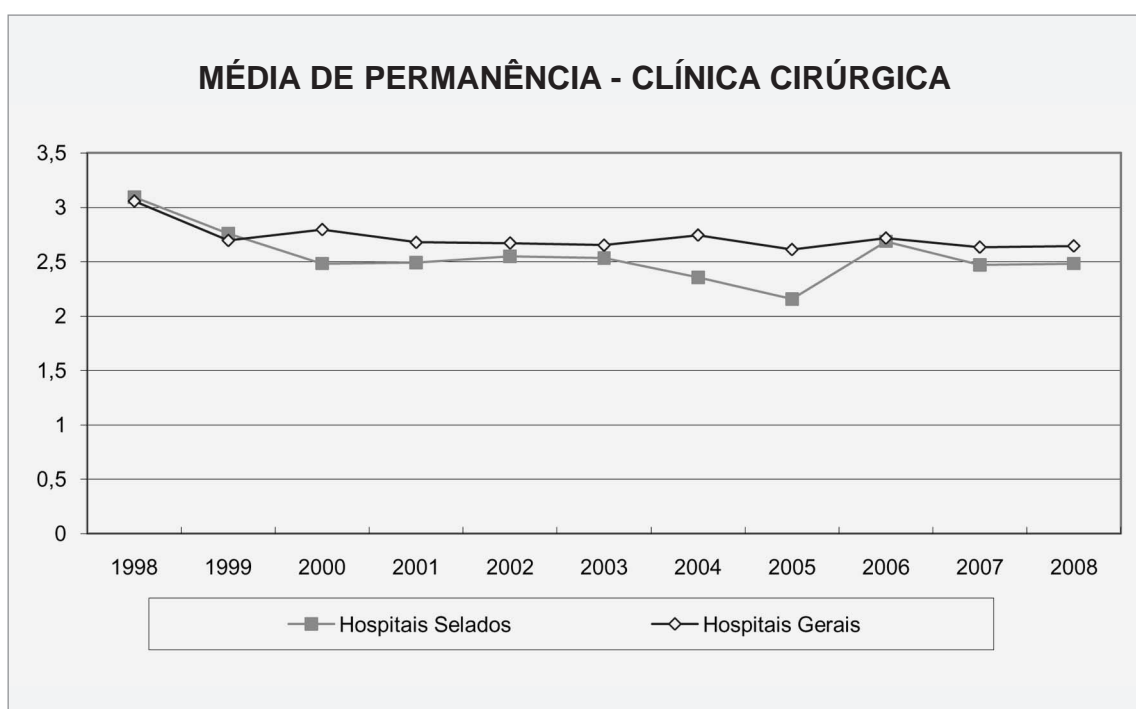
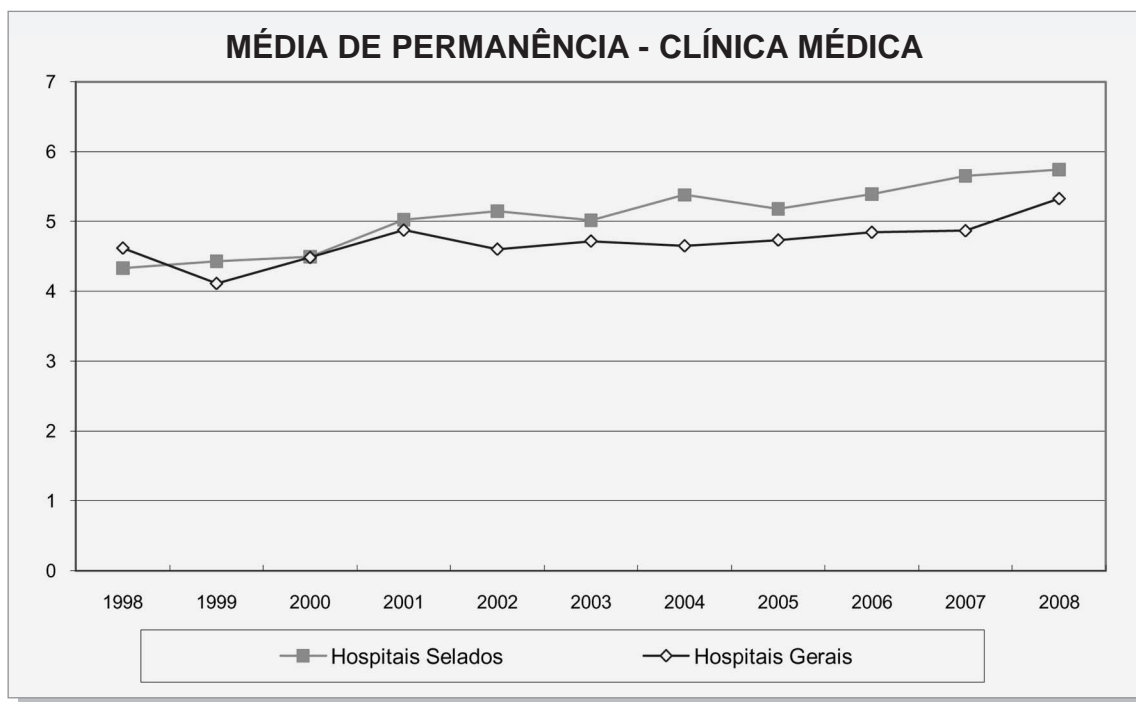


Referenciais:

- Complexo Hospitalar Santa Casa Porto Alegre - 7,5 dias
- SINHA - ANAPH: 4,24 dias
- SAHE/SESSP: 5,73 dias
- Complexo HCFMUSP (Hospitais de Agudos): 7,5 dias

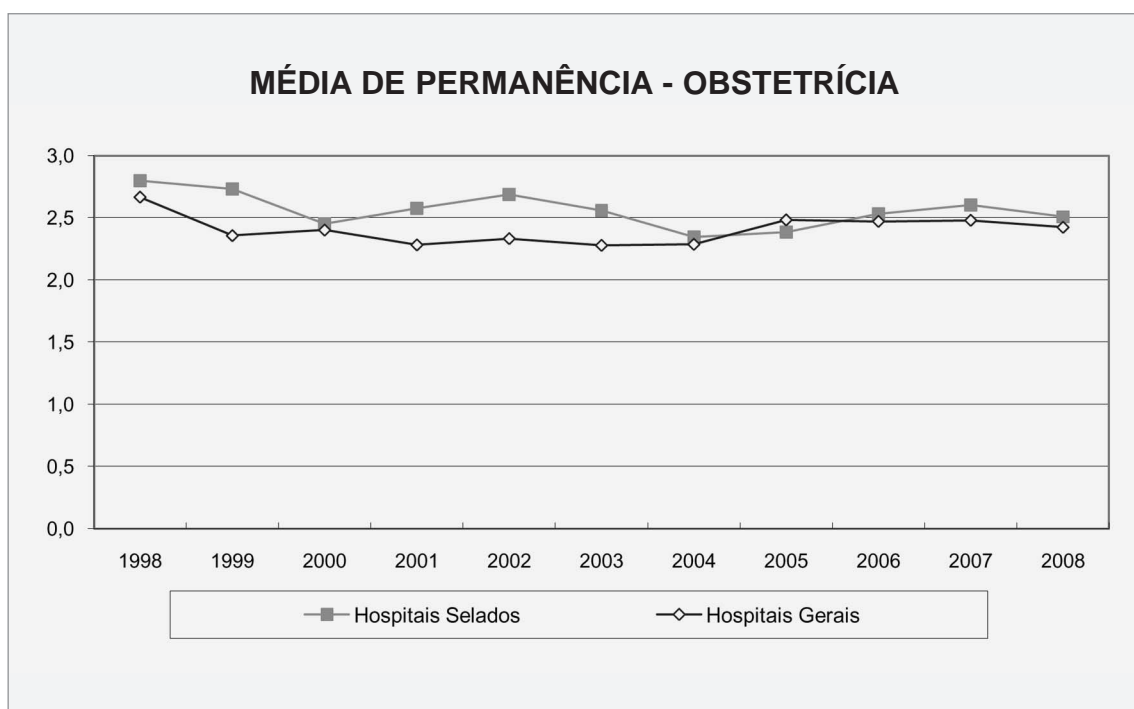
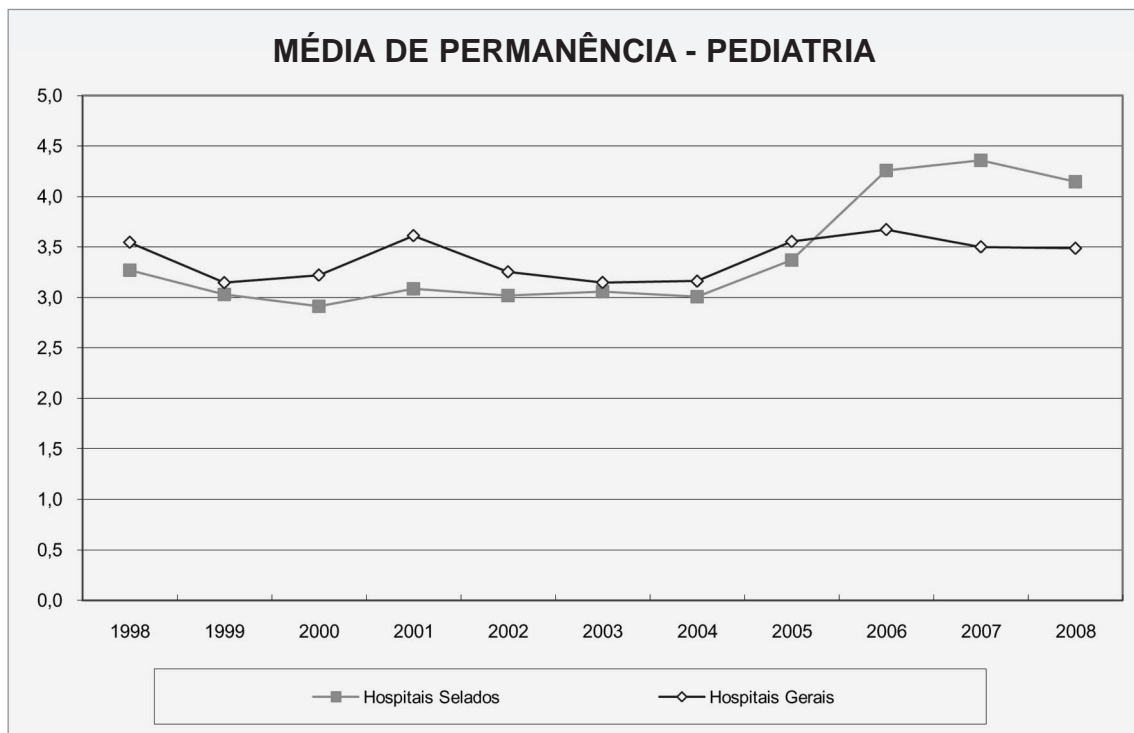


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



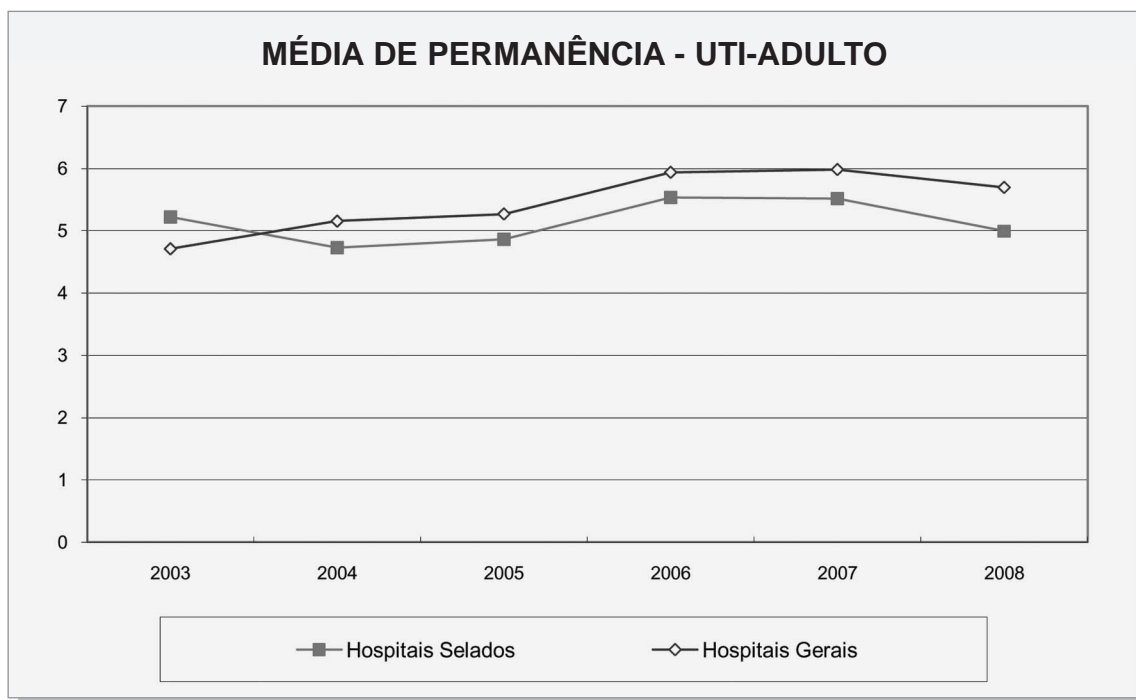


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR
SÉRIE HISTÓRICA



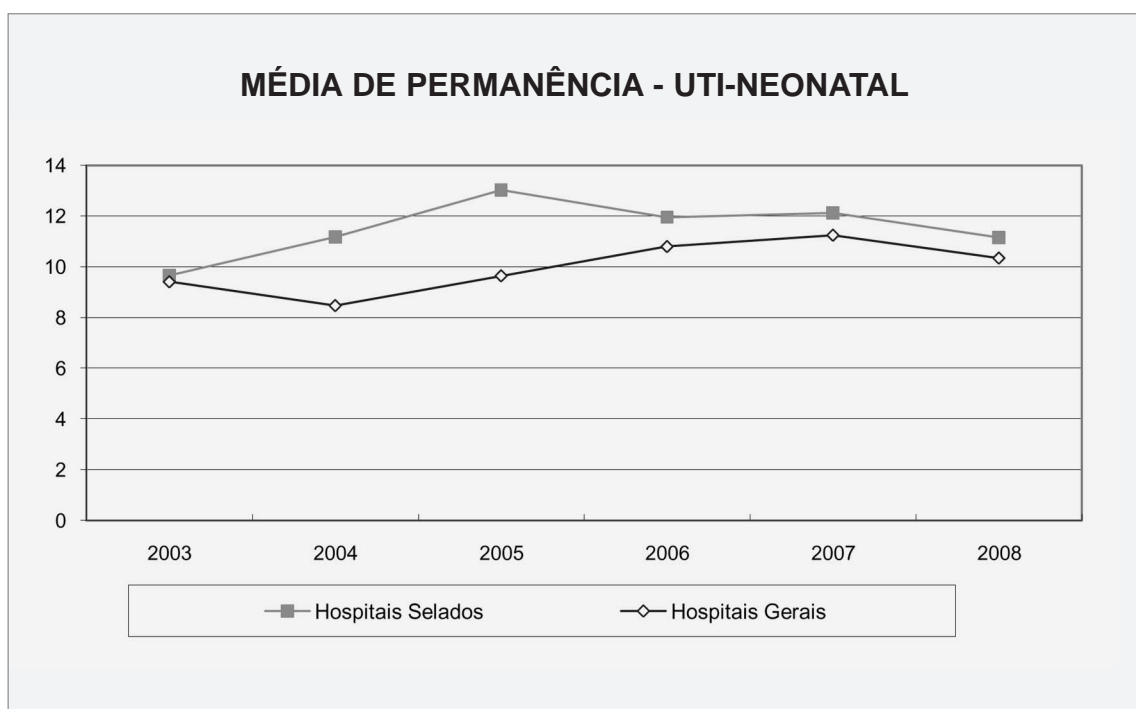


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



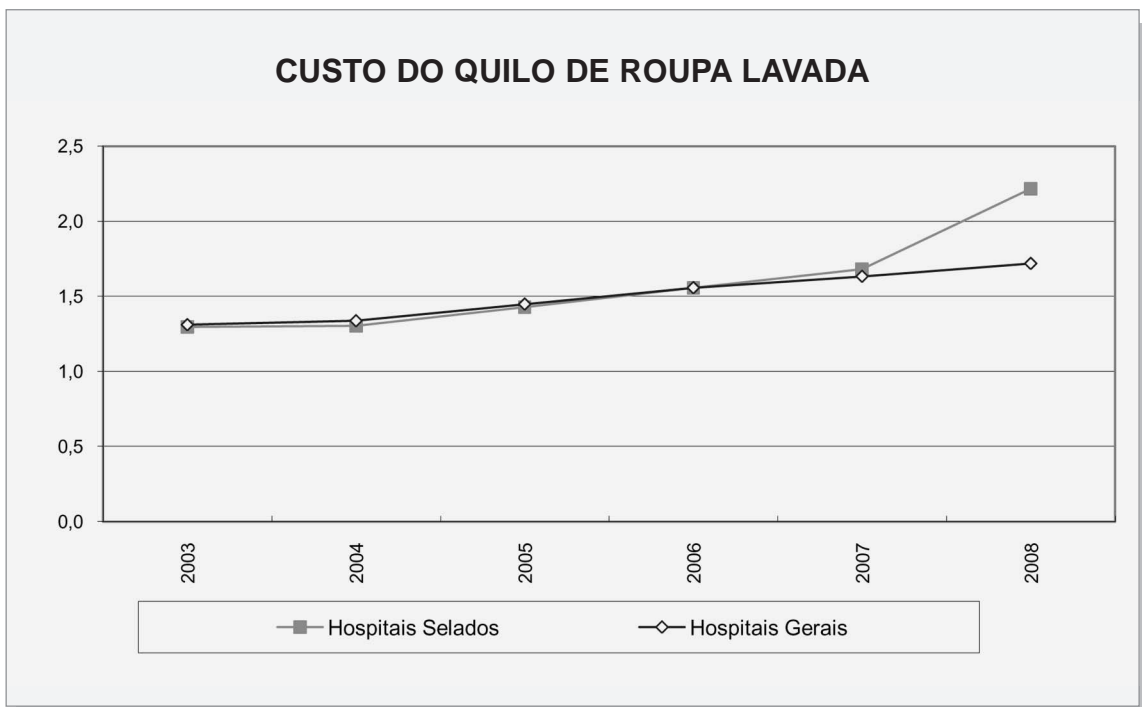
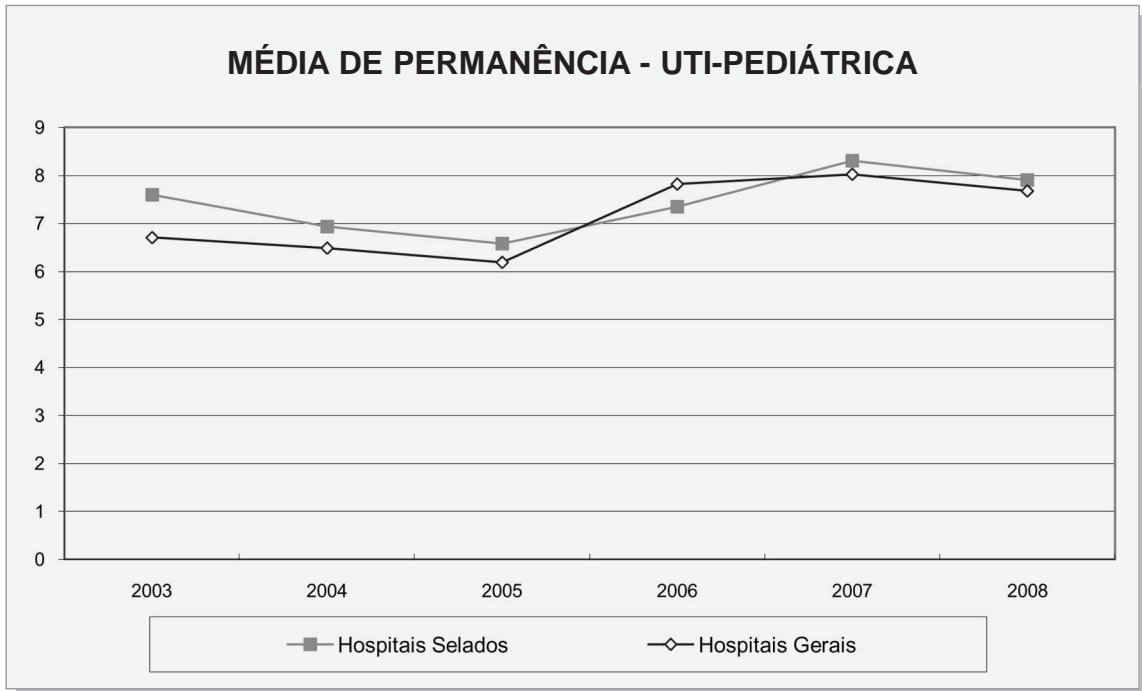
Referenciais:

- SAHE/SESSP: 7,52 dias



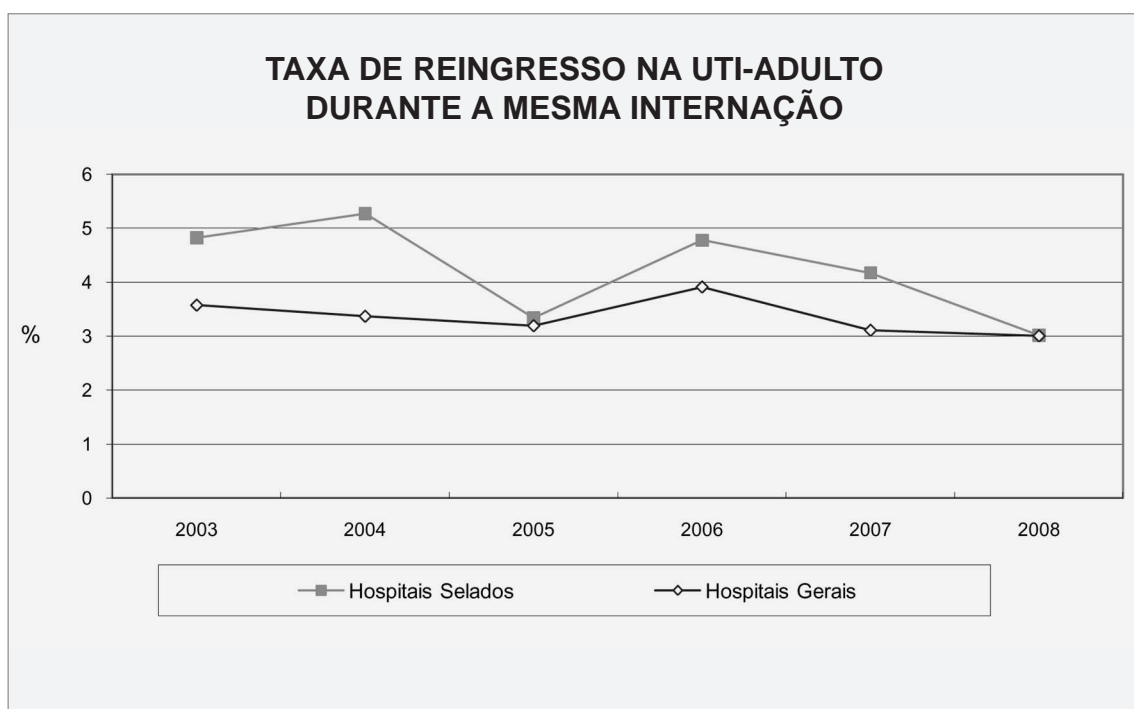
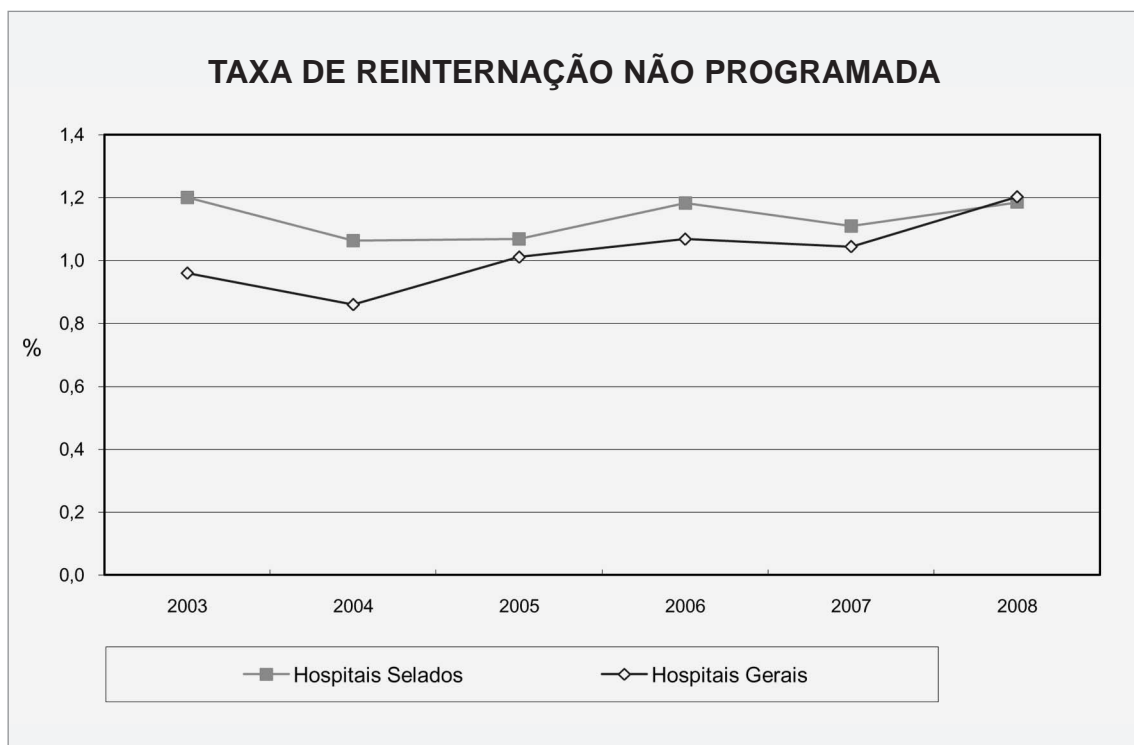


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



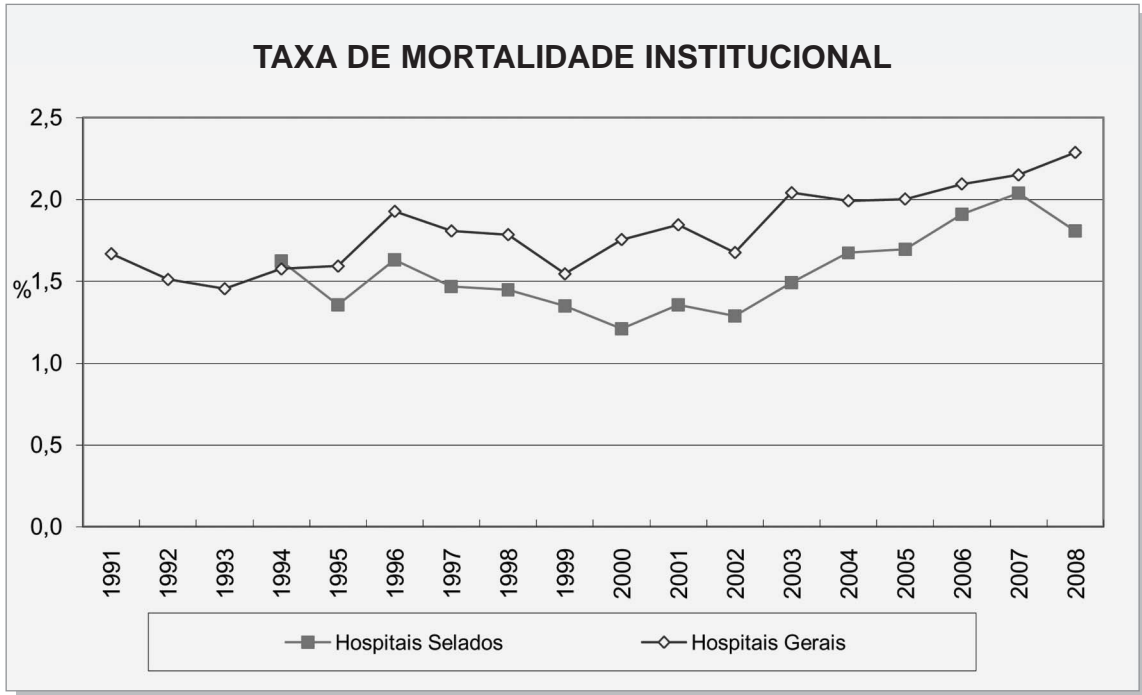


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR
SÉRIE HISTÓRICA



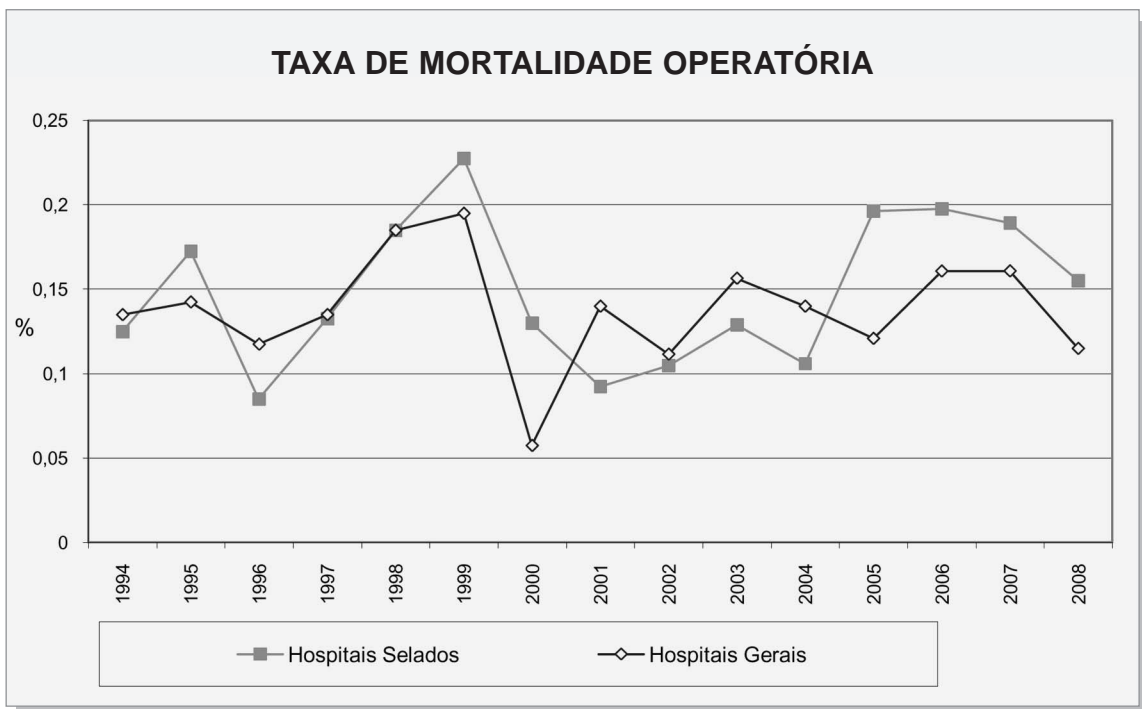


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



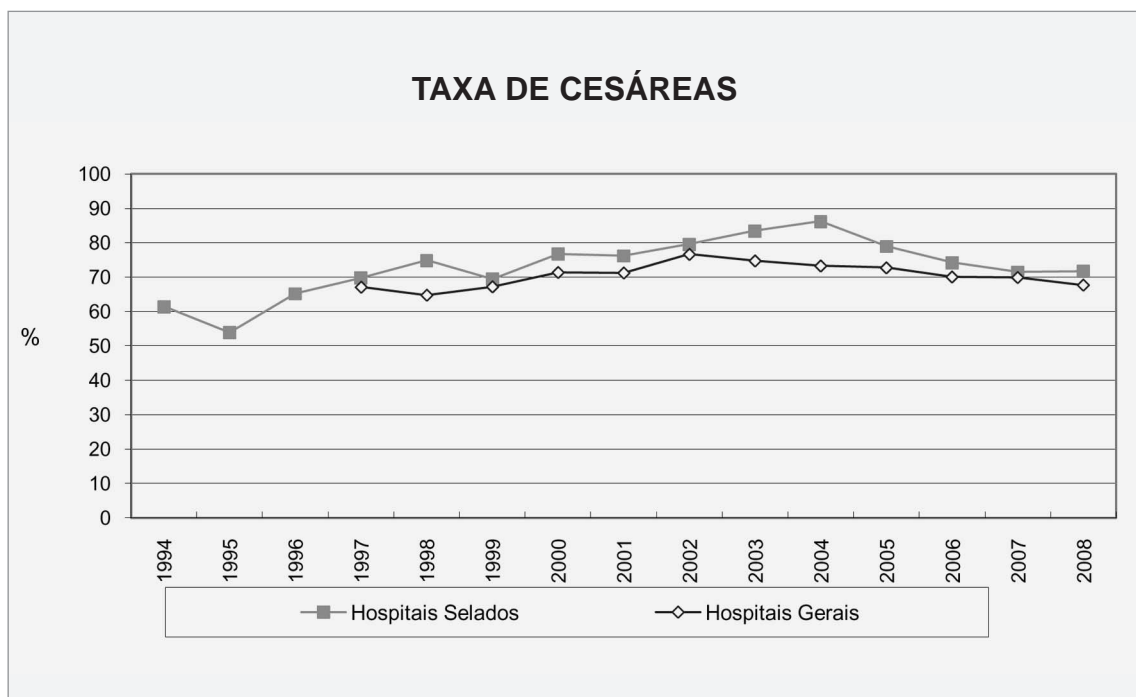
Referenciais:

- Complexo Hospitalar Santa Casa Porto Alegre - 4,60%
- SINHA - ANAPH: 2,10%
- SAHE/SESSP: 5,52%



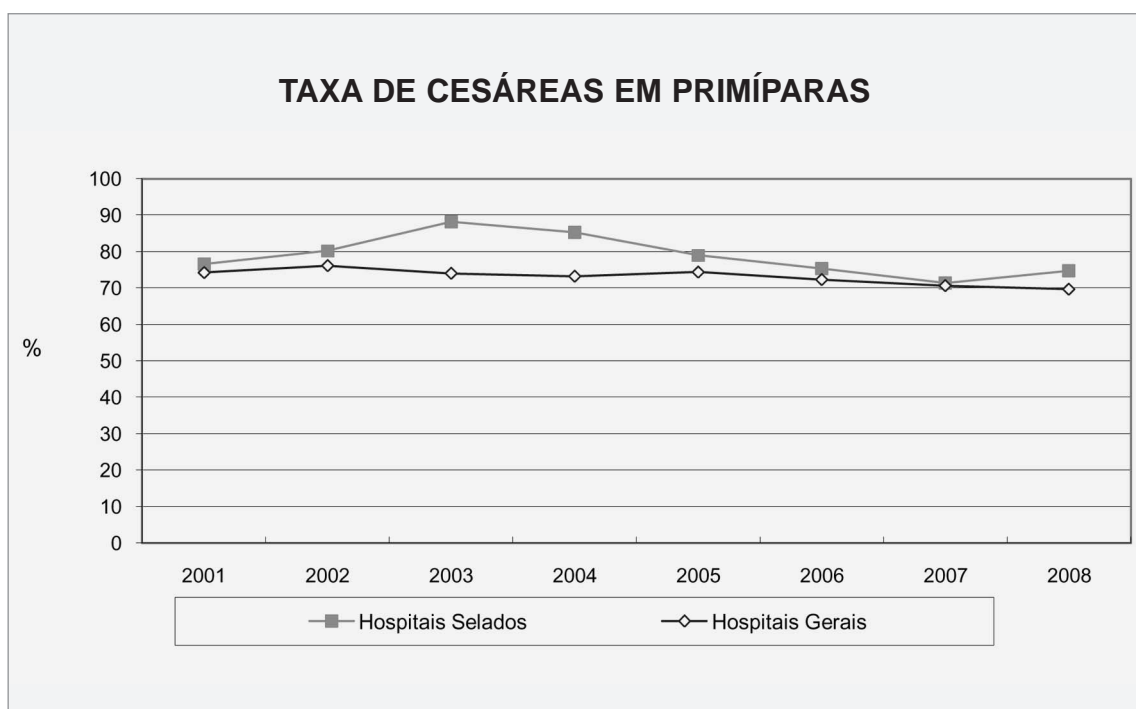


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



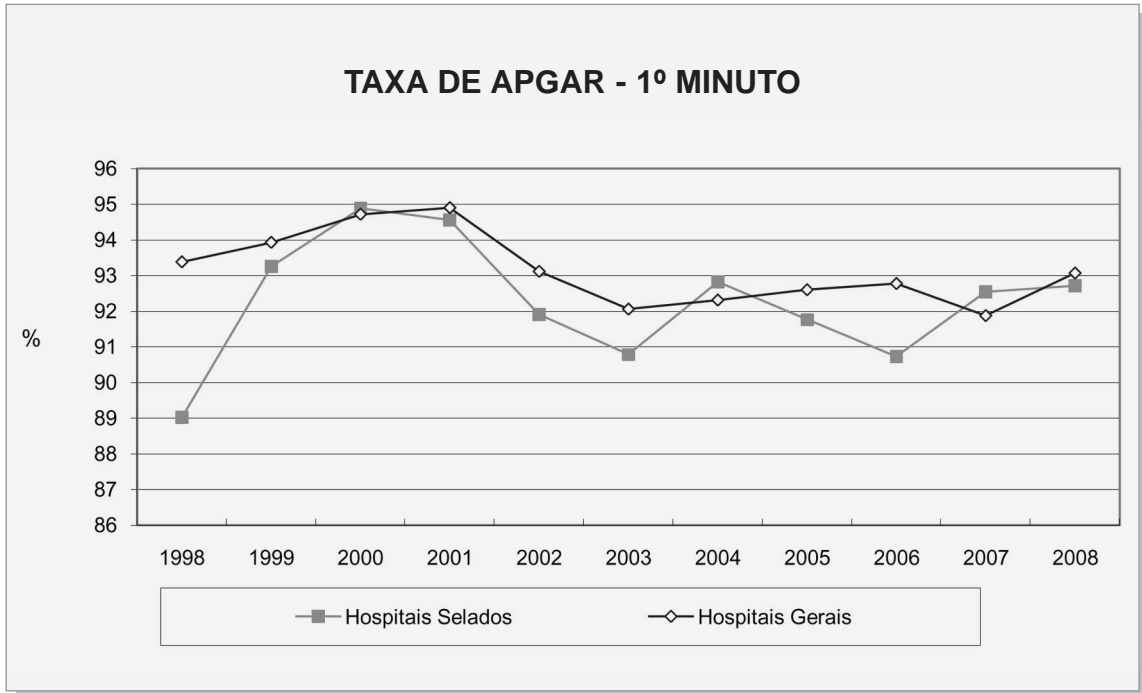
Referenciais:

- Complexo Hospitalar Santa Casa Porto Alegre - 45,13%
- SINHA - ANAPH: 89,20%
- SAHE/SESSP: 40,42%
- SUS - Região Sudeste Hospitais Públicos e Conveniados (2006): 51,88%



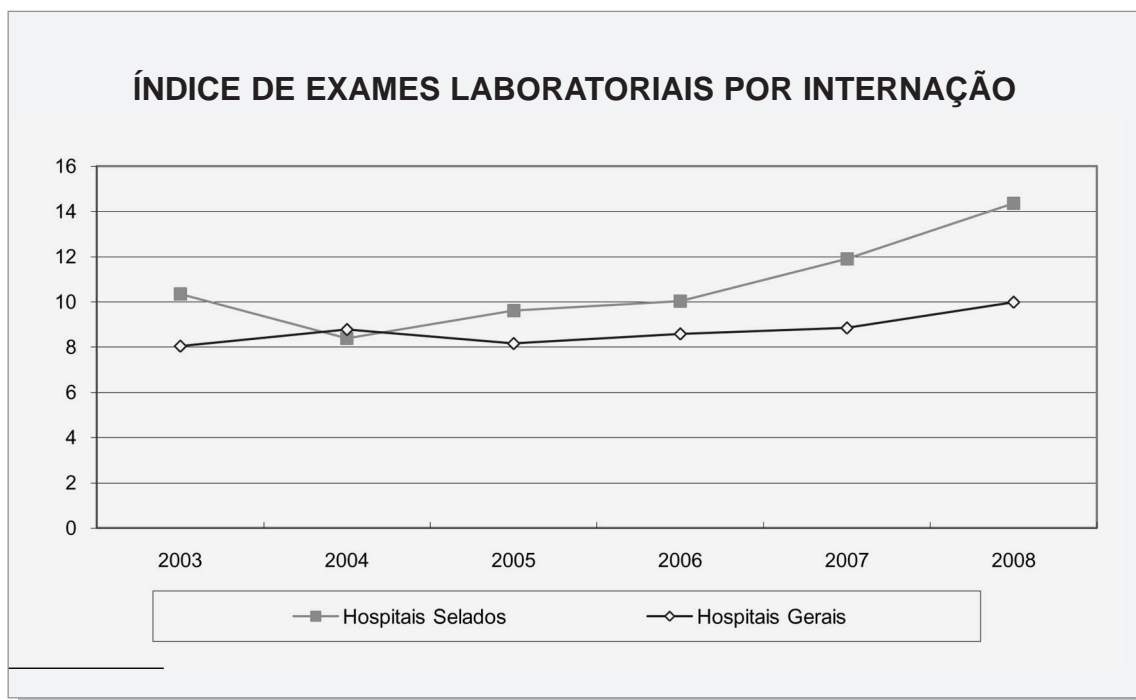


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR
SÉRIE HISTÓRICA

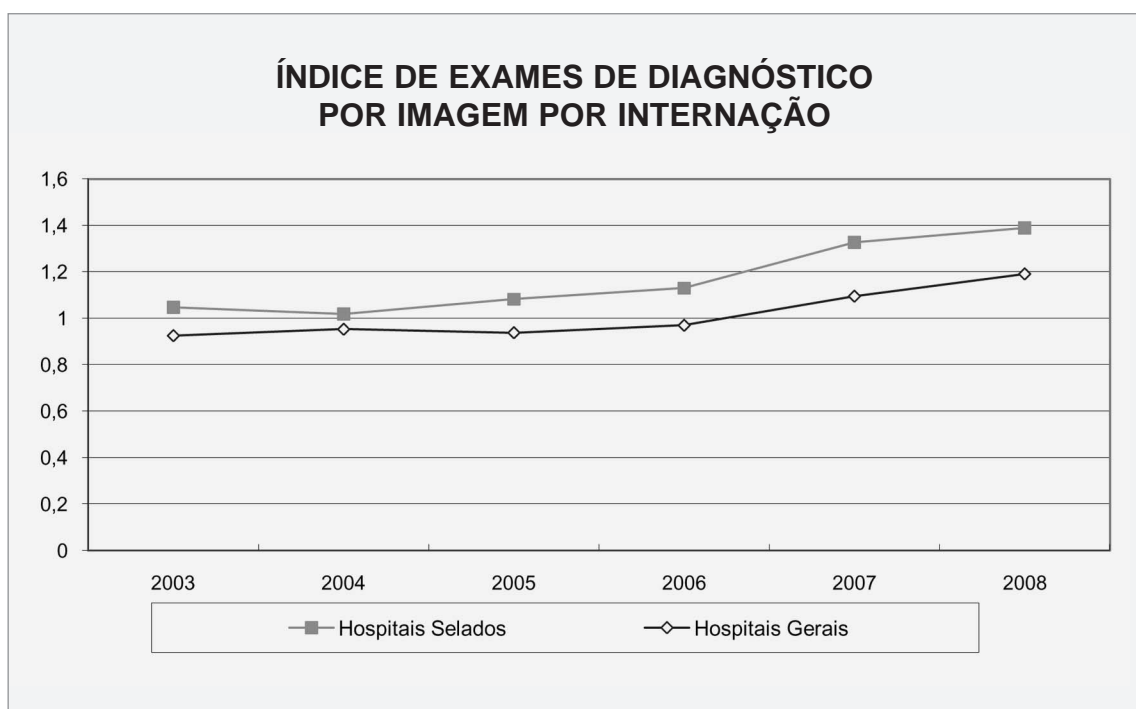




PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



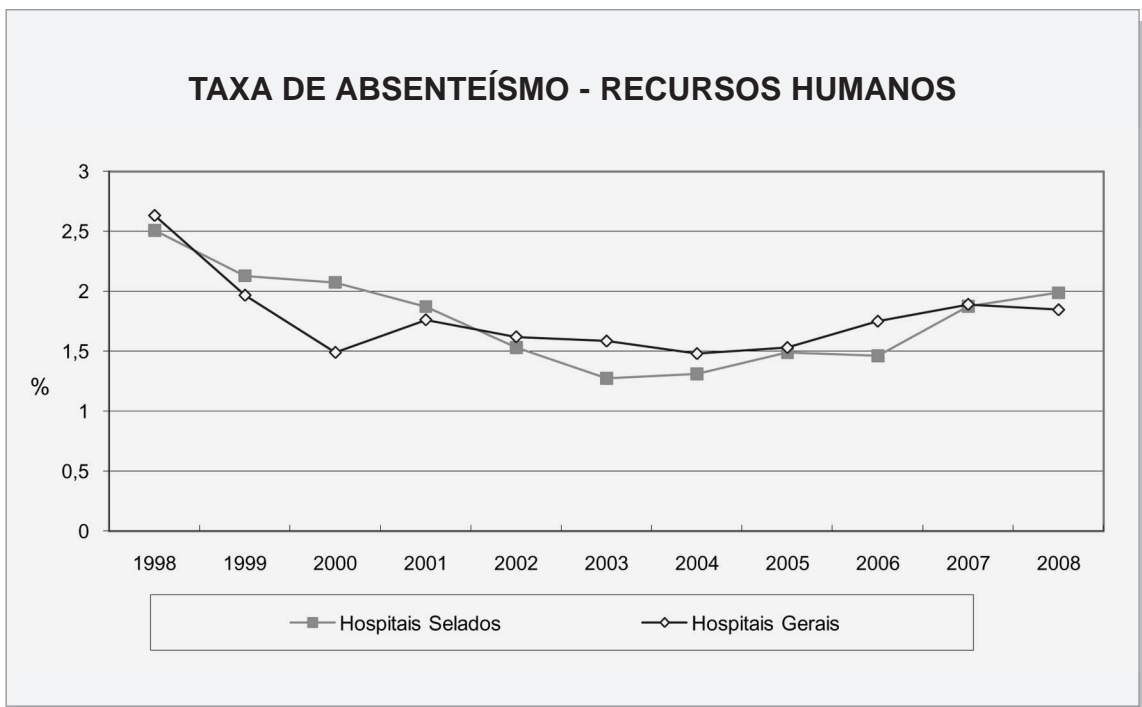
Referenciais:
- SAHE/SESSP: 16,51



Referenciais:
- SAHE/SESSP: 1,29



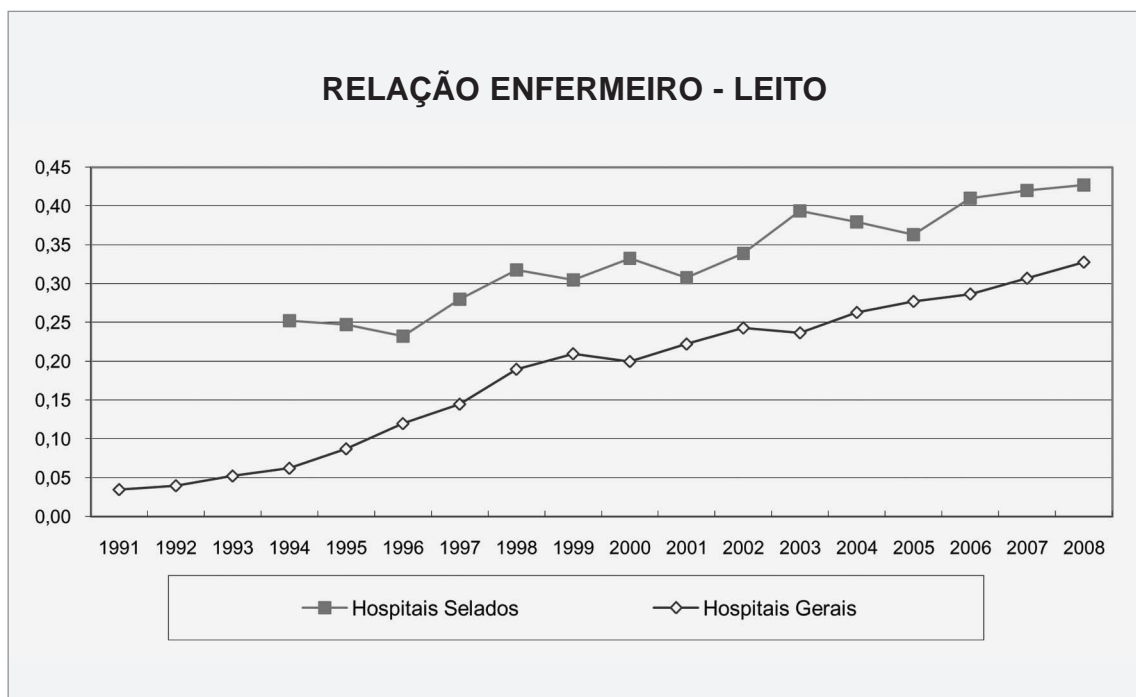
PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



Referenciais:
- SINHA - ANAPH: 1,90%

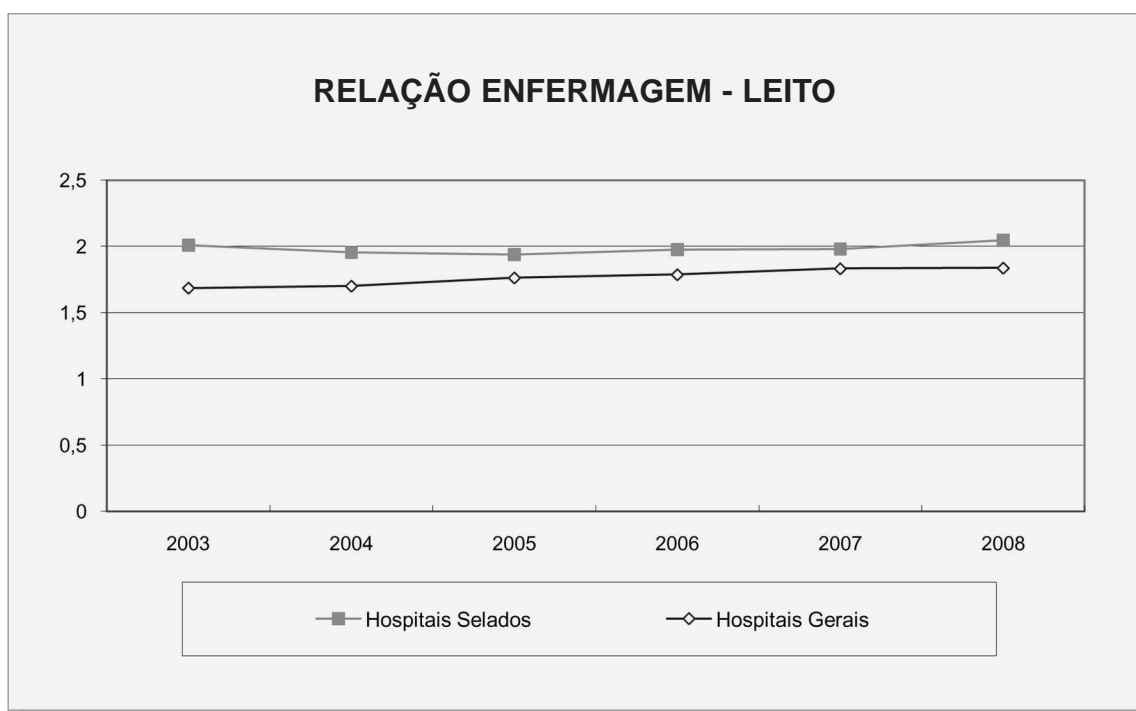


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



Referenciais:

- SINHA - ANAPH: 0,51 enfermeiro por leito
- SUS - Região Sudeste Hospitais Públicos e Conveniados (2006): 0,15 enfermeiro por leito
- SAHE/SESSP: 0,61

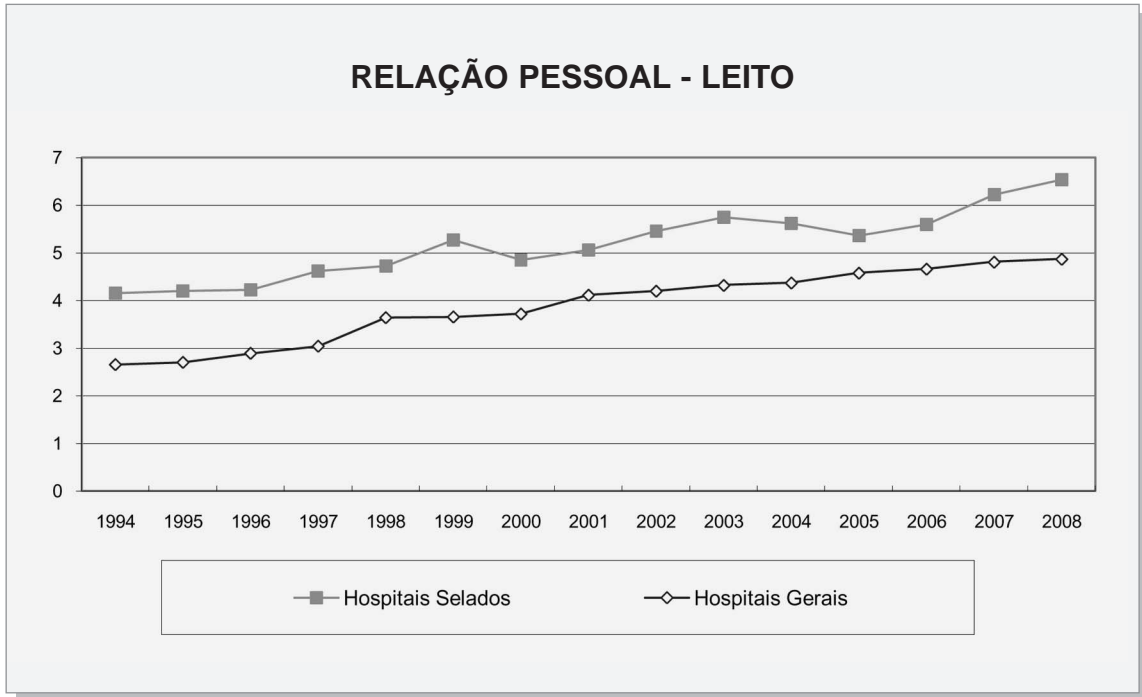


Referenciais:

- SINHA - ANAPH: 2,02 pessoal de enfermagem por leito
- SAHE/SESSP: 2,12

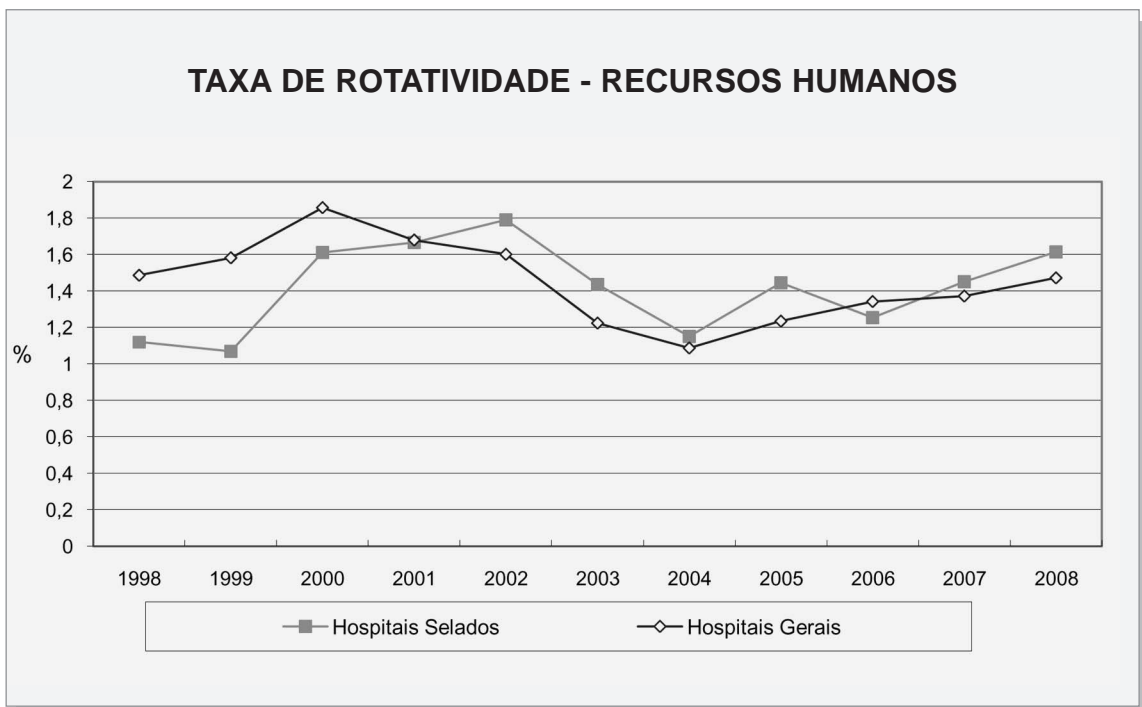


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



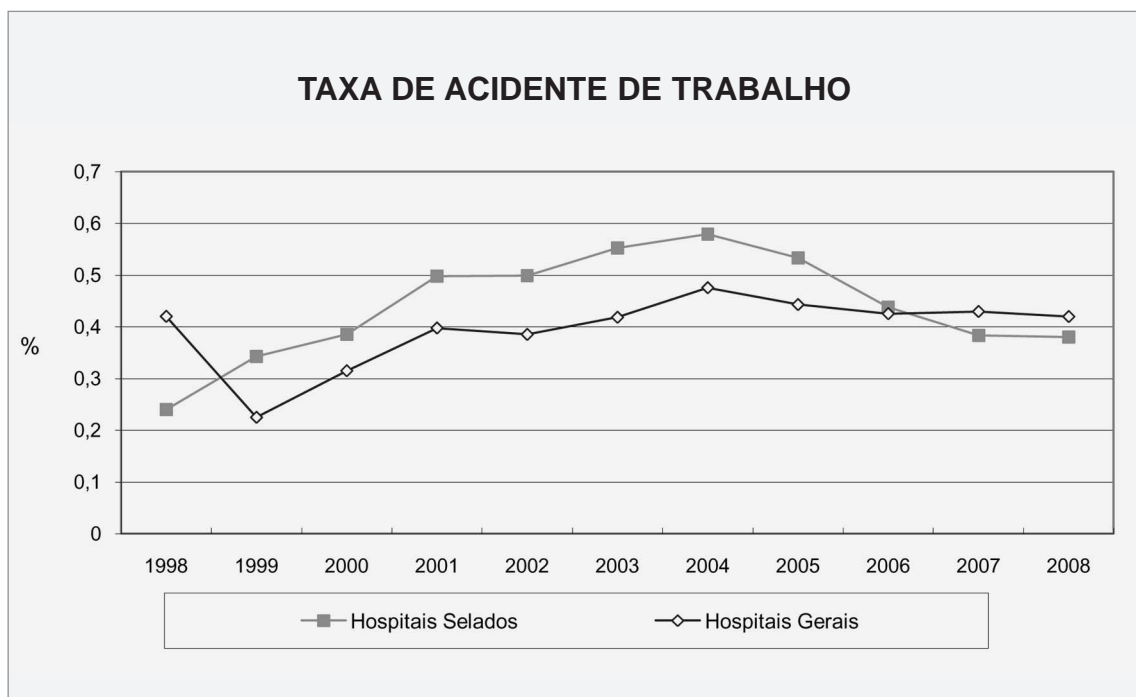
Referenciais:

- SINHA - ANAPH: 5,54 funcionários por leito



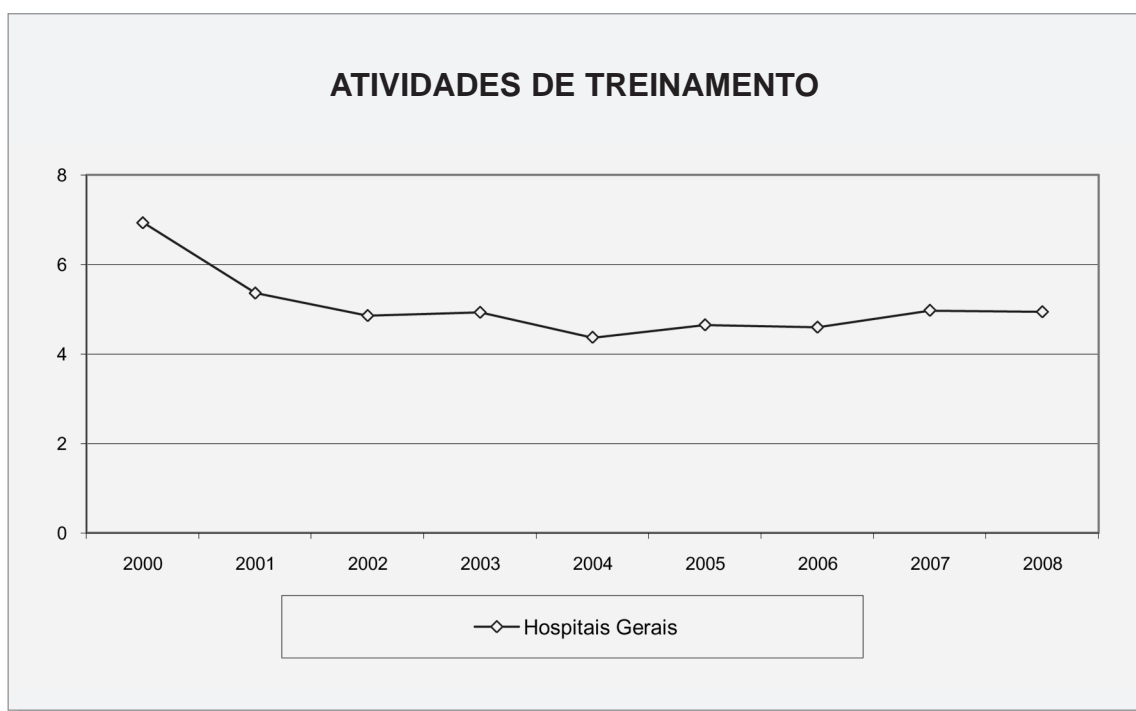


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



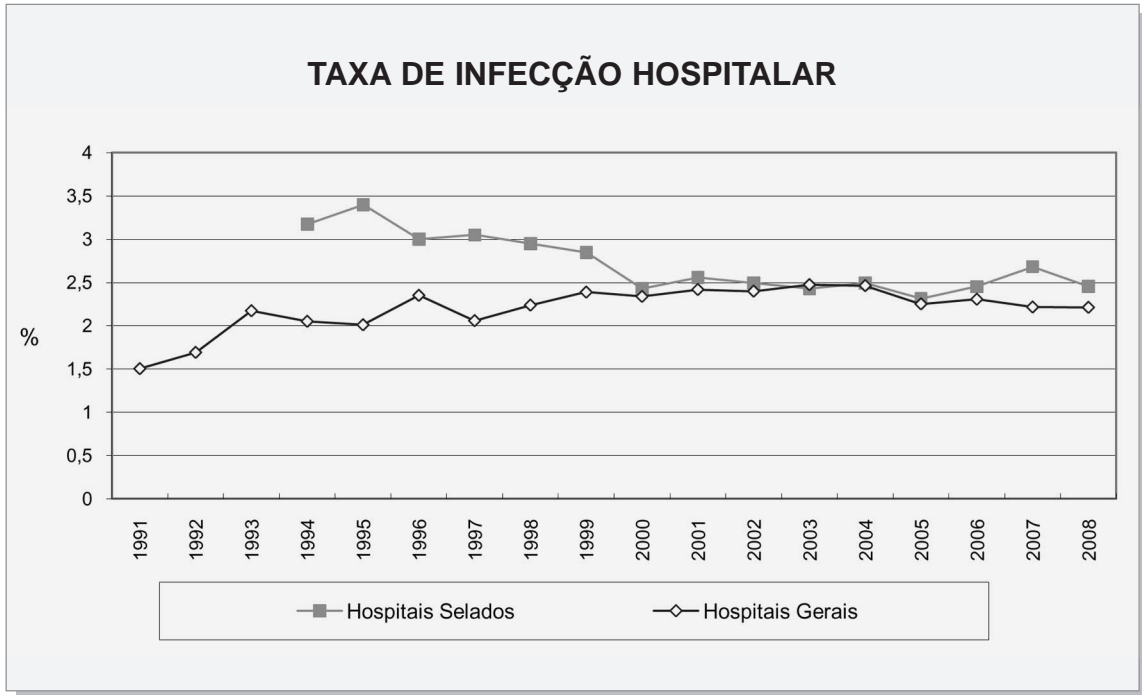
Referenciais:

- SINHA - ANAPH: 0,19% (somente acidente de trabalho com afastamento)



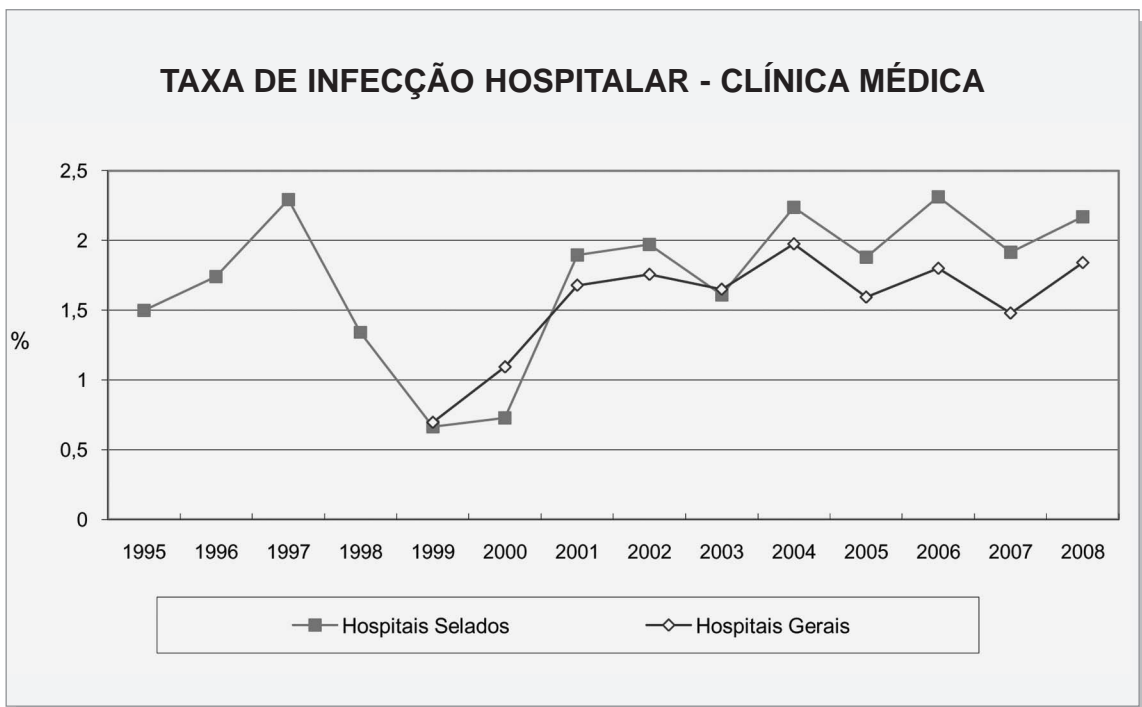


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



Referenciais:

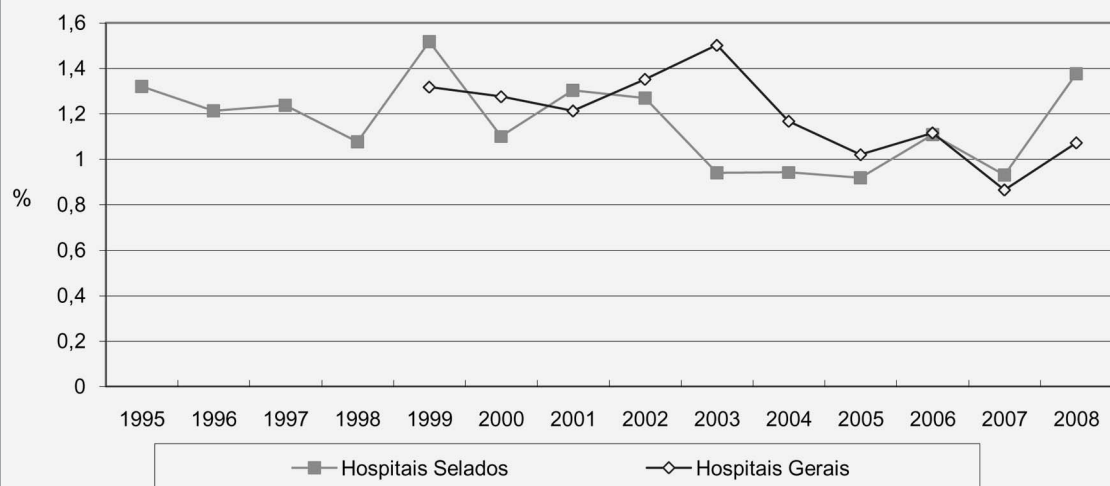
- Complexo Hospitalar Santa Casa Porto Alegre - 2,14%
- SINHA - ANAPH: 2,70%



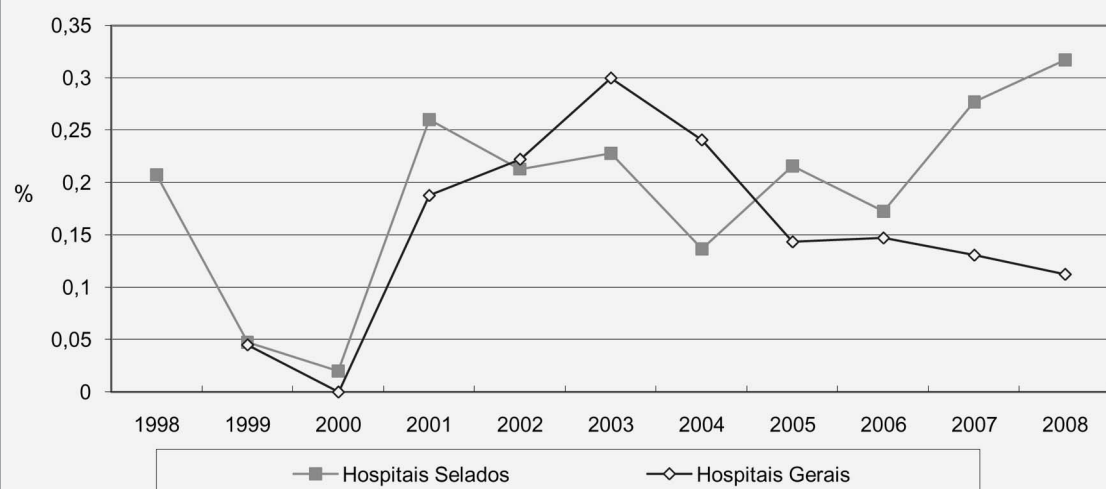


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR
SÉRIE HISTÓRICA

TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CLÍNICA CIRÚRGICA

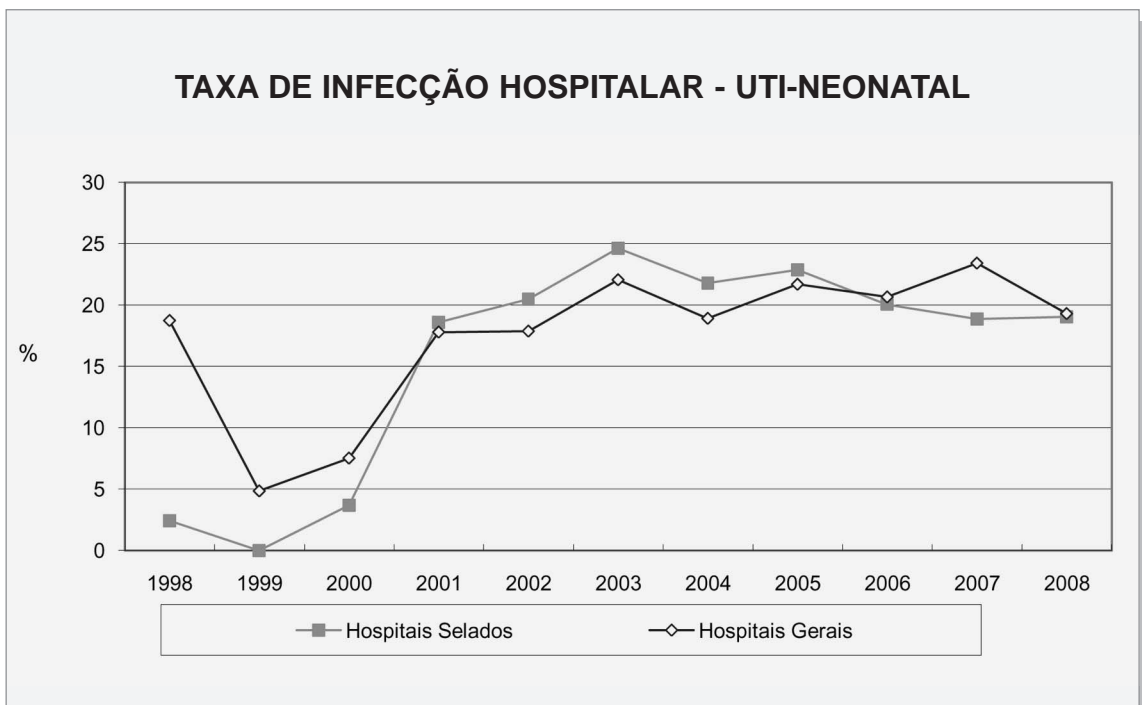
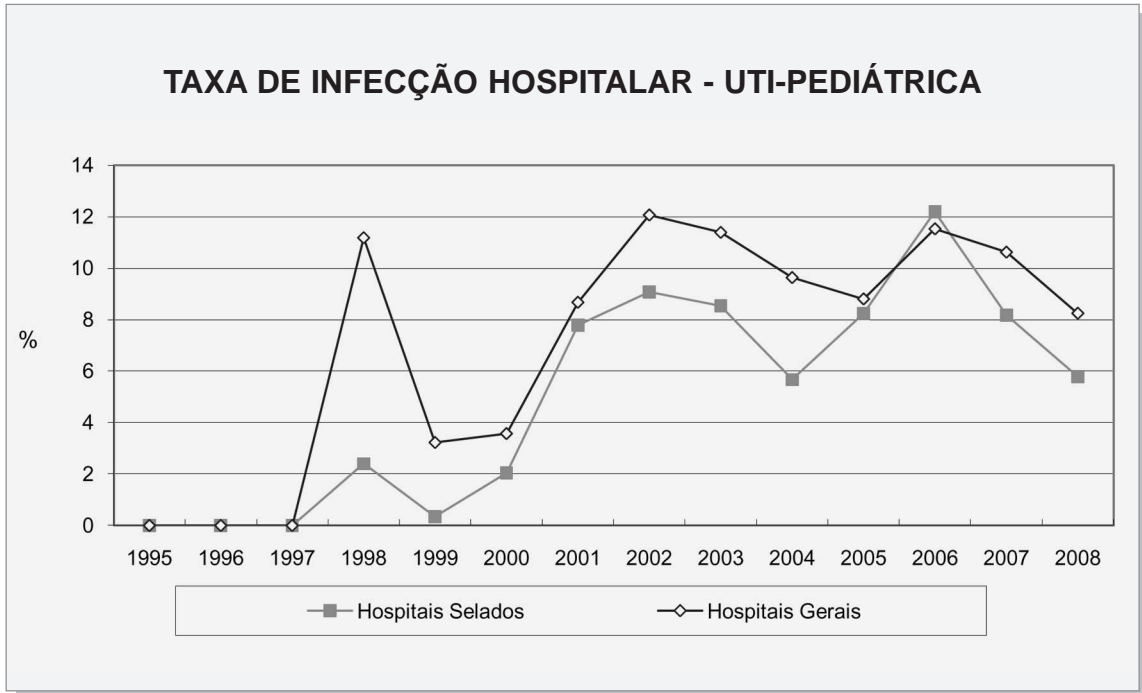


TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR - OBSTETRÍCIA



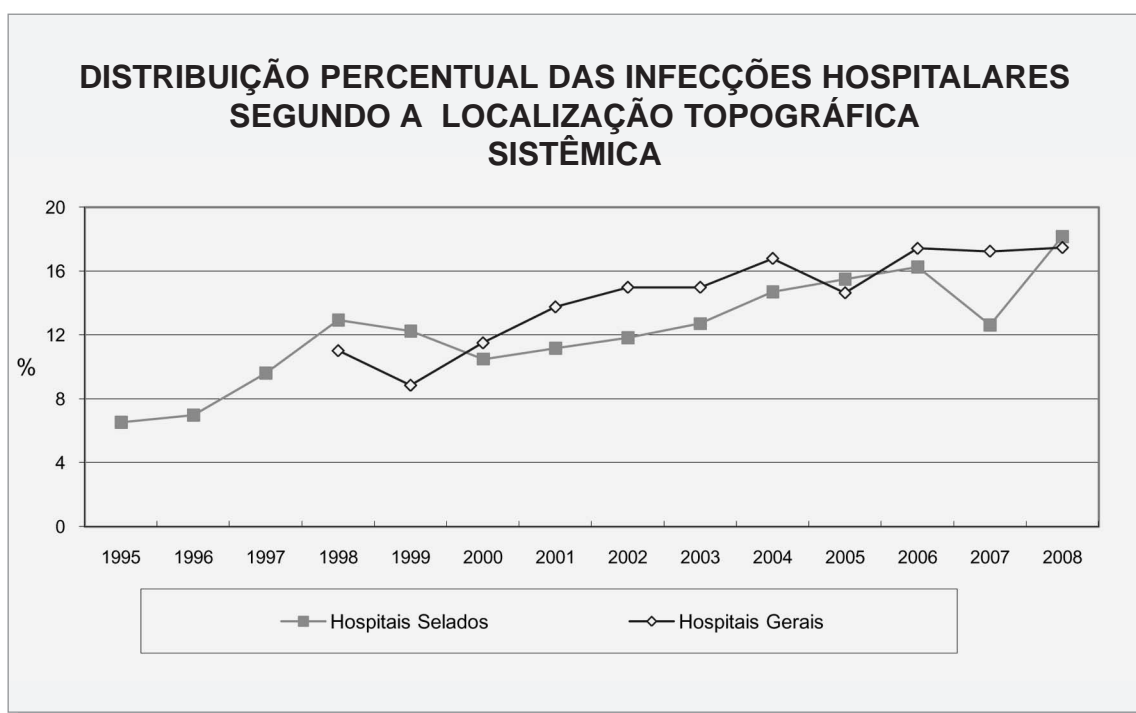
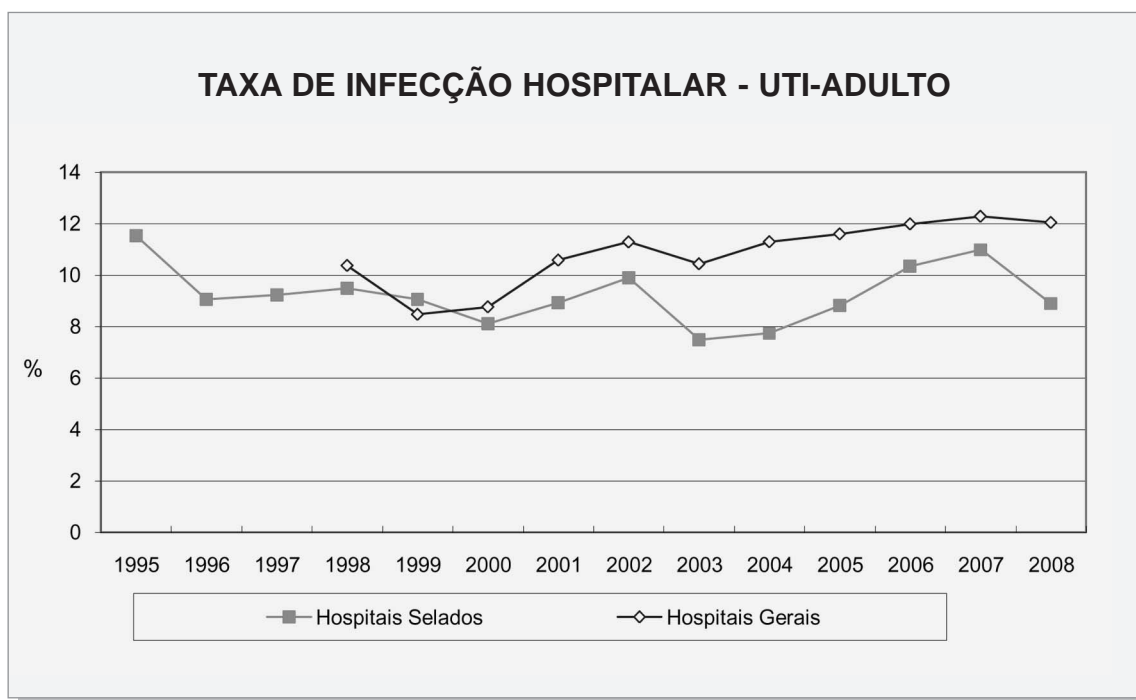


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR
SÉRIE HISTÓRICA





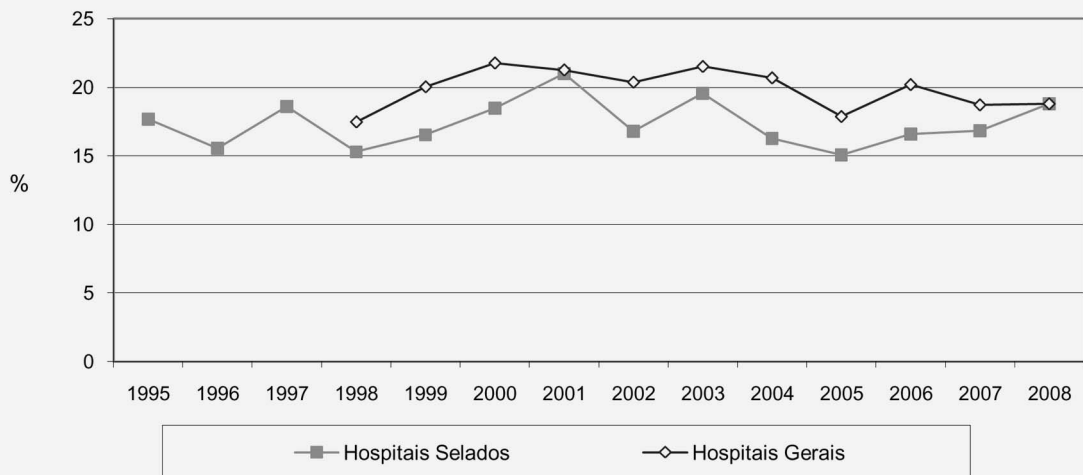
PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR SÉRIE HISTÓRICA



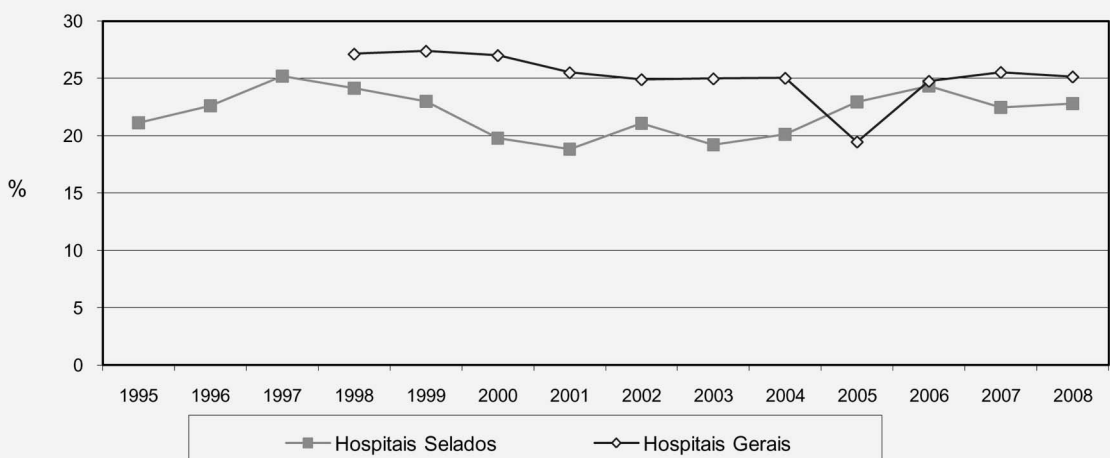


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR
SÉRIE HISTÓRICA

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INFECÇÕES HOSPITALARES
 SEGUNDO A LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA
 FERIDA CIRÚRGICA**



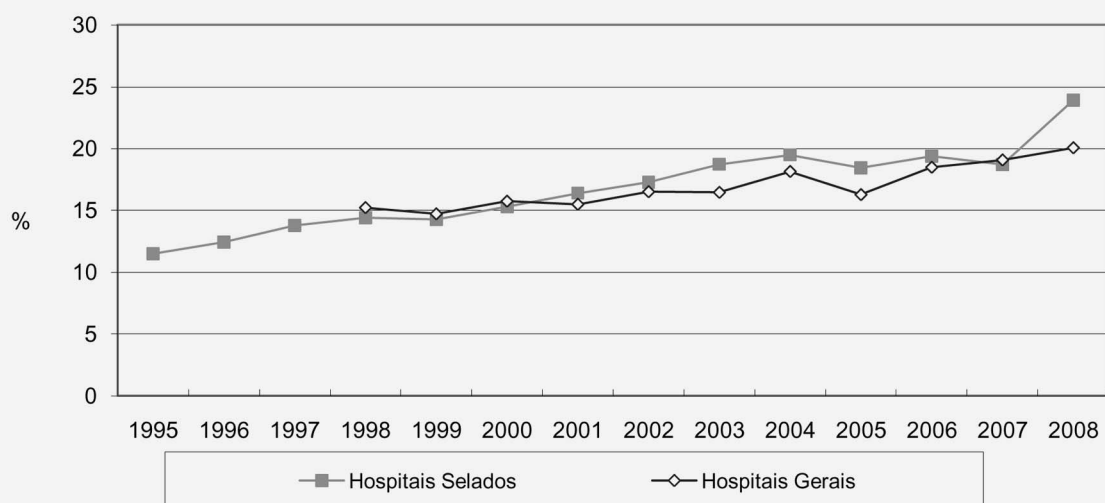
PNEUMONIA



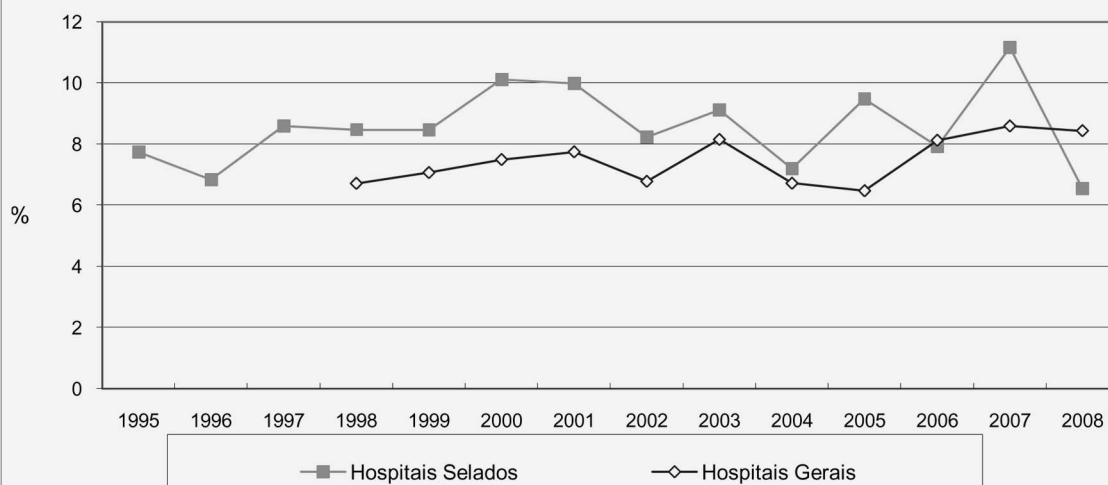


PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR
SÉRIE HISTÓRICA

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INFECÇÕES HOSPITALARES
 SEGUNDO A LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA
 TRATO URINÁRIO**



ACESSO VASCULAR



4. Fichas de Indicadores

Ficha número 01**Indicador:** Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH**Objetivo:** Medir o grau de ocupação do hospital**1. Cálculo**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de pacientes-dia} \times 100}{\text{Número de leitos-dia}}$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período.

2.1 Número de pacientes-dia: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.

Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.

Não confundir pacientes-dia com diárias hospitalares.

2.2 Número de leitos-dia: É o número que representa a quantidade de leitos disponíveis para internação em um dia hospitalar.

Os leitos-dia correspondem a leitos operacionais ou disponíveis, aí incluídos os leitos extras com pacientes internados acima de 24 horas, o que significa que o número de leitos-dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio e desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras.

Não considerar: leitos de observação, recuperação pós-anestésica ou pós-operatória, berços de recém-nascidos saudáveis, leitos de pré-parto e bloqueado por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Recepção, Internação, SAME, Enfermagem ou Informática**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de pacientes-dia: É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.

Número de leitos-dia: É controlado pelo setor de Internação através da planilha.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Nota: Este indicador refere-se na prática a Taxa de Ocupação Operacional, de acordo com as definições da Portaria 312, de 2002.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 02**Indicador:** Média de Permanência - MP**Objetivo:** Acompanhar o tempo de internação dos pacientes**1. Cálculo**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de pacientes-dia}}{\text{Total de saídas}}$$

1.2 Unidade: dia**2. Definição:**

Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período.

Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados no hospital.

2.1 Número de pacientes-dia: Ver a ficha número 01.

2.2 Total de saídas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas).

O óbito fetal ou natimorto, com menos de 20 semanas, peso menor que 500 gramas (ou 1000 gramas) e sem nenhum sinal de vida (respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical etc.) não deverão ser contabilizados como saídas.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Recepção Internação**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de pacientes-dia: É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.

Total de saídas: São contabilizadas pelo sistema através do relatório, que é o número de saídas dos pacientes internados.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 03**Indicador: Média de Permanência por Clínicas****Objetivo:** Acompanhar o tempo de internação de pacientes por clínica/serviço**1. Cálculo**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de pacientes/dia por clínica}}{\text{Total de saídas por clínica}}$$

1.2 Unidade: dia**2. Definição:**

Relação entre o número de pacientes/dia por clínica e total de saídas por clínica em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados em cada clínica.

2.1 Número de pacientes/dia por clínica: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.

Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.

2.2 Total de saídas por clínica: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa, interna ou óbito.

Transferência interna: Mudança de um paciente de uma clínica para outra, por exemplo, da clínica médica para a cirúrgica. O paciente não recebe alta e não é realizada nova internação, ou seja, toda a permanência de um paciente dentro de um hospital corresponde a uma única internação, porém em diferentes clínicas.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados: Recepção Internação****3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de pacientes-dia: É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.

Total de saídas por clínica: São contabilizadas pelo sistema através do relatório.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ❖ | | | | |

Ficha número 04**Indicador:** Índice de Renovação**Objetivo:** Acompanhar quantos pacientes ocuparam o mesmo leito no período**1. Cálculo**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Total de saídas}}{\text{Número de leitos}}$$

1.2 Unidade: Paciente por leito**2. Definição:**

Relação entre o total de saídas e o número de leitos no período.

2.1 Total de saídas: Ver a ficha número 02.

2.2 Número de leitos: É o número total de cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro do hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital. Na prática, calcula-se pela média de leitos operacionais no período.

Não considerar: Leitos de observação, recuperação pós-anestésica ou pós-operatória, berços de recém-nascidos saudáveis, leitos de pré-parto e parto e bloqueado por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).

Leito operacional: É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.

Nota técnica: Inclui o leito extra que estiver sendo utilizado.

Operacionalização**Sector responsável pelos dados:** Recepção Internação**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Total de saídas: São contabilizadas pelo sistema através do relatório que é o número de saídas dos pacientes internados, seja ela por alta, óbito, ou transferência externa.

Número de leitos: São os leitos disponíveis diariamente para a internação, ou seja, com os quais o hospital está efetivamente operando com os pacientes, sendo controlados pelo setor de Internação.

4. Periodicidade:**4.1 Compilação e apuração:** () Diário, () Mensal, () Trimestral**4.2 Apresentação para as partes interessadas:** () Diário, () Mensal, () Trimestral**4.3 Apresentação Institucional:** () Mensal, () Trimestral "CQH"**5. Partes interessadas:**

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 05**Indicador:** Índice de Intervalo de Substituição**Objetivo:** Acompanhar dias de ociosidade dos leitos**1. Cálculo**

1.1 Fórmula:
$$\frac{(1 - \text{taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{tempo médio de permanência}}{\text{Taxa de ocupação hospitalar}}$$

1.2 Unidade: Dia**2. Definição:**

Relação de um menos a taxa de ocupação hospitalar multiplicado pelo tempo médio de permanência; dividido pela taxa de ocupação hospitalar.

2.1 Número de pacientes-dia: Ver a ficha número 01.**2.2 Número de leitos-dia:** Ver a ficha número 01.**2.3 Total de saídas:** Ver a ficha número 02.**Operacionalização****Setor responsável pelos dados:** Recepção Internação**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Taxa de ocupação hospitalar: É a relação porcentual entre o número de **pacientes/dia** e o número de **leitos/dia** em determinado período. (Ver a ficha número 01)

Tempo médio de permanência: É a relação entre o total de **pacientes/dia** e o total de saídas do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. (Ver a ficha número 02)

4. Periodicidade:**4.1 Compilação e apuração:** () Diário, () Mensal, () Trimestral**4.2 Apresentação para as partes interessadas:** () Diário, () Mensal, () Trimestral**4.3 Apresentação Institucional:** () Mensal, () Trimestral "CQH"**5. Partes interessadas:**

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 06**Indicador:** Taxa de Mortalidade Institucional - TMI**Objetivo:** Acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de óbitos após 24 horas de internação}}{\text{Total de saídas}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período

2.1 Número de óbitos após 24 h de internação: É o número total de óbitos que ocorrem após 24 horas da internação.

2.2 Total de saídas: Ver a ficha número 02.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Recepção Internação**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de óbito após 24h de internação: São alimentados no setor de internação especificando o horário exato do óbito do paciente ou é coletado via sistema.

Total de saídas: São contabilizadas pelo sistema através do relatório que é o número de saídas dos pacientes internados.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 07**Indicador: Taxa de Mortalidade Operatória - TMO****Objetivo:** Acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante ou pós-operatório até 7 dias .**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de óbitos operatórios}}{\text{Número de cirurgias realizadas}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de óbitos operatórios e o número de cirurgias realizadas, em determinado período.

2.1 Número de óbitos operatórios: É o número total de óbitos ocorridos no mês, durante o ato cirúrgico ou pós-operatório até 7 (sete) dias, inclusive em cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambientes cirúrgicos.

O óbito após a alta, antes de 7 dias, deverá ser contabilizado. Incluir as cesáreas.

2.2 Número de cirurgias realizadas: Preencher o número total de cirurgias do mês efetuadas em ambiente cirúrgico (Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Unidade de Cirurgia Ambulatorial).

Incluir as cesáreas.

Não incluir procedimentos cirúrgicos realizados no PS, UTI ou no Consultório.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de óbitos operatórios: É coletado mensalmente através do sistema, o número total de pacientes que foram a óbito no ato cirúrgico ou dentro do período de 7 dias após a cirurgia.

Número de cirurgias realizadas: É coletado mensalmente através de planilha preenchida no centro cirúrgico. São contabilizadas por pacientes e não por procedimentos, isso ocorre devido a alguns pacientes sofrerem em um ato cirúrgico mais de um procedimento.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ❖ | | | | |

Ficha número 08**Indicador: Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio - IAM**

Objetivo: Acompanhar os totais de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos durante o período

1. Cálculo:

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de óbitos por infarto agudo miocárdio}}{\text{Número de casos de infarto agudo do miocárdio}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de óbitos por infarto agudo do miocárdio e o número de casos de infarto agudo do miocárdio, em determinado período.

2.1 Número de óbitos por infarto agudo do miocárdio: É o número total de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos no mês.

Para o cálculo do infarto agudo do miocárdio deverá ser considerado somente as pacientes de ambos os sexos, maiores que 18 anos, internados há mais de 24 horas e com diagnóstico de IAM.

2.2 Número de casos de infarto agudo do miocárdio: Preencher o número total de casos de infarto agudo do miocárdio.**Operacionalização****Setor responsável pelos dados:** Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:****Número de óbitos por infarto agudo do miocárdio:** Para o cálculo do infarto agudo do miocárdio deverá ser considerado somente as pacientes de ambos os sexos, maiores que 18 anos, internados há mais de 24 horas e com diagnóstico de IAM.**Número de casos de infarto agudo do miocárdio:** É coletado mensalmente através de planilha preenchida no SAME.**4. Periodicidade:****4.1 Compilação e apuração:** () Diário, () Mensal, () Trimestral**4.2 Apresentação para as partes interessadas:** () Diário, () Mensal, () Trimestral, () Anual**4.3 Apresentação Institucional:** () Mensal, () Trimestral "CQH", () Anual**5. Partes interessadas:**

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 12/2008 | 02/2009 | 1 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 09**Indicador:** Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso menor que 1.000 g**Objetivo:** Acompanhar os totais de óbitos neonatais ocorridos durante o período.**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de óbitos de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g}}{\text{Número de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de óbitos de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g e o número de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g, em determinado período.

2.1 Número de óbitos de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g: É o número total de óbitos de recém-nascidos ocorridos no mês.

O natimorto não deverá ser contabilizado.

Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

2.2 Número de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g: Preencher o número total de recém-nascidos ocorridos no mês.

O natimorto não deverá ser contabilizado.

Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de óbitos de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g: Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

Número de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g: Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral, () Anual

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH", () Anual

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 12/2008 | 02/2009 | 1 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 10

Indicador: Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso entre 1.101 até 1.500 g

Objetivo: Acompanhar os totais de óbitos neonatais ocorridos durante o período.

1. Cálculo:

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.001 até 1.500 g}}{\text{Número de recém-nascidos com peso entre 1.001 até 1.500 g}} \times 100$$

1.2 Unidade: %

2. Definição:

Relação percentual entre o número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g e o número de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g, em determinado período.

2.1 Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g: É o número total de óbitos de recém-nascidos ocorridos no mês.

O natimorto não deverá ser contabilizado.

Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

2.2 Número de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g: Preencher o número total de recém-nascidos ocorridos no mês.

O natimorto não deverá ser contabilizado.

Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

Operacionalização

Setor responsável pelos dados: Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório

3. Metodologia de Apuração do Indicador**3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g: Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

Número de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g: Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral, () Anual

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH", () Anual

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finança

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 12/2008 | 02/2009 | 1 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 11**Indicador:** Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso entre 1.501 até 2.500 g**Objetivo:** Acompanhar os totais de óbitos neonatais ocorridos durante o período.**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.501 até 2.500 g}}{\text{Número de recém-nascidos com peso entre 1.501 até 2.500 g}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.501 até 2.500 g e o número de recém-nascidos com peso entre 1.501 até 2.500 g, em determinado período.

2.1 Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.500 g: É o número total de óbitos de recém-nascidos ocorridos no mês.

O natimorto não deverá ser contabilizado.

Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

2.2 Número de recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.500 g: Preencher o número total de recém-nascidos ocorridos no mês.

O natimorto não deverá ser contabilizado.

Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.500 g: Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

Número de recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.500 g: Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral, () Anual

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH", () Anual

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 12/2008 | 02/2009 | 1 | | |
| ❖ | | | | |

Ficha número 12**Indicador: Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso maior ou igual a 2.500 g****Objetivo:** Acompanhar os totais de óbitos neonatais ocorridos durante o período.**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de óbitos de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g}}{\text{Número de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de óbitos de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g e o número de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g, em determinado período.

2.1 Número de óbitos de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g: É o número total de óbitos de recém-nascidos ocorridos no mês.

O natimorto não deverá ser contabilizado.

Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

2.2 Número de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g: Preencher o número total de recém-nascidos ocorridos no mês.

O natimorto não deverá ser contabilizado.

Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de óbitos de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g: Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

Número de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g: Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral, () Anual

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH", () Anual

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 12/2008 | 02/2009 | 1 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 13**Indicador:** Taxa de Cirurgia Suspensa**Objetivo:** Acompanhar as cirurgias suspensas por motivos que não dependeram do paciente**1. Cálculo**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de cirurgias suspensas for fatores extra-pacientes}}{\text{Número de cirurgias agendadas}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês.

2.1 Número de cirurgias suspensas: É o total de cirurgias suspensas dentro do período analisado cuja causa não dependeu do paciente, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambiente cirúrgico.

Ex.: cirurgias suspensas por falta de material, ausência do cirurgião, ausência do anestesista, falta de salas, falta de acomodações, falta de hemocomponentes, erro de agendamento (sem cobertura de convênio).

Quando a suspensão ocorre antes da internação, por motivos extra-pacientes, o dado não deve ser contabilizado.

Se houver suspensão no dia da cirurgia, a mesma deverá ser contabilizada.

2.2 N° de cirurgias agendadas: Cirurgias programadas e previamente agendadas.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de cirurgias suspensas: É coletado mensalmente através de planilha (excel), preenchida pelo Centro Cirúrgico.

Número de cirurgias agendadas: É coletado mensalmente através de planilha (excel), preenchida pelo Centro Cirúrgico.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | N° da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 02/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ❖ | | | | |

Ficha número 14**Indicador:** Taxa de Reinternação não Programada**Objetivo:** Acompanhar as causas de reinternações até 15 dias após a alta**1. Cálculo:****1.1 Fórmula:**

$$\frac{\text{Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar}}{\text{Total de saídas}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

É a relação porcentual entre o número de reinternações não programadas pela mesma causa, ou causa associada, até 15 dias da alta hospitalar e o total de saídas.

2.1 Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar: É o número total de reinternações não programadas no prazo de 15 dias pela mesma causa da saída anterior.

2.2. Total de Saídas: ver a ficha número 02.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Recepção Internação**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de reinternações não programadas pela mesma causa ou causa associada até 15 dias da alta hospitalar: É coletado via sistema ou através de relatório, onde são listados todos os pacientes nesta situação.

Número de internações: É coletado via sistema ou através de relatório.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 02/2007 | 02/2009 | 2 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 15**Indicador:** Taxa de Reingresso na UTI-Adulto durante a mesma internação**Objetivo:** Acompanhar as reinternações na UTI-Adulto**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de reingressos na UTI Adulto durante a mesma internação}}{\text{Número de saídas da UTI Adulto}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de reingressos na UTI-Adulto durante a mesma internação e o número de saídas da UTI-Adulto no mesmo período.

2.1 Número de reingresso na UTI Adulto durante a mesma internação: É o número de reingressos UTI Adulto durante a mesma internação.

2.2 Número de saída da UTI Adulto: É o número total de saídas da UTI (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** UTI**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de reingresso da UTI-Adulto durante a mesma internação: São coletados mensalmente através de planilha ou gerada através do sistema, preenchida pelo enfermeiro responsável da unidade.

Número de saída da UTI-Adulto: São coletados mensalmente através de planilha (excel) gerada através do sistema, preenchida pela enfermeira responsável da unidade.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 02/2007 | 02/2009 | 2 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 16**Indicador:** Índice de Exames Laboratoriais por Internação**Objetivo:** Acompanhar a quantidade de exames laboratoriais realizados por paciente internado**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de exames laboratoriais}}{\text{Total de saídas}}$$

1.2 Unidade: Exames por paciente

2. Definição:

Relação entre o número de exames laboratoriais e o total de saídas.

2.1 Número de exame laboratorial: É o número total de exames laboratoriais realizados em pacientes internados (não considerar exames de pacientes ambulatoriais e pronto socorro).

O hemograma completo deverá ser contabilizado como um exame. O número de itens para este exame dependerá da metodologia adotada pelo hospital.

2.2 Total de saídas: Ver a ficha número 02.

Operacionalização

Setor responsável pelos dados: S.A.D.T.

3. Metodologia de Apuração do Indicador**3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de exames laboratoriais: São lançados diariamente no sistema pelo setor de laboratório, nesses lançamentos são discriminadas as origens dos exames de pronto socorro, ambulatório, ou internado, quando compiladas as informações se obtém o número total de exames realizados. Considerar somente paciente internados.

O dado deverá ter como base as informações coletadas pelo Faturamento.

Total de saídas: São contabilizadas pelo sistema ou através de relatório que é o número de saídas dos pacientes internados, seja ela por alta, óbito, ou transferência externa.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 17**Indicador: Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação**

Objetivo: Acompanhar a quantidade de exames de diagnóstico por imagem realizados por paciente internado

1. Cálculo

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de exames de diagnóstico por imagem}}{\text{Total de saídas}}$$

1.2 Unidade: Exames por paciente

2. Definição:

Relação entre o número de exames de diagnóstico por imagem e o total de saídas.

2.1 Número de exames de diagnóstico por imagem: É o número total de exames de diagnóstico por imagem realizados em pacientes internados independente do local da realização. (não considerar exames de pacientes ambulatoriais e pronto socorro: não considerar procedimentos, por exemplo: endoscopia, colonoscopia etc).

2.2 Total de saídas: Ver a ficha número 02.

Operacionalização

Setor responsável pelos dados: S.A.D.T.

3. Metodologia de Apuração do Indicador**3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de exames de diagnóstico por imagem: São lançados diariamente pelos setores de RX, US, TC, RMN, nesses lançamentos são discriminadas as origens dos exames, quando compiladas as informações se obtém o número total de exames realizados.

Total de saídas: São contabilizadas pelo sistema ou através do relatório que é o número de saídas dos pacientes internados.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 18**Indicador:** Taxa de Cesáreas**Objetivo:** Acompanhar a quantidade de cesáreas realizadas**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de cesáreas}}{\text{Número de partos}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de cesáreas e o número de partos.

2.1 Número de cesáreas: É o número total de cesáreas em um período. O número de cesáreas não poderá ser superior ao número de partos.

2.2 Número de partos: É a soma de todos os partos ocorridos em um período: normais, cesáreas e fórceps.

- Não considerar aborto (nascidos com menos de 500 gramas ou com menos de 20 semanas).

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Maternidade**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de cesárea: É coletado mensalmente através do livro de registro da maternidade que nele contém todos os registros dos partos ocorridos no hospital com os dados das mães e recém-nascidos.

Número de partos: Também é coletado mensalmente do livro de registro da maternidade.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 19**Indicador:** Taxa de Cesáreas em Primíparas**Objetivo:** Acompanhar a quantidade de cesáreas realizadas no primeiro parto**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de cesáreas em primíparas}}{\text{Número de partos em primíparas}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de cesáreas em primíparas e o número de partos em primíparas (primeiro parto).

2.1 Número de cesáreas em primíparas: É o número total de cesáreas em primíparas (primeiro parto) ocorridos dentro de um período. Este número não poderá ser superior ao número de partos em primíparas.

2.2 Número de partos em primíparas: É a soma de todos os partos em primíparas ocorridos no mês: normais, cesáreas, fórceps e outros.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Maternidade**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de cesáreas em primíparas: É coletado mensalmente através da DNV (declaração de nascido vivo) preenchida pela enfermeira obstetra, contendo todos os dados da mãe e do recém-nascido.

Número de partos em primíparas: É coletado mensalmente através DNV (declaração de nascido vivo), preenchida pela enfermeira obstetra, contendo todos os dados da mãe e do recém-nascido.

4. Periodicidade:**4.1 Compilação e apuração:** () Diário, () Mensal, () Trimestral**4.2 Apresentação para as partes interessadas:** () Diário, () Mensal, () Trimestral**4.3 Apresentação Institucional:** () Mensal, () Trimestral "CQH"**5. Partes interessadas:**

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 20**Indicador:** Taxa de Apgar no 1º minuto**Objetivo:** Acompanhar o índice de vitalidade do recém-nascido**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100$$

1.2 Unidade: %

2. Definição:

Relação porcentual entre o número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto e o número de nascidos-vivos.

2.1 Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto: É o número de nascidos com Apgar \geq a 7 no 1º minuto, sendo o Apgar valores medidos no primeiro minuto de vida. Esse índice consiste numa escala que varia de zero a dez e se refere à medida de vitalidade do recém-nascido. Essa medida de vitalidade é realizada, em geral, pelo pediatra, neonatologista ou obstetra e leva em consideração um conjunto de características: respiração, cor da pele, batimentos cardíacos, tônus muscular e resposta a estímulos nervosos.

2.2 Número de nascidos vivos: É o número de nascidos vivos através de expulsão ou extração completa do interior do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado, o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Maternidade**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto: É coletada através da DNV (declaração de nascido vivo), ou pelos registros do CO, a nota aplicada pelo pediatra ou neonatologista.

Número de nascidos vivos: É coletado mensalmente através do livro de registro da maternidade que contém todos os registros dos partos ocorridos no hospital com os dados das mães e recém-nascidos, nesta informação somamos apenas os nascidos-vivos.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 21**Indicador:** Taxa de Apgar no 5º minuto**Objetivo:** Acompanhar o índice de vitalidade do recém-nascido**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto e o número de nascidos-vivos.

2.1 Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto: É o número de nascidos com Apgar \geq a 7 no 5º minuto, sendo o Apgar valores medidos no quinto minuto de vida. Esse índice consiste numa escala que varia de zero a dez e se refere à medida de vitalidade do recém-nascido. Essa medida de vitalidade é realizada, em geral, pelo pediatra, neonatologista ou obstetra e leva em consideração um conjunto de características: respiração, cor da pele, batimentos cardíacos, tônus muscular e resposta a estímulos nervosos.

2.2 Número de nascidos vivos: Ver a ficha número 20.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Maternidade**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto: É coletada através da DNV (declaração de nascido vivo), ou pelos registros do CO, a nota aplicada pelo pediatra ou neonatologista.

Número de nascidos vivos: É coletado mensalmente através do livro de registro da maternidade que contém todos os registros dos partos ocorridos no hospital com os dados das mães e recém-nascidos, nesta informação somamos apenas os nascidos-vivos.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 22**Indicador:** Taxa de Infecção Hospitalar - TIH**Objetivo:** Acompanhar a taxa de infecção hospitalar**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Total de saídas}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de episódios de infecções hospitalares e o número de saídas no período.

2.1 Número de episódios de infecções hospitalares: É o número total de infecções adquirida após 72h da admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta.

Obs.:Um mesmo paciente pode apresentar um ou mais episódios de Infecção Hospitalar.

2.2 Total de saídas: Ver a ficha número 02.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** SCIH**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de episódios de infecções hospitalares: É coletado através de busca ativa entre os pacientes internados, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção, utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo ministério da saúde, caso seja necessário é realizada a revisão do prontuário.

Para pacientes clínicos não há tempo definido.

Para pacientes cirúrgicos o tempo é de 30 dias em cirurgias e 1 ano se houver implante de prótese.

Total de saídas: São contabilizadas pelo sistema através do relatório que é o número de saídas dos pacientes internados.

Obs.: Se o número de episódios de infecção hospitalar informado for "zero" essa informação não será considerada na construção da curva do indicador.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 23**Indicador: Densidade de Infecção Hospitalar - DIH****Objetivo:** Acompanhar a taxa de infecção hospitalar**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Total de pacientes-dia}} \times 1000$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de episódios de infecções hospitalares e o total de pacientes-dias no período.

2.1 Número de episódios de infecções hospitalares: Ver a ficha número 22.**2.2 Total de saídas:** Ver a ficha número 01.**Operacionalização****Setor responsável pelos dados:** SCIH**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de episódios de infecções hospitalares: É coletado através de busca ativa entre os pacientes internados, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção, utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo ministério da saúde, caso seja necessário é realizada a revisão do prontuário.

Para pacientes clínicos não há tempo definido.

Para pacientes cirúrgicos o tempo é de 30 dias em cirurgias e 1 ano se houver implante de prótese.

Total de saídas: São contabilizadas pelo sistema através do relatório que é o número de saídas dos pacientes internados.

Obs.: Se o número de episódios de infecção hospitalar informado for "zero" essa informação não será considerada na construção da curva do indicador.

4. Periodicidade:**4.1 Compilação e apuração:** () Diário, () Mensal, () Trimestral**4.2 Apresentação para as partes interessadas:** () Diário, () Mensal, () Trimestral**4.3 Apresentação Institucional:** () Mensal, () Trimestral "CQH"**5. Partes interessadas:**

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 02/2009 | | 1 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 24**Indicador:** Distribuição de Infecção Hospitalar por Clínica/Serviço**Objetivo:** Acompanhar a taxa de infecção hospitalar por clínicas**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de episódios de infecções hospitalares por clínica}}{\text{Saídas por clínica}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de episódios de infecções hospitalares por clínica e o número de saídas por clínica no período.

2.1 Número de episódios de infecções hospitalares por clínica: É o número total de infecções adquirida após 72 horas da admissão do paciente na em determinada clínica e que se manifesta durante a internação ou após a alta.

Obs: Um mesmo paciente pode apresentar um ou mais episódios de infecções hospitalares.

2.2 Saídas por clínicas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa interna ou óbito.

Transferência interna: Mudança de um paciente de uma clínica para outra, por exemplo, da clínica médica para a cirúrgica. O paciente não recebe alta e não é realizada nova internação, ou seja, a permanência do paciente dentro do hospital corresponde a uma única internação, em diferentes clínicas.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** SCIH**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de episódios de infecções hospitalares por clínica: É coletado através de busca ativa entre os pacientes internados em determinada clínica, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção, utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo ministério da saúde, caso seja necessário é realizada a revisão do prontuário.

Para pacientes clínicos não há tempo definido.

Para pacientes cirúrgicos o tempo é de 30 dias em cirurgias e 1 ano se houver implante de prótese.

Saídas por clínica: São contabilizadas pelo sistema ou planilha.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 25**Indicador:** Distribuição Porcentual de Infecção Hospitalar por Localização Topográfica**Objetivo:** Acompanhar os casos de infecção por localização topográfica**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de episódios de infecções hospitalares por localização topográfica}}{\text{Total de episódios de infecções hospitalares}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de episódios de infecções hospitalares por localização topográfica e o número de episódios de Infecção Hospitalar no período.

2.1 Número de infecções hospitalares por localização topográfica: É o número total de infecções adquirida após 72h da admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta nas diferentes localizações: Sistêmica, Acesso Vascular, Gastrointestinal, Ferida Cirúrgica, Pneumonia, Trato Urinário e Outras.

2.2 Total de episódios de infecções hospitalares: É o número total de infecções adquirida após 72h da admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta.

Obs: Um mesmo paciente pode apresentar um ou mais episódios de infecção hospitalar.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** SCIH**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de episódios de infecções hospitalares por localização topográfica: É coletado através de busca ativa e seguindo os critérios estabelecidos pelo ministério da saúde.

Total de episódios de infecções hospitalares: É coletado através de busca ativa entre os pacientes internados, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção, utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo ministério da saúde, caso seja necessário é realizada a revisão do prontuário.

Para pacientes clínicos não há tempo definido.

Para pacientes cirúrgicos o tempo é de 30 dias em cirurgias e 1 ano se houver implante de prótese.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 26**Indicador:** Agentes Microbianos Identificados nos Casos de Infecção Hospitalar**Objetivo:** Identificar as causas mais frequentes de infecções**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de casos por agente microbiano}}{\text{Total de episódios de infecções hospitalares}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de casos por agente microbiano e o número de episódios de infecções hospitalares no período.

2.1 Número de casos por agente microbiano: É o número total de microorganismos recuperados dos casos de infecção hospitalar.

2.2 Número de episódios de infecções hospitalares: É o número total de infecções adquiridas após 72 horas da admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta.

Obs: Um mesmo paciente pode apresentar um ou mais episódios de infecção hospitalar.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** SCIH**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de caso por agente microbiano: É identificado a partir dos resultados dos exames de cultura positiva, que são realizados pelo laboratório.

Número de episódios de infecções hospitalares: É coletado através de busca ativa entre os pacientes internados, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção, utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo ministério da saúde, caso seja necessário é realizada a revisão do prontuário.

Para pacientes clínicos não há tempo definido.

Para pacientes cirúrgicos o tempo é de 30 dias em cirurgias e um ano se houver implante de prótese.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ❖ | | | | |

Ficha número 27**Indicador:** Relação Enfermeiro/Leito**Objetivo:** Acompanhar o número de enfermeiros por leito**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de enfermeiros}}{\text{Número de leitos}}$$

1.2 Unidade: Enfermeiro por leito

2. Definição:

Relação entre o número de enfermeiros e o número de leitos.

2.1 Número de enfermeiros: É o número total de enfermeiros registrados no COREN, independente do vínculo empregatício e que estejam ligados a área assistencial.

Não incluir afastados por mais de 15 dias.

2.2 Número de leitos: Ver a ficha número 04.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Recursos Humanos**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de enfermeiros: O RH preenche em uma planilha (excel) a quantidade de enfermeiros em exercício no hospital em função assistencial independente do tipo de vínculo empregatício.

Número de leitos: É controlado pelo setor de Internação através da planilha (excel) de leitos-dia.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 28**Indicador:** Relação Enfermagem/Leito**Objetivo:** Acompanhar o número de pessoal de enfermagem por leito**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de pessoal de enfermagem}}{\text{Número de leitos}}$$

1.2 Unidade: Pessoal de enfermagem por leito

2. Definição:

Relação entre o número de pessoal de enfermagem e o número de leitos.

2.1 Número de pessoal de enfermagem: É o número total de pessoal de enfermagem (somente incluir técnicos, auxiliares de enfermagem registrados no COREN), independente do vínculo empregatício. Não incluir afastados por mais de 15 dias.

2.2 Número de leitos: Ver a ficha número 04.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Recursos Humanos**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de pessoal de enfermagem: O RH preenche em uma planilha (excel) a quantidade de Técnicos e Auxiliares de enfermagem registrados no COREN independente do tipo de vínculo empregatício.

Número de leitos: É controlado pelo setor de Internação através da planilha (excel) de leitos-dia.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

| |
|--|
| Ficha número 29 |
| Indicador: Relação Pessoal/Leito |
| Objetivo: Acompanhar a quantidade de funcionário por leito |
| 1. Cálculo: |
| 1.1 Fórmula: $\frac{\text{Número de funcionários contratados e de terceiros}}{\text{Número de leitos}}$ |
| 1.2 Unidade: Funcionário por leito |
| 2. Definição: |
| Relação entre a soma do número de funcionários ativos e terceiros; e o número de leitos do hospital. |
| 2.1 Número de funcionários contratados e de terceiros: É o número total de funcionários exercendo atividade no hospital, independente do vínculo empregatício e terceirizados das áreas administrativas, de enfermagem, técnicas e de apoio, exercendo as atividades no hospital, no primeiro e último dia do mês. |
| OBS.: Não incluir: os médicos em função assistencial; afastados por mais de 15 dias; e as pessoas que trabalham menos de 20 horas semanais. Não contar empreiteiras de obras temporárias, funcionários de estabelecimentos comerciais que utilizam as instalações do hospital (banco, lojas de conveniência, restaurante etc.). |
| 2.2 Número de leitos: Ver a ficha número 04. |
| Força de trabalho: Pessoas que compõem uma organização e que contribuem para a consecução de suas estratégias, objetivos e metas, tais como empregados em tempo integral ou parcial, temporários, autônomos e contratados de terceiros que trabalham sob a coordenação direta da organização. |

Operacionalização

| |
|---|
| Setor responsável pelos dados: Recursos Humanos |
| 3. Metodologia de Apuração do Indicador |
| 3.1 Coleta e origem dos dados: |
| Número de funcionário contratado e de terceiros. O RH preenche em uma planilha (excel) a quantidade de colaboradores em exercício no hospital. |
| Número de leitos: É controlado pelo setor de Internação através da planilha (excel) de leitos-dia. |
| 4. Periodicidade: |
| 4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral |
| 4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral |
| 4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH" |
| 5. Partes interessadas: |
| Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças. |

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 30**Indicador:** Taxa de Absenteísmo**Objetivo:** Acompanhar as horas ausentes dos funcionários**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de horas/homem ausentes}}{\text{Número de horas/homem trabalhadas}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de horas/homem ausentes e o número de horas/homem trabalhadas.

2.1 Número de horas/homem ausentes: É o número mensal de horas ausentes dos funcionários próprios em qualquer regime de contratação do hospital pelo número de horas que cada um deveria trabalhar. Considerar todas as faltas, inclusive as justificadas.

Não incluir: férias e licenças legais (acima de 15 dias ininterruptos).

2.2 Número de horas/homem trabalhadas: É o número total de horas trabalhadas de funcionários próprios do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho.

Não incluir médicos (CLT ou não) em função assistencial.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Recursos Humanos**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de horas/homem ausentes: É preenchido pelo RH em uma planilha com os dados extraídos do sistema e enviado mensalmente.

Número de horas/homem trabalhadas: É preenchido pelo RH em uma planilha com os dados extraídos do sistema e enviado mensalmente.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 31**Indicador:** Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos**Objetivo:** Acompanhar a rotatividade dos funcionários do hospital**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{(\text{Número de admissões} + \text{desligamentos})/2}{\text{Número de funcionários ativos no cadastro do hospital}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre a soma de admissões e desligamento dividido por dois, e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital.

2.1 Número de admissões: É o número total de funcionários admitidos no mês.

2.2 Número de desligamentos: É o número total de funcionários próprios desligados do hospital no mês. Incluir: demissões espontâneas e/ou provocadas pelo hospital.

2.3 Número de funcionários ativos no cadastro do hospital: É o número total de pessoas que compõem a força de trabalho independente do vínculo empregatício (CLT, CLF, RJFP, Cooperados e Autônomos). Incluir apenas empresas prestadoras de serviços exclusivos do hospital.

OBS.: Não incluir os médicos em função assistencial. Não incluir médicos dos hospitais de corpo clínico aberto, que no modelo são considerados clientes. Não incluir as pessoas que trabalham menos de 20 horas semanais.

Força de trabalho: Pessoas que compõem uma organização e que contribuem para a consecução de suas estratégias, objetivos e metas, tais como empregados em tempo integral ou parcial, temporários, autônomos e contratados de terceiros que trabalham sob a coordenação direta da organização.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Recursos Humanos**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de desligamentos: É preenchido pelo RH e enviado mensalmente.

Número de funcionários contratados: É preenchido pelo RH e enviado mensalmente.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ❖ | | | | |

Ficha número 32**Indicador: Taxa de Acidente de Trabalho****Objetivo:** Acompanhar o número de acidentes de trabalho**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de acidentes de trabalho}}{\text{Número de funcionários ativos no cadastro do hospital}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de acidentes de trabalho e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital.

2.1 Número de acidentes de trabalho: É o número total de acidentes de trabalho na força de trabalho independente do vínculo empregatício (CLT, CLF, RJFP, Cooperados e Autônomos), ocorridos durante o mês.

OBS: Não incluir acidentes de percurso.

2.2 Número de funcionários ativos no cadastro do hospital: ver a ficha número 31.

Obs.: O Acidente de Trabalho "zero" não será considerado na construção da curva de indicadores.

Operacionalização**Sector responsável pelos dados:** Segurança do Trabalho**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de acidentes de trabalho: É coletado através de busca ativa e preenchido uma planilha pelo RH e enviado mensalmente.

Número de funcionários contratados: É preenchido uma planilha pelo RH e enviado mensalmente.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 33**Indicador: Índice de Treinamento****Objetivo:** Acompanhar as atividades de treinamentos do hospital**1. Cálculo:**

$$1.1 \quad \text{Fórmula:} \quad \frac{(\text{Número funcionários ouvintes no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + (\text{Número funcionários ouvintes no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes no curso n} \times \text{carga horária curso n})}{\text{Número de horas/homem trabalhadas}} \times 1000$$

1.2 Unidade: Horas/homem treinadas por 1000 horas/homem trabalhadas.**2. Definição:**

Relação entre o número de horas dos funcionários ouvintes nos cursos e o número de horas trabalhadas.

2.1 Número de funcionários ouvintes em todos os cursos do hospital: É a somatória de todos os funcionários ouvintes dos cursos no período determinado.

Obs: Caso o colaborador participe de vários cursos, será computado o total de horas de todos os cursos.

2.2 Carga horária do curso: É a somatória das horas de todos os cursos ministrados no período determinado. Deverão ser contabilizados cursos realizados no hospital; cursos externos pagos integralmente pelo hospital e treinamento para operação de novos equipamentos. Os cursos de graduação, pós-graduação financiados pelo hospital deverão ser informados na época da sua conclusão.

Não incluir: reuniões e reunião promocional de produtos.

2.3 Número de horas/homem trabalhadas: É o número de funcionários ativos no cadastro do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho.**Operacionalização****Setor responsável pelos dados:** Recursos Humanos**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:****Número de funcionários ouvintes em todos os cursos do hospital:** É coletado através do formulário "Planilha de Treinamento" que esta disponível em toda instituição. A pessoa responsável pelo treinamento deverá preencher e devolver à Gerência de Qualidade para compilação dos dados.**Carga horária dos cursos:** É coletado através do formulário "Planilha de Treinamento".**Número de horas/homem trabalhadas:** É preenchido pelo RH em uma planilha com os dados extraídos do sistema e enviado mensalmente.**4. Periodicidade:****4.1 Compilação e apuração:** () Diário, () Mensal, () Trimestral**4.2 Apresentação para as partes interessadas:** () Diário, () Mensal, () Trimestral**4.3 Apresentação Institucional:** () Mensal, () Trimestral "CQH"**5. Partes interessadas:**

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 34**Indicador:** Atividades de Treinamento por Setor**Objetivo:** Acompanhar as atividades de treinamentos no hospital por setor**1. Cálculo:****1.1 Fórmula:**

$$\frac{(\text{Número funcionários ouvintes do setor no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + (\text{Número funcionários ouvintes do setor no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes do setor no curso n} \times \text{carga horária curso n})}{(\text{Número funcionários ouvintes no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + (\text{Número funcionários ouvintes no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes no curso n} \times \text{carga horária curso n})} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação entre o número de horas dos funcionários treinados por setor em determinado período e o número total de horas/homem treinadas no período.

2.1 Número de funcionários ouvintes por setor: São todos os funcionários ouvintes por setor, dos cursos (treinamentos) no período determinado.

Ver Anexo 1.

2.2 Carga horária do curso: É a somatória de horas de cada curso ministrado no período.

2.3 Número de funcionários ouvintes em cada curso: É a somatória de todos os funcionários ouvintes do curso.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:** Recursos Humanos**3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

Número de funcionários ouvintes por setor em todos os cursos do hospital: É coletado através do formulário "Planilha de Treinamento" que esta disponível em toda instituição. A pessoa responsável pelo treinamento deverá preencher e devolver a Gerência de Qualidade para compilação dos dados.

Carga horária dos cursos: É coletado através do formulário "Planilha de Treinamento".

Número de funcionários ouvintes em todos os cursos: É coletado através do formulário "Planilha de Treinamento" que esta disponível em toda instituição. A pessoa responsável pelo treinamento deverá preencher e devolver a Gerência de Qualidade para compilação dos dados.

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 35**Indicador: Taxa de Preenchimento das Avaliações pelo Usuário****Objetivo:** Acompanhar o retorno das avaliações pelos usuários**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Número de avaliações preenchidas}}{\text{Total de saídas}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o número de avaliações preenchidas e o total de saídas no mês.

2.1 Número de avaliações preenchidas: É a somatória dos impressos que foram preenchidos pelos pacientes internados ou pelos respectivos acompanhantes.

2.2 Total de saídas: Ver a ficha número 02.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:****3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

O setor responsável pela consolidação dos questionários, pelas planilhas e por sua digitação deverá preencher a planilha CQH 06-01

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Ficha número 36**Indicador:** Taxa de Satisfação dos Clientes Internados**Objetivo:** Acompanhar a satisfação dos clientes internados**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Total de avaliações preenchidas com ótimo e bom}}{\text{Total de avaliações preenchidas corretamente}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o total de avaliações preenchidas com ótimo e bom e o total de avaliações preenchidas com ótimo, bom, ruim e péssimo.

2.1 Total de avaliações preenchidas com ótimo e bom: É a somatória dos itens preenchidos com ótimo e bom nos requisitos: atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto e roupa de cama

2.2 Total de avaliações preenchidas corretamente (com ótimo, bom, ruim e péssimo): É a somatória dos itens preenchidos com ótimo, bom, ruim e péssimo nos requisitos: atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto e roupa de cama
Obs.: Não serão consideradas as avaliações em branco ou com múltiplas opções para o mesmo requisito.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:****3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

O setor responsável pela consolidação dos questionários, pelas planilhas e por sua digitação deverá preencher a planilha CQH 06-01

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ❖ | | | | |

Ficha número 37**Indicador:** Taxa de Insatisfação dos Clientes Internados**Objetivo:** Acompanhar a insatisfação dos clientes internados**1. Cálculo:**

1.1 Fórmula:
$$\frac{\text{Total de avaliações preenchidas com ruim e péssimo}}{\text{Total de avaliações preenchidas corretamente}} \times 100$$

1.2 Unidade: %**2. Definição:**

Relação porcentual entre o total de avaliações preenchidas com ruim e péssimo e o total de avaliações preenchidas com ótimo, bom, ruim e péssimo.

2.1 Total de avaliações preenchidas com ruim e péssimo: É a somatória dos itens preenchidos com ruim e péssimo nos requisitos: atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto e roupa de cama

2.2 Total de avaliações preenchidas corretamente: Ver a ficha número 36.

Operacionalização**Setor responsável pelos dados:****3. Metodologia de Apuração do Indicador****3.1 Coleta e origem dos dados:**

O setor responsável pela consolidação dos questionários, pelas planilhas e por sua digitação deverá preencher a planilha CQH 06-01

4. Periodicidade:

4.1 Compilação e apuração: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.2 Apresentação para as partes interessadas: () Diário, () Mensal, () Trimestral

4.3 Apresentação Institucional: () Mensal, () Trimestral "CQH"

5. Partes interessadas:

Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

Anexo 1

ATIVIDADES DE TREINAMENTO - CLASSIFICAÇÃO DE SERVIÇOS POR SETORES

| Administração | Áreas de Apoio | Enfermagem (assistencial) | Médico (assistencial) | Outros Serviços |
|--|-----------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------|
| ▪ C C I H / Vig. Epid | ▪ Bco de Sangue | | | ▪ Assist. Domic. |
| ▪ Cobrança | ▪ C M E | ▪ | | Biblioteca |
| ▪ Contabilidade | ▪ Diálise / Hemod. | ▪ | | Creche |
| ▪ Informática | ▪ Farmácia / Almox. | ▪ | | P A B X |
| ▪ Diretoria / Gerência | ▪ Fisioterapia | ▪ | | Portaria / Segurança |
| ▪ Faturamento | ▪ Lavanderia/Roup. | ▪ | | Transporte/ Remoção |
| ▪ Financeiro | ▪ Limpeza / Hotelaria | ▪ | | Vigilância |
| ▪ Internação | ▪ Manutenção | ▪ | | Zeladoria |
| ▪ Mensageiro | ▪ Psicologia | ▪ | | Ambulatório |
| ▪ Recepção | ▪ Reabilitação | | | |
| ▪ RH (admissional, integração, alteração de cargo/ função) | ▪ S A D T | | | |
| ▪ S A M E | ▪ S N D / Lactário | | | |
| ▪ Serv. Atend. ao Cliente | ▪ S. Apoio Anestesia | | | |
| ▪ SESMT | ▪ Serviço Social | | | |
| ▪ Tesouraria | | | | |
| ▪ Marketing/Comercial | | | | |

| Data de Origem | Última Revisão | Nº da Revisão | Itens Alterados | Próxima Revisão |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| 01/2005 | 02/2009 | 3 | | |
| ♣ | | | | |

5. Grupo de Indicadores de Enfermagem do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar - NAGEH

No setor saúde, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao usuário, um alto grau de satisfação por parte dos clientes, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (Organização Mundial da Saúde, 1981; Donabedian, 1992).

Para tanto, é fundamental a implementação de medidas, visando a qualidade desses serviços. Atualmente, constata-se que a gestão da qualidade tem sido abordada das mais diferentes formas e situações, destacando-se no âmbito empresarial, nos modelos gerenciais, na política de recursos humanos e na organização dos processos de trabalho (Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2005).

A qualidade é a totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto, organização ou uma combinação destes), que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas (Fundação Nacional da Qualidade - FNQ, 2006).

Acompanhando essa lógica, os Serviços de Enfermagem, como parte integrante de instituições complexas, enfrenta inúmeros desafios no sentido de atender as demandas dos clientes internos e externos, a fim de alcançar a excelência da qualidade assistencial.

Assim, observa-se a crescente preocupação desses profissionais quanto à construção e validação de indicadores, objetivando auferir a qualidade da assistência, que sejam passíveis de comparabilidade nos âmbitos intra e extra-institucional e que reflitam os diferentes contextos de sua prática profissional.

Os indicadores são, ainda, compreendidos como dados ou informações numéricas que buscam quantificar as entradas (recursos ou insumos), as saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e da organização como um todo. Esses são empregados para acompanhar e melhorar os resultados ao longo do tempo e podem ser classificados em: simples (decorrentes de uma única medição) ou compostos; diretos ou indiretos em relação à característica medida; específicos (atividades ou processos) ou globais (resultados pretendidos pela organização) e direcionadores - drivers ou resultantes - outcomes (FNQ, 2006).

Nesse contexto, o Programa CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar mantido pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), criado em 1991, com a finalidade de avaliar a qualidade dos serviços prestados aos usuários dos hospitais do Estado de São Paulo e de outros da Federação, vem utilizando na sua metodologia avaliativa o monitoramento de indicadores.

O monitoramento dos indicadores ocorre através do encaminhamento mensal, pelos Hospitais Participantes, dos resultados de indicadores relacionados à sua gestão, os quais são analisados estatisticamente pelo CQH, sendo elaborados relatórios. Trimestralmente, esses documentos são enviados aos 170 hospitais que integram o programa, para que esses possam conhecer o seu desempenho.

Cabe ressaltar que a confidencialidade dos dados é mantida, identificando-se os hospitais por meio de números, que são conhecidos somente pelos seus representantes. Essas instituições têm a oportunidade de discutir os dados apresentados, por ocasião das Assembléias realizadas a cada trimestre, na APM.

Foi durante a realização desses encontros que os representantes dos hospitais passaram a solicitar que alguns indicadores fossem revistos e segmentados, de forma a atender a determinados processos específi-

cos, como, por exemplo, os relacionados à área da Enfermagem. Para tanto, todos os diretores e gerentes de enfermagem dos estabelecimentos de saúde, envolvidos com o CQH, e de outras instituições que demonstraram interesse no processo de qualidade foram convidados a participar de uma reunião do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), que é um subgrupo do CQH e que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar.

Nessa oportunidade, discutiu-se a proposta de construção de indicadores de qualidade, passíveis de aplicação na Enfermagem. Compareceram a esse primeiro encontro 85 gerentes e diretores de enfermagem, representantes de 60 instituições, públicas e privadas, da capital e do interior do Estado de São Paulo e foram convidadas duas docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com o intuito de debater o tema qualidade e sua interface com indicadores, sendo selecionados aqueles passíveis de aplicabilidade e que retratassem a realidade dos Serviços de Enfermagem.

Nas reuniões subseqüentes, mediadas pela coordenadora do NAGEH, os participantes subdivididos em subgrupos se propuseram, com a contribuição das docentes envolvidas, a realizar levantamentos bibliográficos e a selecionar indicadores comuns aos hospitais participantes e que estivessem referendados pela literatura nacional e internacional.

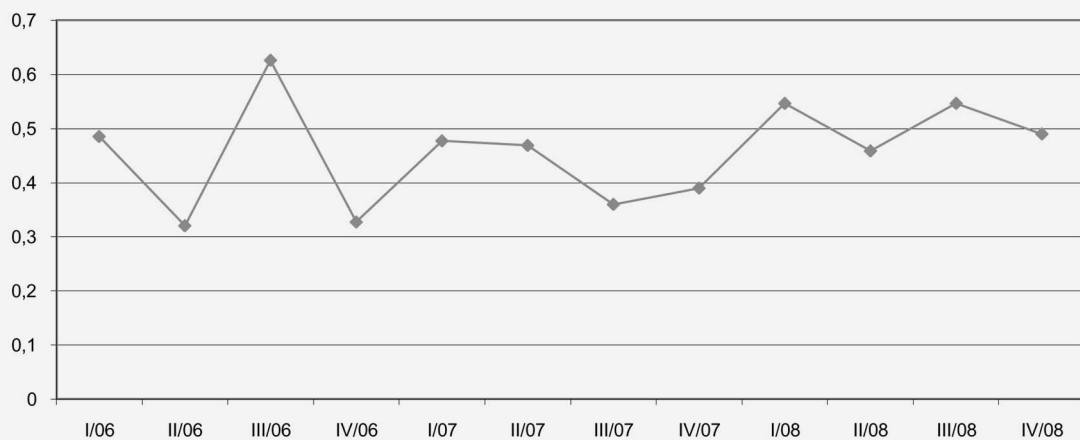
De posse desse material, a pauta das reuniões deteve-se na apresentação dos indicadores propostos pelos subgrupos e nas modificações que se fizeram necessárias para a adequação dos mesmos.

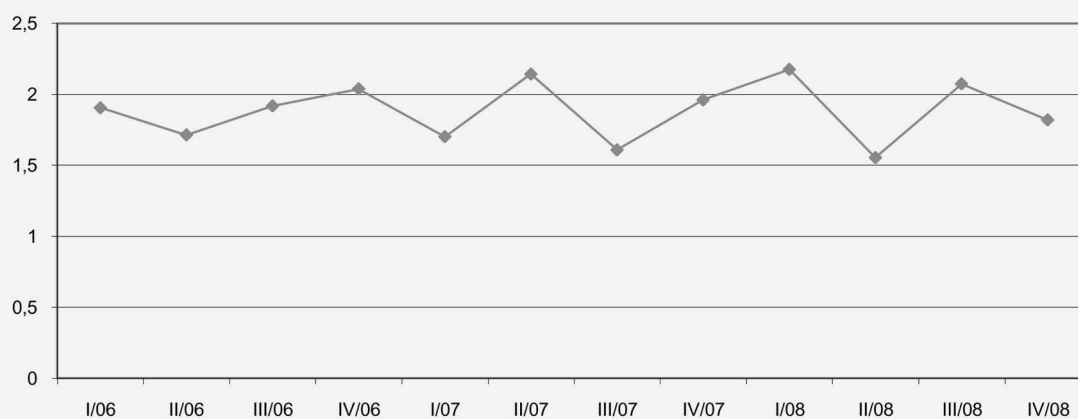
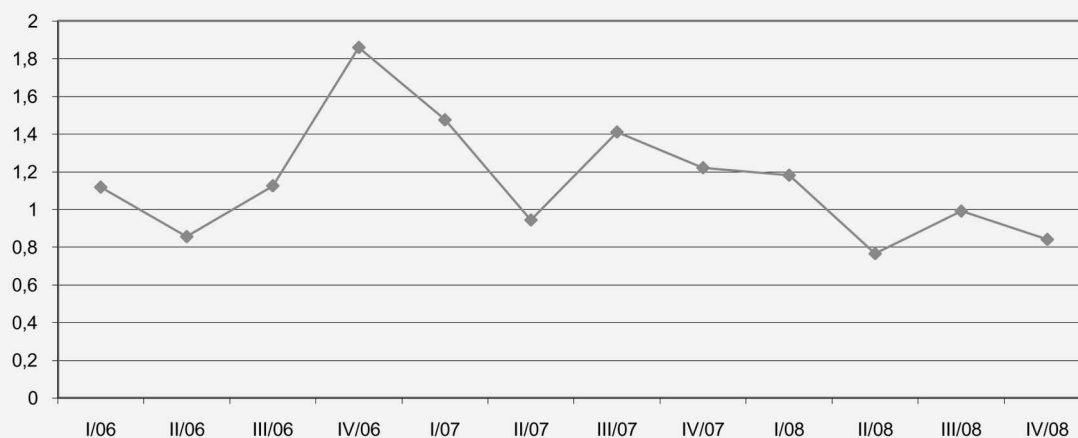
Dentre os indicadores de processo selecionados, foram escolhidos seis, que vêm sendo empregados nas instituições participantes e que se encontram detalhados neste caderno. São eles:

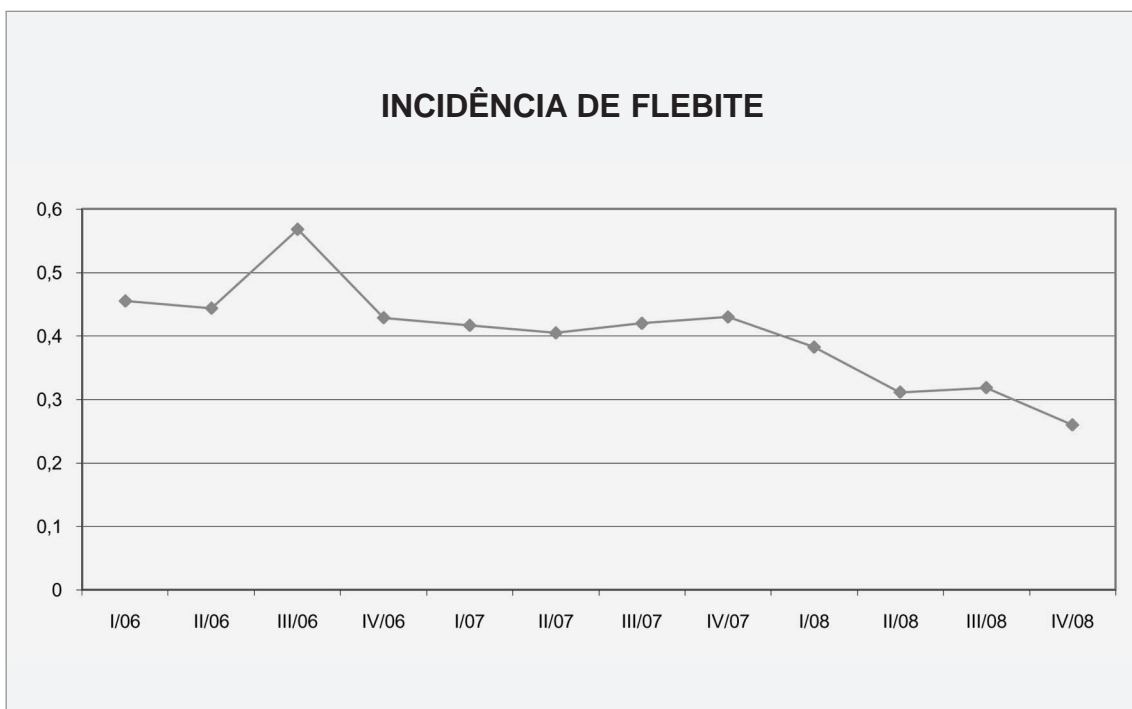
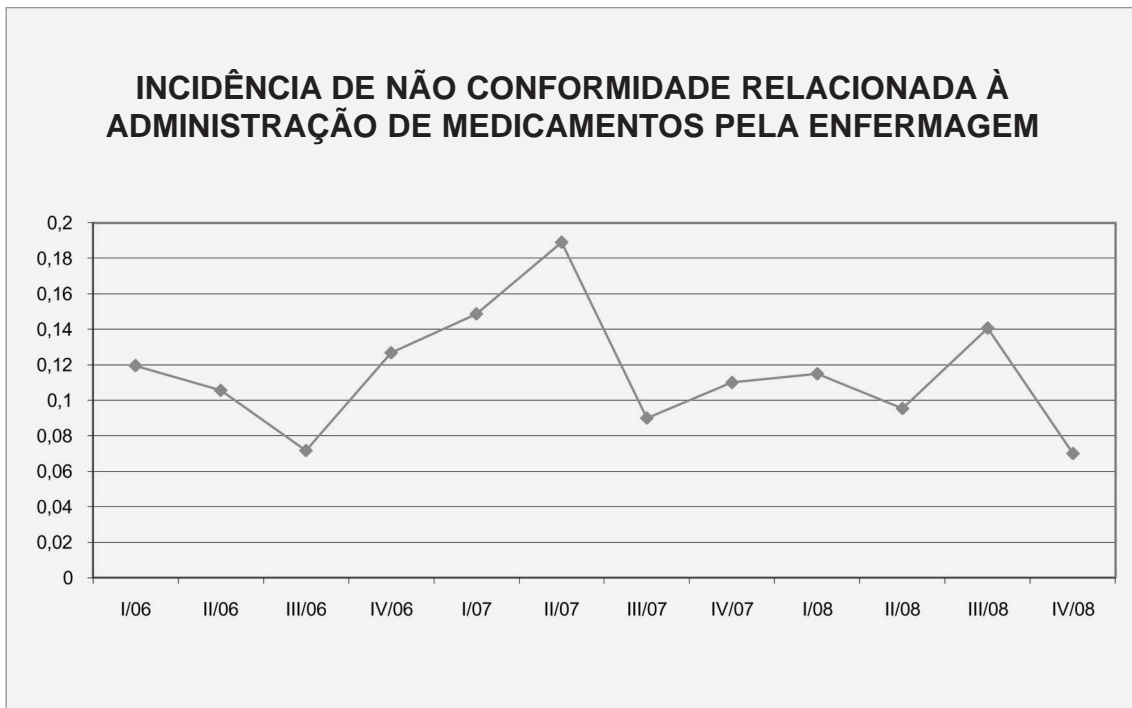
1. Incidência de Queda de Paciente;
2. Incidência de Extubação Acidental;
3. Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional;
4. Incidência de Úlcera Por Pressão;
5. Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem;
6. Incidência de Flebite.

Por ocasião da conclusão dessa fase, constatou-se que 32 hospitais haviam, efetivamente, aderido à proposta inicial, uma vez que apresentaram uma frequência maior ou igual a 50% nos encontros, constituindo, portanto, o grupo de trabalho.

Séries Históricas e Fichas de Indicadores

PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR**SÉRIE HISTÓRICA
NÚCLEO DE APOIO À GESTÃO HOSPITALAR
INDICADORES DE ENFERMAGEM****INCIDÊNCIA DE QUEDA DE PACIENTE****INCIDÊNCIA DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL**

PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR**SÉRIE HISTÓRICA****NÚCLEO DE APOIO À GESTÃO HOSPITALAR****INDICADORES DE ENFERMAGEM****INCIDÊNCIA DE PERDA DE SONDA NASOGASTROENTERAL
PARA APORTE NUTRICIONAL****INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)**

PROGRAMA CQH - COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR**SÉRIE HISTÓRICA****NÚCLEO DE APOIO À GESTÃO HOSPITALAR****INDICADORES DE ENFERMAGEM**

Ficha número 01

Indicador: Incidência de Queda de Paciente

Definição: relação entre o número de quedas e o número de pacientes-dia, multiplicado por 1000.

Fórmula para Cálculo:
$$\frac{\text{Número de quedas}}{\text{Número de pacientes-dia}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Freqüência de Levantamento:

Diário Semanal Mensal Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da Instituição

Em unidades específicas. Quais? _____

Observações:

Queda = situação na qual o paciente, não intencionalmente, vai ao chão ou a algum plano mais baixo.

- O registro da queda será classificado de acordo com a faixa etária do paciente. A faixa etária é um dos fatores de risco, porém não influencia no registro de queda e nem na classificação da mesma. As implicações desse registro para a prática da assistência incluem a realização de um protocolo de avaliação de risco, podendo assim ser respaldado pela prescrição de enfermagem;
- O registro da ocorrência deve ser feito imediatamente após a assistência prestada ao paciente;
- Considerar no levantamento os fatores de risco: idade menor que 5 anos e/ou maior que 65 anos; agitação/confusão; déficit sensitivo; distúrbios neurológicos; em uso de sedativos ou pós-sedação; dificuldades de marcha.

Ficha número 02**Indicador:** **Incidência de Extubação Acidental****Definição:** relação entre o número de pacientes extubados acidentalmente e o número de pacientes intubados por dia, multiplicado por 100.**Fórmula para Cálculo:**
$$\frac{\text{Número de extubações acidentais}}{\text{Número de pacientes intubados / dia}} \times 100$$
Responsável pelo dado: Enfermagem**Frequência de Levantamento:** Diário Semanal Mensal Anual**Dimensão da coleta:** Todas as unidades da Instituição Em unidades específicas. Quais? UTI de Adultos, UTI Pediátrica e UTI Neonatal**Observações:**

Extubação acidental = retirada acidental, ou não planejada, da cânula endotraqueal.

- Os registros de extubações acidentais serão classificados de acordo com as causas/motivos que levaram à ocorrência. Algumas medidas podem ser implementadas para prevenir esse incidente. A extubação somente é indicada quando o paciente está fisiologicamente capaz de manter respiração espontânea, apresentando controle neuromuscular suficiente para fornecer a ventilação adequada;
- O registro da ocorrência de extubação acidental deverá ser realizado imediatamente após a mesma;
- O número de pacientes extubados deverá ser coletado diariamente a partir da zero hora;
- Considerar fatores de risco: agitação/confusão; manuseio do paciente; fixação inadequada; pressão do cuff; obstrução da cânula e intubação seletiva.

Ficha número 03**Indicador:** Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional**Definição:** relação entre o número de perdas de sonda nasogastroenteral (NGE) e o número de pacientes com sonda nasogastroenteral por dia, multiplicado por 100.**Fórmula para Cálculo:**
$$\frac{\text{Número de perdas de sonda NGE}}{\text{Número de pacientes com sonda NGE / dia}} \times 100$$
Responsável pelo dado: Enfermagem**Freqüência de Levantamento:** Diário Semanal Mensal Anual**Dimensão da coleta:** Todas as unidades da Instituição Em unidades específicas. Quais? _____**Observações:**

Registrar a data da colocação e a causa da perda da sonda:

- Perda acidental: pelo próprio paciente (agitação motora, uso de sedação, confusão mental, com distúrbio neurológico e outros) ou durante a manipulação do paciente (troca de curativo, banho ou higiene íntima, administração de medicação, mudança de decúbito, transporte leito-maca, transporte maca/leito);
- Obstrução;
- Deterioração do produto da sonda (mudança da cor e colabação);
- Verificar se a fixação e/ou curativo da sonda foram realizados de forma correta;
- Verificar se há registro de cuidados de enfermagem com a sonda na prescrição de enfermagem todos os dias, alguns dias ou nenhum dia.

| Ficha número 04 | |
|--|--|
| Indicador: | Incidência de Úlcera por Pressão (UPP) |
| Definição: relação entre o número de casos novos de pacientes com úlcera por pressão em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir úlcera por pressão no período, multiplicado por 100. | |
| Fórmula para Cálculo: | |
| $\frac{\text{Número de casos novos de pacientes com UPP em um determinado período}}{\text{Número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP no período}} \times 100$ | |
| Responsável pelo dado: Enfermagem | |
| Freqüência de Levantamento: | |
| <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual | |
| Dimensão da coleta: | |
| <input type="checkbox"/> Todas as unidades da Instituição <input checked="" type="checkbox"/> Em unidades específicas. Quais? UTI de Adultos | |
| Observações: | |
| <p>As úlceras por pressão são definidas como "áreas de localização de necrose tissular que se desenvolvem quando o tecido de acolchoamento é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um período prolongado" (National Pressure Ulcer Advisory Panel).</p> <p>As escalas de risco servem para pontuar justamente o risco de uma população e têm grande importância ao constituírem estratégias para diminuir a incidência de formação da úlcera por pressão, através da priorização de pacientes e intervenções preventivas mais eficazes. A Escala de Braden é ultimamente a mais utilizada, por ter sido submetida a diversos estudos e testes de confiabilidade e validade em diferentes populações, dentre as escalas mais conhecidas, quais sejam Norton, Gosnell e Waterloo. Foi validada também para a Língua Portuguesa.</p> <p>A Escala de Braden (Anexo A) é composta de seis subclasses que refletem o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento. Todas as subclasses são graduadas de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, cuja variação é de 1 a 3. O grau de risco varia de 6 a 23, e pacientes adultos hospitalizados com escores de 16 ou abaixo são considerados de risco para a aquisição de úlcera por pressão. Em população mais velha, os graus 17 ou 18 já podem ser considerados críticos.</p> <p>Neste estudo utilizaremos o escore 16 como crítico para desenvolvimento de úlceras por pressão.</p> | |

Ficha número 05

| | |
|-------------------|--|
| Indicador: | Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem |
|-------------------|--|

Definição: relação entre o número de não conformidades relacionadas à administração de medicamentos e o número de pacientes-dia com prescrição de medicamentos, multiplicado por 100.

Fórmula para Cálculo:

$$\frac{\text{Número de casos novos de pacientes com UPP em um determinado período}}{\text{Número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP no período}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Enfermagem

Freqüência de Levantamento:

Diário Semanal Mensal Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da Instituição

Em unidades específicas. Quais? _____

Observações:

Erro de Medicação = qualquer evento evitável que, de fato, ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento.

- Mensurar as não conformidades na terapêutica medicamentosa realizada pela equipe de enfermagem de forma sistematizada, possibilitando a comparação entre os diversos hospitais participantes do CQH.
- Subsidiar a implantação de medidas que minimizem a ocorrência destas não conformidades Critérios de inclusão - Serão consideradas não conformidades as ações relacionadas à:
- Administração de medicamento não prescrito: qualquer medicamento administrado sem ter a prescrição médica correspondente. Ex.: administração de medicamento prescrito para um determinado paciente, porém administrado em outro paciente (troca de paciente), ou administração de medicamento errado (engano de medicamento);
- Via de administração incorreta, ou seja, administração de medicação por via não prescrita;
- Dose errada: administração de doses diferentes da prescrita;
- Não administração/omissão de medicação prescrita, ou seja, não administração nos horários prescritos, com tolerância de 60 minutos, por causas não justificadas. Ex.: medicamento não administrado por esquecimento da equipe de enfermagem, e não porque o paciente se encontrava no Centro de Diagnóstico ou estava em falta na farmácia do hospital;
- Tempo de infusão divergente do prescrito.

Ficha número 06**Indicador:** Incidência de Flebite**Definição:** relação entre o número de casos de flebite no período e o número de pacientes-dia com acesso venoso periférico, multiplicado por 100.**Fórmula para Cálculo:**
$$\frac{\text{Número de casos de flebite no período}}{\text{Número de pacientes-dia com acesso venoso periférico}} \times 100$$
Responsável pelo dado: Enfermagem**Frequência de Levantamento:** Diário Semanal Mensal Anual**Dimensão da coleta:** Todas as unidades da Instituição Em unidades específicas. Quais? _____**Observações:**

Flebite = presença de um processo inflamatório na parede da veia, em geral associado a dor, eritema, endurecimento do vaso ou presença de cordão fibroso.

Recomenda-se:

- Retirar o acesso imediatamente ao primeiro sinal ou queixa de dor;
- Preencher o formulário de notificação de flebite;
- Notificar o médico responsável se flebite com intensidade "3+" (Anexo B);
- Inspeccionar o local e evolução dos sinais flogísticos a cada 6 horas;
- Realizar anotação de enfermagem relacionada ao local, se mantendo salinizado ou com soroterapia, descrevendo os sinais/sintomas e condutas;
- Realizar a prescrição de enfermagem;
- Coletar o dado independentemente da unidade onde foi realizada a punção venosa.

6. SAHE - Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino

O Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino – SAHE, criado no ano de 2005, trouxe contribuição importante para ampliar o conhecimento destas unidades que facilitam o planejamento de programas e serviços tanto por parte da Secretaria de Estado da Saúde – SES como de algumas unidades que utilizam este recurso com maior constância.

A equipe da SES tem se valido de outras fontes de dados, como a do DATASUS, importante para as avaliações qualitativas e quantitativas da assistência prestada. O uso desta fonte permitiu um Termo de Cooperação com a Agência Nacional de Saúde – ANS, baseado num protocolo da *Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ*, com 22 indicadores de qualidade da assistência, por meio do qual se desenvolveu um trabalho, em fase de finalização, de avaliação dos 35 hospitais de ensino do estado e de cinco outros incluídos pela relevância que apresentam em questões de assistência, ensino e pesquisa, no período 2006/7.

No ano de 2009, com relação ao SAHE, foram feitas modificações importantes no sistema, que permitirão a produção do conhecimento para a administração das unidades, que depois de tabuladas e analisadas são devolvidas às mesmas.

O atendimento de demandas dos Hospitais de Ensino em relação às informações tem resultado numa integração importante com a SES, sendo que para 2009 uma delas é a comparação dos salários atuais, pagos aos funcionários, com amplitude de variação, média, moda e quartis, que será uma das novas informações a serem trabalhadas pela equipe da SES. Esta apresentação não discriminará as instituições.

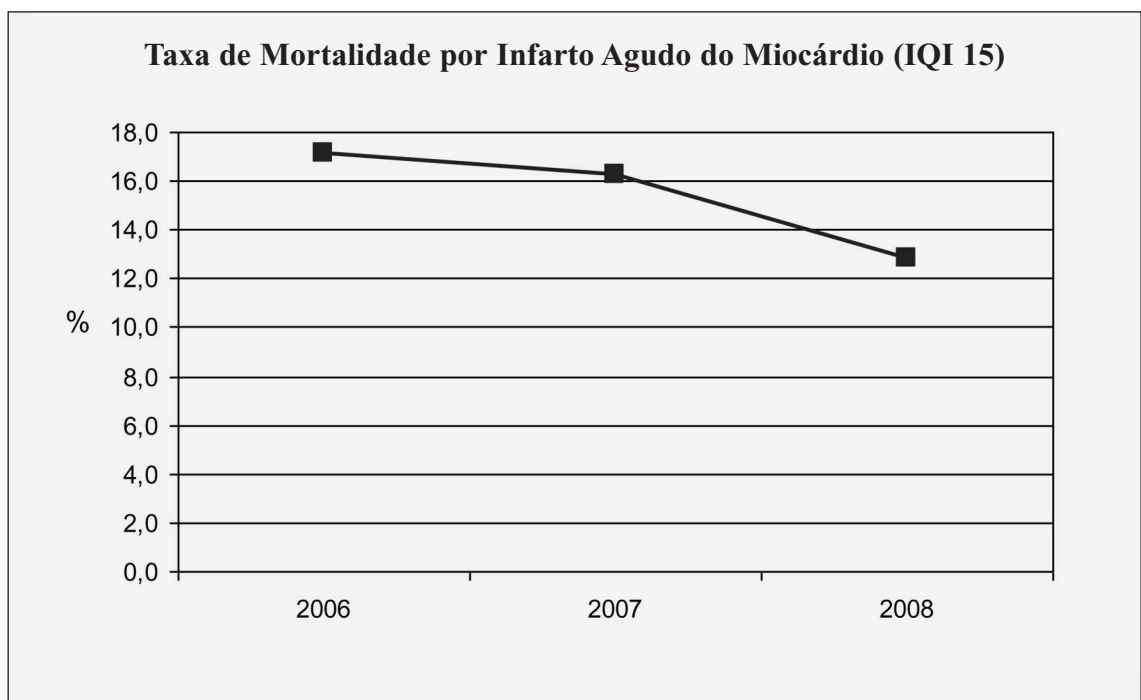
Indicadores de produtividade, qualidade, de consumo, distribuição de funcionários por áreas, continuam a ser produzidos e aprimorados.

No atual estágio de desenvolvimento do SAHE, com uma base de dados relacional desenhada para manter a confidencialidade e integridade das informações, utilizando o sistema gerenciador de banco de dados Oracle, o aproveitamento das informações contribui efetivamente para a administração visto que hoje a fidedignidade dos dados, da maioria dos hospitais, é confiável e útil para tomada de decisões.

Fichas de Indicadores e Séries Históricas

Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IQI 15)

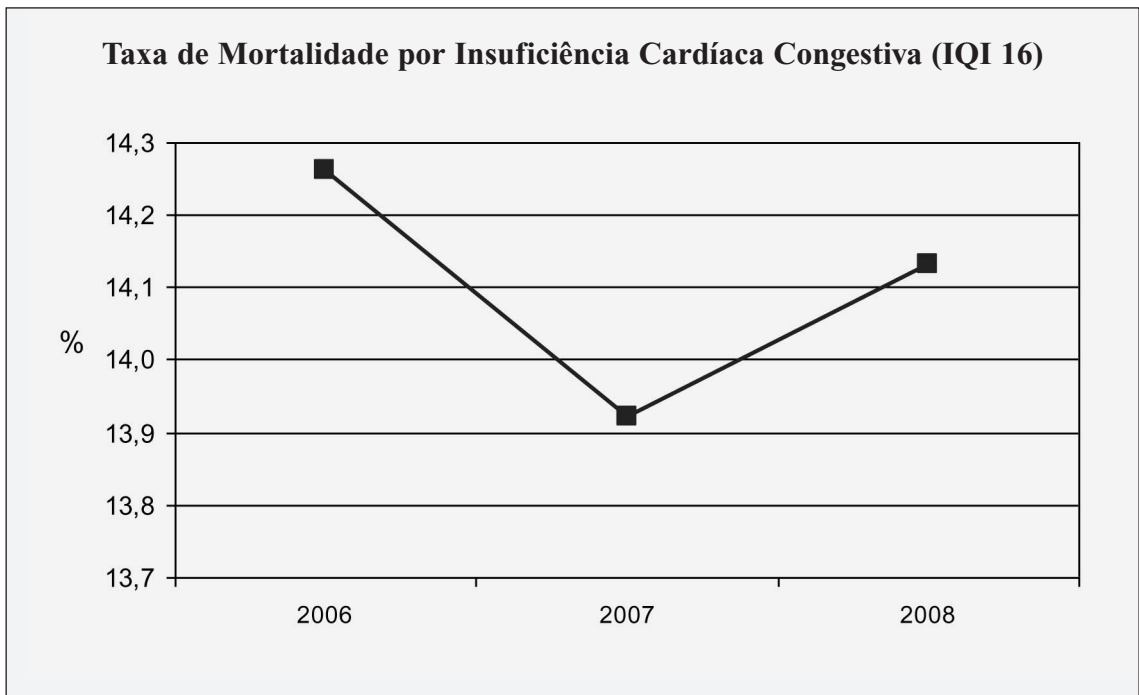
| | |
|-------------------------|--|
| Relação com a Qualidade | A melhora do processo de cuidado hospitalar pode reduzir a mortalidade por IAM, o que representa melhor qualidade. |
| Definição | Número de óbitos por 100 saídas hospitalares com código de diagnóstico principal de infarto agudo do miocárdio. |
| Numerador | Número de óbitos entre os casos que preenchem os critérios de inclusão e exclusão para o denominador. |
| Denominador | Saídas hospitalares, idade igual ou maior que 18 anos, com código de procedimento da tabela SIHSUS: Até dezembro/2007 - 77500024 A partir janeiro/2008 - 0303060190 Casos de exclusão: ■ Transferências: códigos 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9 da AIH e CIH. |
| Tipo de Indicador | Nível: Prestador; Indicador de mortalidade para condições associadas a pacientes hospitalares. |



Fonte:SIHSUS-DATASUS/MS 2006/20072008

Taxa de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca Congestiva (IQI 16)

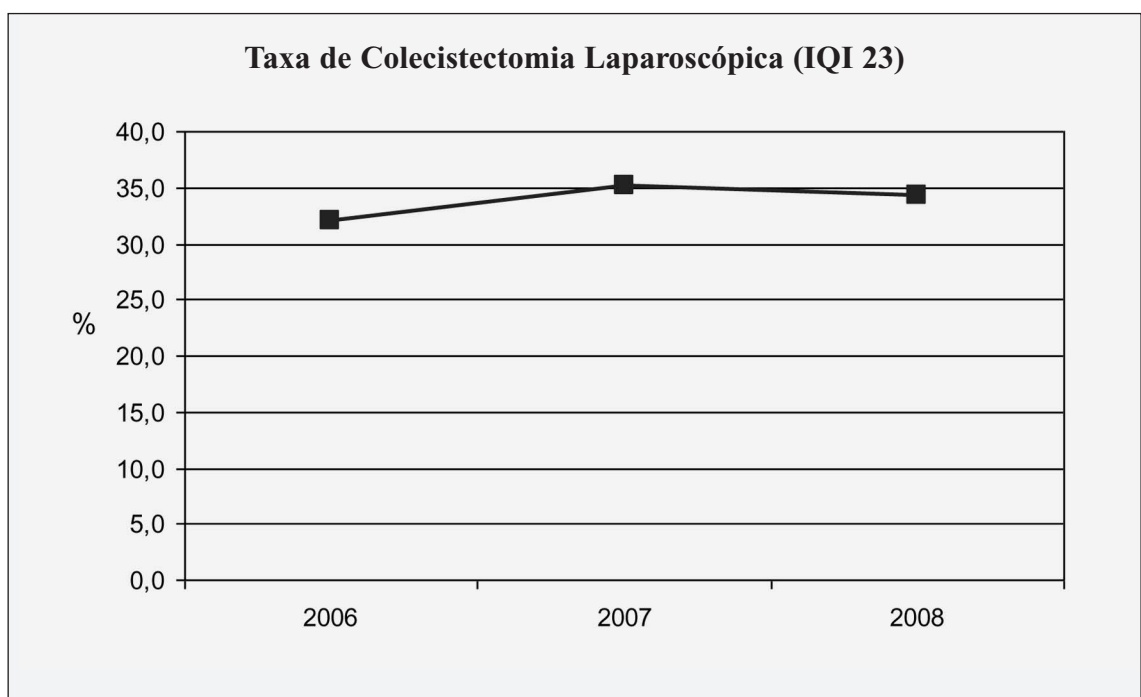
| | |
|-------------------------|---|
| Relação com a qualidade | A melhora do processo de cuidado hospitalar pode reduzir a mortalidade precoce por ICC, o que representa melhor qualidade. |
| Definição | Número de óbitos por 100 saídas hospitalares com código de diagnóstico principal de ICC. |
| Numerador | Número de óbitos entre os casos que preenchem os critérios de inclusão e exclusão para o denominador. |
| Denominador | Saídas hospitalares, idade igual ou maior que 18 anos, com código de procedimento da tabela SIHSUS: Até dezembro/2007 - 77500113 A partir janeiro/2008 - 0303060212 Casos de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> ■ Gravidez, parto, puerpério. ■ Transferências: códigos 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9 da AIH e CIH. |
| Tipo de Indicador | Nível: Prestador; Indicador de mortalidade para condições associadas a pacientes hospitalares. |



Fonte:SIHSUS-DATASUS/MS 2006/20072008

Taxa de Colecistectomia Laparoscópica (IQI 23)

| | |
|-------------------------|--|
| Relação com a qualidade | A colecistectomia laparoscópica é uma tecnologia nova com riscos menores que a colecistectomia aberta. Altas taxas representam melhor qualidade. |
| Definição | O número de colecistectomias laparoscópicas por 100 colecistectomias. |
| Numerador | Número de colecistectomias laparoscópicas entre os casos que preenchem os critérios de inclusão e exclusão do denominador, com código de procedimento da tabela SIHSUS: Até dezembro/2007 - 33015082. A partir janeiro/2008 - 0407030034. |
| Denominador | Saídas hospitalares, idade igual ou maior que 18 anos, com códigos de diagnóstico CID 10: K80.0, K80.1, K80.2, K80.3, K80.4, K80.5, K80.8, K81.0, K81.1, K81.8, K81.9 e com os seguintes códigos de procedimento da tabela SIHSUS: Até dezembro/2007 - 33004080 e 33015082. A partir janeiro/2008 - 0407030026 e 0407030034. Casos de exclusão: ■ Gravidez, parto e puerpério. |



Fonte:SIHSUS-DATASUS/MS 2006/20072008

7. Bibliografia

1. BITTAR, OJNV. Hospital: Qualidade & Produtividade, São Paulo, SARVIER, 1997.
2. BITTAR, OJNV, Magalhães A. (eds.) Hospitais de ensino no Estado de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Assessoria de Hospitais de Ensino, 2007.
3. COLETTA, MMD. Programa de controle da qualidade do atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo (CQH): estudo da variabilidade dos indicadores monitorizados. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2004.
4. CRESPO, AA. Estatística Fácil. 18 ed. São Paulo: Saraiva, 2006.
5. DUARTE, IG; PIMENTA, DF. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. RAS - Revista de Administração em Saúde, nº 31, vol 7, abr-jun 2006.
6. FERNANDES, AT.; RIBEIRO FILHO, N. Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo Atheneu, 2000 ;
7. FERREIRA, DP. Indicadores de Saúde: construção e uso. In: Cianciarullo, T.I.; Cornetta, V K. Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo, Ícone, 2002.
8. Indicadores e Dados Básicos. IDB. Brasil 2007. RIPSAs - Rede Internacional de Informações para Saúde.
9. KAPLAN, RS.; NORTON, DP. The balanced scorecard: translating strategy into action. USA, Harvard Business School Press, 1996.
10. KOTAKA, F; PACHECO, MLR.; HIGAKI, Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública., São Paulo, v. 31, n.2, 1997.
11. LAPPONI, JC. Estatística usando Excel 5 e 7. São Paulo: Laponi Treinamento e Editora, 1997.
12. Manual de Diretoria Clínica / Antonio Pereira Filho, Luiz Fernando Carneiro, Maria Luiza de Andrade Machado (Coordenadores). CREMESP, 2000.
13. Manual de Indicadores de Enfermagem - NAGEH - Programa de Qualidade Hospitalar CQH. São Paulo: APM / CREMESP 2006;
14. MOTA, NVVP, MELERIO, MM; TRONCHIN, DMR. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar. RAS - Revista de Administração em Saúde, nº 34, vol. 9, jan-mar 2007.
15. NEPOTE, MHA. Análise do desempenho das atividades no centro cirúrgico através de indicadores quantitativos e qualitativos. RAS- Rev.Adm. Saúde nº 21 vol. 5, OUT-DEZ 2003;
16. NOVAES, HM; PAGANINI, J - Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais. OPAS. Washington, 1994.
17. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Ministério da Saúde. Série Normas e Manuais Técnicos. 2ª Ed.Brasília DF;2002 (Portaria 312)
18. Planejamento do Sistema de Medição do Desempenho Global - Relatório do Comitê Temático - FPNQ-Fundação Para o Prêmio Nacional da Qualidade - São Paulo, Janeiro 2001.
19. PNGS-Rumo À Excelência. Critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional. Rede Nacional de Prêmios. FPNQ-Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade. São Paulo. Maio 2005.
20. PNGS-Rumo À Excelência. Critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional. Rede Nacional de Prêmios. PNGS- Ciclo 2006/2007. São Paulo, 2006.
21. Programa CQH - Manual de Orientação aos Hospitais Participantes - 3ª Edição, São Paulo, 2002;
22. Relatório de Gestão da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - PNQ 2002.
23. Resolução CREMESP (Nº. 097/2001), de 20 de fevereiro de 2001.
24. Revista SINHA - Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares, ANAHP. 2008.
25. RODRIGUES, JG. Same: o Bureau de informações hospitalares.RAS- Rev.Adm. Saúde nº4 vol. 1, 1999;
26. Terminologia Básica em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, Divisão Nacional de Organizações de Serviços de Saúde - Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. 49 p. - (Séria B: Textos básicos de saúde; n 4).
27. ZANON, U. Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar - Conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade.MEDSI, Rio de Janeiro, 2001

PROGRAMA CQH

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

MISSÃO

A missão do Programa é contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde mediante metodologia específica.

VALORES

Ética: A participação no Programa CQH requer integridade, honestidade moral e intelectual e o respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

Enfoque educativo: O Programa CQH promove o aprendizado a partir da reflexão e da análise crítica como dos processos e resultados.

Autonomia técnica: O Programa CQH tem autonomia técnica para ser conduzido, independentemente de injunções que contrariem os princípios definidos em seus documentos básicos: Missão, Valores, Visão, Estatuto e Metodologia de Trabalho.

Simplicidade: O Programa CQH busca a simplicidade. As regras são adequadas à realidade dos serviços de saúde brasileiros.

Voluntariado: O Programa CQH incentiva a participação voluntária dos serviços de saúde, interpretando a busca da melhoria da qualidade como manifestação de responsabilidade pública e de cidadania.

Confidencialidade: O Programa CQH trata todos os dados relacionados às suas atividades de maneira confidencial, preservando a identificação dos participantes.

Produtos do CQH

1. Avaliação da Qualidade
2. Banco de dados
3. Cursos
5. Modelo de Gestão
6. Prêmio Nacional da Gestão em Saúde - PNGS
7. Núcleos de Apoio:
 - ❖ Infecção Hospitalar
 - ❖ Enfermagem
 - ❖ Nutrição
 - ❖ Farmácia
 - ❖ Hospitais Pediátricos
 - ❖ Clientes etc.

ELABORAÇÃO



Mantenedoras



Apoio



PROGRAMA CQH - ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278 - 7º andar
01318-901 - São Paulo - SP
Tel: 55 (11) 3188-4213 / 4214
www.cqh.org.br
cqh@apm.org.br