

Manual Metodológico do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar



Manual Metodológico do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar

Manual Metodológico do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar



2024. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão online

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Av. Augusto Severo, 84 – Glória

CEP 20021-040 – Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Tel: +55 (21) 2105-0000

Disque-ANS: 0800 701 9656

www.gov.br/ans

DIRETORIA COLEGIADA – DICOL

Diretor-Presidente

Diretor de Gestão – DIGES

Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho

Diretor de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Maurício Nunes da Silva

Diretora de Fiscalização – DIFIS

Eliane Aparecida de Castro Medeiros

Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Jorge Antônio Aquino Lopes

Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Alexandre Fioranelli

COORDENAÇÃO

Maurício Nunes da Silva

Angélica Villa Nova de Avellar Du Rocher Carvalho

Ana Paula Cavalcante

Aline Monte de Mesquita

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO

Aline Monte Mesquita

Ana Paula Cavalcante

Andrea de Souza Cazes

Cleber Ferreira da Silva Filho

Priscilla Brasileiro Constantino

PROJETO GRÁFICO

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SECEX/PRESI

NORMALIZAÇÃO

Sergio Pinheiro Rodrigues (Biblioteca/GEQIN/DIRAD/DIGES)

Ficha Catalográfica

A265m Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).

Manual metodológico do programa de monitoramento da qualidade hospitalar – PM QUALISS. Rio de Janeiro: ANS,2024.
2,5MB; ePub.

1.Monitoramento hospitalar. 2. Qualidade da assistência à saúde. 3.Prestadores de serviços-desempenho. I. Título.

CDD 658.4012

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 - ATRIBUTOS DE QUALIDADE NO BUSCADOR QUALISS | 10 |
| FIGURA 2 - PAINEL DO SIHOSP | 23 |
| FIGURA 3 - NOMES E CORES DAS 5 FAIXAS DE DESEMPENHO QUE COMPÕEM A CLASSIFICAÇÃO GLOBAL DA QUALIDADE HOSPITALAR - PROJETO "CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR" | 24 |
| FIGURA 4 - FAIXAS DE DESEMPENHO DOS HOSPITAIS - PROJETO "CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR" | 25 |
| FIGURA 5 - EXEMPLO ILUSTRATIVO DE TABELA REFERENTE AOS RESULTADOS OBTIDOS NO PILOTO REALIZADO PELO "CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR". | 26 |
| FIGURA 6 - INTERVALO DE CONFIANÇA | 40 |
| FIGURA 7 - RESULTADO ANUAL DO HOSPITAL POR INDICADOR | 44 |
| FIGURA 8 – RESULTADO GLOBAL DO HOSPITAL (P-HOSP) | 45 |
| FIGURA 9 - REPRESENTAÇÃO DA AMPLITUDE TOTAL E DAS AMPLITUDES FIXAS DAS FAIXAS | 46 |
| FIGURA 10 - FAIXAS DE DESEMPENHO DOS HOSPITAIS (PM-QUALISS HOSPITALAR) | 50 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| QUADRO 1 - COMPETÊNCIAS DA ANS SEGUNDO LEI 9.961/2000 | 8 |
| QUADRO 2 - INDICADORES DO PAINEL GERAL | 13 |
| QUADRO 3 - INDICADORES DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS, COM ÊNFASE EM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL | 15 |
| QUADRO 4 - INDICADORES DE DOENÇAS INFECCIOSAS, COM ÊNFASE EM SEPSE E CHOQUE SÉPTICO | 16 |
| QUADRO 5 - INDICADORES DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, COM ÊNFASE NA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA | 18 |
| QUADRO 6 - INDICADORES DE DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS, COM ÊNFASE EM ARTROPATIA DE QUADRIL | 19 |
| QUADRO 7 - INDICADORES DE CÂNCER DE MAMA | 21 |
| QUADRO 8 - INDICADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA | 21 |
| QUADRO 9 - INDICADOR DE FUTURA LINHA DE CUIDADO MATERNA E NEONATAL | 30 |
| QUADRO 10 - INDICADORES DO PAINEL GERAL | 30 |
| QUADRO 11 - NOMENCLATURA ATUALIZADA DE 3 INDICADORES DO PAINEL GERAL | 33 |
| QUADRO 12 - AJUSTE DA PLANILHA DE REPORTE DE DADOS COM A INCLUSÃO DE UMA NOVA COLUNA PARA O INDICADOR 9 "TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO" | 34 |
| QUADRO 13 - AJUSTE NA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR "TAXA DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO", ACERCA DO PROTOCOLO CLÍNICO DE REFERÊNCIA | 34 |
| QUADRO 14 - AJUSTE NA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR "PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR", VISANDO MAIOR ESCLARECIMENTO ACERCA DO NUMERADOR E DENOMINADOR | 35 |
| QUADRO 15 - DOMÍNIOS E INDICADORES SELECIONADOS DO PAINEL GERAL PARA O CICLO AVALIATIVO DE 2023 | 36 |
| QUADRO 16 - DEMONSTRAÇÃO DO DESEMPENHO DOS HOSPITAIS POR FAIXA | 48 |
| QUADRO 17 - FAIXAS DE DESEMPENHO QUE COMPÕEM A CLASSIFICAÇÃO GLOBAL DA QUALIDADE HOSPITALAR POR GRUPO DE COMPARABILIDADE | 49 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 1.1 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE – QUALISS. | 8 |
| CAPÍTULO 2 CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR | 11 |
| 2.1 ENTREGAS DO CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR | 12 |
| 2.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O “CONSÓRCIO DE INDICADORES DA QUALIDADE HOSPITALAR” | 28 |
| CAPÍTULO 3 PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR - PM-QUALISS HOSPITALAR | 29 |
| 3.1 OBJETIVOS DO PM-QUALISS HOSPITALAR | 29 |
| 3.2 INDICADORES DO PM-QUALISS HOSPITALAR | 30 |
| 3.3 SISTEMA DE INDICADORES HOSPITALARES – SIHOSP | 32 |
| 3.4 PAINEL DINÂMICO | 32 |
| CAPÍTULO 4 PM-QUALISS HOSPITALAR - CICLO AVALIATIVO 2023 | 33 |
| 4.1 PRÉ-REQUISITOS DE PARTICIPAÇÃO NO CICLO AVALIATIVO 2023 | 35 |
| 4.2 INDICADORES DO CICLO AVALIATIVO 2023 | 35 |
| 4.3 GRUPOS DE COMPARABILIDADE PARA O CICLO AVALIATIVO 2023 | 36 |
| CAPÍTULO 5 METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO E COMPARABILIDADE DO PM-QUALISS HOSPITALAR | 37 |
| 5.1 RESULTADO ANUAL DOS INDICADORES DOS HOSPITAIS PARTICIPANTES | 37 |
| 5.2 ESTRATÉGIA DE GESTÃO DE RISCOS: HOMOLOGAÇÃO DOS RESULTADOS PELOS HOSPITAIS | 38 |
| 5.3 CÁLCULO DAS MÉDIAS DOS RESULTADOS DOS INDICADORES DOS HOSPITAIS POR GRUPOS DE COMPARABILIDADE | 38 |
| 5.4 RESULTADOS DOS INDICADORES POR HOSPITAL | 39 |
| 5.5 PONTUAÇÃO DO HOSPITAL (P-HOSP) | 40 |
| CAPÍTULO 6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS POR HOSPITAL | 44 |
| CAPÍTULO 7 DEFINIÇÃO DAS FAIXAS CLASSIFICATÓRIAS DE DESEMPENHO | 46 |
| 7.1 CLASSIFICAÇÃO POR FAIXA DE DESEMPENHO DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES | 47 |
| CAPÍTULO 8 APRESENTAÇÃO DOS HOSPITAIS POR FAIXAS CLASSIFICATÓRIAS DE DESEMPENHO | 48 |
| 8.1 APRESENTAÇÃO FINAL POR FAIXAS | 49 |
| 8.2 CRITÉRIOS DE DESEMPATE DE INSTITUIÇÕES | 50 |
| CAPÍTULO 9 CONCLUSÃO | 51 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 52 |
| APÊNDICE | 54 |
| APÊNDICE I - GLOSSÁRIO | 54 |
| APÊNDICE II - FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DO PAINEL GERAL | 57 |
| APÊNDICE III - DICIONÁRIO DE DADOS DO PAINEL GERAL | 142 |

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Este Manual Metodológico pretende discorrer sobre a metodologia do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), que tem como objetivo monitorar, avaliar e divulgar o desempenho dos prestadores de serviços hospitalares que atuam na saúde suplementar por meio de indicadores de qualidade.

O Programa foi elaborado considerando os seguintes desafios do setor:

- Reduzir a assimetria de informação, possibilitando ao beneficiário acesso a parâmetros de qualidade sobre prestadores hospitalares;
- Conferir maior transparência sobre o desempenho assistencial dos hospitais;
- Fortalecer e induzir uma cultura de avaliação e divulgação do desempenho dos prestadores de serviços de saúde no setor suplementar por meio de ferramentas de gestão.

O desenvolvimento de ações regulatórias baseadas no desempenho dos prestadores de serviços de saúde e na disponibilidade de informações para a sociedade possibilita maior poder de decisão dos usuários sobre os serviços de saúde disponíveis e, conseqüentemente, maior poder de escolha na aquisição ou troca de um plano de saúde.

Esta iniciativa se fundamenta nas competências da ANS previstas no art. 4º da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, especialmente aquelas elencadas no quadro 1, a seguir:

■ QUADRO 1 - COMPETÊNCIAS DA ANS SEGUNDO LEI 9.961/2000

COMPETÊNCIAS DA ANS

- Estabelecer **parâmetros e indicadores de qualidade** e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- Estabelecer **critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços** oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- Exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, **manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras** de planos privados de assistência à saúde;
- Fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos **aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos** à prestação de **serviços médicos e hospitalares** no âmbito da saúde suplementar;
- **Zelar pela qualidade dos serviços** de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
- Adotar as medidas necessárias para **estimular a competição no setor** de planos privados de assistência à saúde.

Fonte: Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Ademais, vale ressaltar que cabe à Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES incentivar a melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da saúde suplementar, conforme estabelecido na Resolução Regimental 21/2022.

Assim, o PM-QUALISS Hospitalar vem ao encontro da necessidade de implementação do monitoramento e avaliação do desempenho da qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares no setor realizada pela ANS, de forma tecnicamente adequada, imparcial e transparente, conforme previsto na RN 510/2022. <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE20Q==>

1.1 Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde – QUALISS.

O QUALISS foi originalmente lançado pelas Resoluções Normativas - RN 267/2011 e RN 275/2011, em parceria com representantes do setor, de instituições de ensino e pesquisa, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa e do Ministério da Saúde - MS, com o objetivo de estimular a qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar e aumentar a disponibilidade de informações. A experiência acumulada foi utilizada na revisão e reestruturação do novo modelo relançado em 2016 pela RN 405/2016, atualmente regulamentado pela RN nº 510/2022.

O Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - PM QUALISS faz parte do QUALISS, como o componente que monitora, avalia e divulga os resultados dos indicadores de qualidade.

Conforme estabelecido pela RN 510/2022, o objetivo do QUALISS é ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral, por meio da divulgação de atributos de qualificação assistencial relevantes, tais como:

I - ACREDITAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

A Acreditação é um método de avaliação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. O método de avaliação para Acreditação, realizado de forma voluntária, reservada e periódica, tem um caráter educativo, estimulando a melhoria contínua, sem finalidade fiscalizatória.

O QUALISS considera as entidades acreditadoras e metodologias reconhecidas pela *International Society For Quality In Health* (ISQua) e que abordem todos os escopos de atuação do prestador de serviço e, quando escalonada por nível, é considerada apenas o seu nível máximo.

II - OUTRAS CERTIFICAÇÕES DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

Para o Programa, são consideradas Certificações, os certificados de acreditação em níveis inferiores ao nível máximo, quando utilizadas metodologias escalonadas, emitidos por entidades acreditadoras que tenham reconhecimento de competência ou de metodologia de acreditação emitido pela *International Society For Quality In Health* (ISQua).

III - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP):

Instância de serviços de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente (RDC ANVISA nº 36, de julho de 2013).

A implementação do NSP indica uma organização de protocolos e fluxos que buscam garantir e monitorar a segurança dos pacientes na instituição.

IV - NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS:

Consiste na comunicação através do Sistema NOTIVISA, sistema informatizado nacional de gestão da ANVISA para o registro de problemas relacionados ao uso de tecnologias e de processos assistenciais.

As notificações de eventos adversos implicam a existência de um processo estruturado que busca monitorar, avaliar e prevenir os eventos adversos no hospital.

V - QUALIDADE MONITORADA:

Consiste na participação efetiva do prestador de serviço no Programa de Monitoramento da Qualidade (PM-QUALISS).

A participação efetiva no PM-QUALISS implica um processo sistematizado de coleta e envio de dados relacionados aos indicadores de qualidade que facilitam a boa gestão clínica do hospital.

A ANS disponibiliza em seu portal uma ferramenta de busca dos atributos de qualidade – “Buscador QUALISS”, conforme figura 1, que possibilita a realização de pesquisa de atributos por meio da seleção de: nome fantasia, razão social, tipo de estabelecimento, município, unidade da federação, tipo de atributo de qualificação e tipo de metodologia de acreditação etc.

■ FIGURA 1 - ATRIBUTOS DE QUALIDADE NO BUSCADOR QUALISS



Fonte: Elaboração Própria – ANS (2024)

O buscador do QUALISS encontra-se disponível no Link: [Portal QUALISS da ANS](#) .

As próprias entidades responsáveis pela emissão dos atributos de qualificação enviam os dados para atualização do buscador do Qualiss. Assim, as entidades acreditadoras encaminham de forma automática as informações referentes às creditações e outras certificações emitidas. Já a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA encaminha periodicamente as informações de prestadores de serviços com Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA e que realizam notificações de eventos adversos no Sistema NOTIVISA.

Vale ressaltar que o desenvolvimento sustentável do setor de saúde suplementar requer mudanças positivas relacionadas à qualidade da assistência, com informações qualificadas disponíveis. Assim, com a implementação do QUALISS e do PM-QUALISS são esperados benefícios para todo o setor, que incluem a melhoria da gestão interna dos prestadores de serviços de saúde; o aumento da transparência de informações, essencial para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde prestado; maior poder de escolha dos beneficiários e a promoção da sustentabilidade de mercado, favorecendo a concorrência baseada em valor.

CAPÍTULO 2

CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR

O reestabelecimento do PM-QUALISS em 2016 por meio da RN 405/2016 evidenciou, além da importância da avaliação do desempenho dos prestadores de serviços de saúde por meio de indicadores, a necessidade do desenvolvimento de uma metodologia de classificação das instituições de acordo com seu desempenho. Desse modo, para dar consecução aos objetivos do PM-QUALISS, a ANS firmou parceria com o Hospital Moinhos de Vento para o desenvolvimento do Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar”, com recursos provenientes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS - PROADI-SUS¹ no triênio 2018/2020.

O Projeto contou com a colaboração de outros hospitais classificados como Hospitais de Excelência, conforme Portaria nº 112/2012²: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração e Hospital Israelita Albert Einstein. Mais detalhes sobre o PROADI-SUS, o papel dos hospitais e os projetos desenvolvidos ao longo dos anos podem ser encontrados no link <https://hospitais.proadi-sus.org.br/>

O Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar” teve como objetivos:

- I. Desenvolver um conjunto de indicadores em saúde para a avaliação e o monitoramento da atenção hospitalar do setor de saúde suplementar no Brasil.
- II. Testar os indicadores por meio de um “piloto” em 16 hospitais³: 12 selecionados pela ANS e 4 hospitais classificados como Hospitais de Excelência, à época.
- III. Construir um sistema informatizado para coleta e processamento dos dados dos indicadores;
- IV. Construir uma metodologia de comparabilidade entre os hospitais participantes;
- V. Construir um conjunto de Indicadores do domínio “Centralidade no Paciente”, com o objetivo de promover a avaliação da qualidade na perspectiva da experiência do paciente - indicadores Patient reported outcome measures (PROMs) e Patient Reported Experience (PREMs).

¹ O PROADI-SUS teve início no ano de 2008 e foi desenvolvido para fortalecer o Sistema Único de Saúde. Consiste em uma forma de filantropia que se dá através da realização de projetos de educação, pesquisa, gestão, avaliação de tecnologias e assistência especializada, e conta com equipes multidisciplinares dos cinco hospitais de excelência: Hospital Moinhos de Vento, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Sírio-Libanês e Hospital Israelita Albert Einstein.

² A Portaria nº 112/2012 define critérios e requisitos para comprovação de efetiva capacidade institucional das instituições de saúde para apresentação de projetos ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

³ Hospitais participantes do “Piloto” para Teste dos indicadores do PM-QUALISS Hospitalar: Hospital Israelita Albert Einstein (SP); Hospital do Coração (SP); Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP); Hospital Moinhos de Ventos (RS); Hospital Santa Júlia (DF); Hospital Santa Júlia (AM); Santa Casa de Misericórdia de Maceió (AL); Hospital Aliança (BA); Hospital Regional Unimed Fortaleza (CE); Hospital Márcio Cunha (MG); Hospital Santa Catarina (SP); Hospital São Camilo – Unidade Pompéia (SP); Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (MG); Associação Beneficência Portuguesa (SP); Hospital Unimed Volta Redonda (RJ); Hospital Santa Catarina Blumenau (SC).

2.1 Entregas do Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar

Ao final do Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar”, todos os objetivos propostos foram alcançados e todas as entregas previstas foram realizadas:

Entrega 1: Indicadores de Qualidade

O Consórcio desenvolveu dois painéis de indicadores de qualidade com o objetivo de avaliar o desempenho das instituições hospitalares: Painel Geral e Painel de Linhas de Cuidado, este último, com indicadores específicos para as patologias mais prevalentes no país.

Painel Geral: composto por 14 indicadores gerais

Os indicadores do painel geral foram selecionados a partir de revisão da literatura, levando-se em consideração produções acadêmicas e bibliografias de agências relevantes. Como resultado dessa revisão, uma lista extensa de indicadores de qualidade foi elaborada para discussão e definição do painel geral.

Para definição dos indicadores, foi constituído um Comitê Gestor do Projeto composto por representantes da ANS; especialistas do Hospital Moinhos de Vento (HMV); especialistas indicados por outros hospitais de excelência e de sociedades médicas.

Diante do expressivo número de indicadores gerais levantados por meio da revisão de literatura da área, o Comitê Gestor utilizou o Método RAND-UCLA⁴ para guiar o processo de seleção dos indicadores do Painel Geral. Os participantes receberam todos os indicadores pré-selecionados por meio da revisão de literatura científica e atribuíram um valor entre 1 e 9 a cada indicador, considerando cada um dos atributos estabelecidos previamente, sendo o 1 = altamente inadequado e 9 = altamente adequado.

Os atributos que foram considerados para a pontuação (entre zero e 1) foram:

1. Factibilidade: Acessibilidade dos dados, simplicidade de mensuração e economia.
2. Relevância: Utilidade do indicador para orientar ações para melhoria da qualidade hospitalar e assistencial.
3. Validade: Capacidade de medir o que se pretende, ter precisão da medida, expressa pela sensibilidade e especificidade.
4. Reprodutibilidade: Capacidade de captar resultados semelhantes após repetidas mensurações.
5. Confiabilidade dos dados: Origem dos dados em fontes confiáveis ou que utilizem metodologias reconhecidas e transparentes de coleta.
6. Baseado em evidências científicas.

Foram selecionados 14 indicadores classificados em 3 domínios de qualidade, resultado de uma adaptação dos Sete Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian em conjunto com outras referências da área:

- I. Efetividade: mensura os desfechos associados aos procedimentos, condutas e adesão aos protocolos institucionais.
- II. Eficiência: avalia a qualidade e agilidade dos processos, buscando grau máximo de cuidado efetivo com os recursos disponíveis em cada realidade.
- III. Segurança: reflete a atenção das instituições às suas práticas assistenciais com o objetivo de evitar danos aos pacientes.

Seguem os 14 indicadores selecionados pelo “Consórcio de Indicadores da Qualidade Hospitalar” para o Painel Geral, conforme quadro 2:

⁴ RAND/UCLA - O Método de Adequação Rand (RAM) foi desenvolvido em meados da década de 1980, como parte do estudo de utilização de serviços de saúde da Rand Corporation/University of California Los Angeles (UCLA), principalmente como um instrumento para permitir a medição do uso excessivo e insuficiente de procedimentos médicos e cirúrgicos. No modelo RAND-UCLA, o grupo de profissionais avalia independentemente um conjunto de cenários, através do emprego de uma escala de adequação de nove pontos. Tal pontuação é revista, após discussão em grupo, nas áreas onde tenha havido desacordo na primeira avaliação. Método disponível em: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/appropriateness.html

■ QUADRO 2 - INDICADORES DO PAINEL GERAL

1. Proporção de partos vaginais

Domínio: Efetividade

Avaliação da proporção de partos vaginais em relação ao número total de partos realizados.

2. Proporção de reinternações em até 30 dias da saída hospitalar

Domínio: Efetividade

Mensuração da proporção de reinternações de pacientes em um período menor ou igual a 30 dias após a saída hospitalar em relação ao total de pacientes internados no mesmo período.

3. Taxa de parada cardiorrespiratória em unidade de internação

Domínio: Efetividade

Mensuração da taxa de paradas cardiorrespiratórias (PCR) que ocorreram em pacientes da unidade de internação (UI).

4. Taxa de mortalidade institucional

Domínio: Efetividade

A taxa de mortalidade institucional (TMI) mede os óbitos que ocorreram no hospital após as primeiras 24 horas de internação sobre o total de saídas em um determinado período de tempo.

5. Tempo médio de internação

Domínio: Eficiência

Mensuração do tempo médio, em dias, de permanência dos pacientes admitidos na instituição em determinado período de tempo.

6. Tempo médio de permanência na emergência

Domínio: Eficiência

Mensuração do tempo médio, em horas, de permanência dos pacientes admitidos na unidade de emergência do hospital, considerando o tempo a partir da chegada até o término do atendimento na emergência.

7. Tempo médio de espera na emergência para primeiro atendimento

Domínio: Eficiência

Mensuração do tempo médio decorrido desde o registro da triagem até a avaliação inicial por um médico para todos os pacientes na unidade de emergência que foram classificados como nível 2 e nível 3.

8. Taxa de início de antibiótico intravenoso profilático

Domínio: Eficiência

Mensuração da adequação de profilaxia antibiótica (PA) pré-cirúrgica em pacientes submetidos a cirurgias limpas.

9. Taxa de infecção de sítio cirúrgico

Domínio: Segurança

Mensuração da taxa de cirurgias limpas que apresentaram infecção do sítio cirúrgico (ISC) relacionada ao procedimento dentro do período de 30 dias.

10. Taxa de infecção de corrente sanguínea associada a um cateter venoso central - Coleta obrigatória

Domínio: Segurança

Avaliação da incidência de infecção de corrente sanguínea (ICS) associada a cateter venoso central (CVC) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.

11. Taxa de infecção do trato urinário associada a um cateter vesical de demora

Domínio: Segurança

Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.

12. Taxa de profilaxia de tromboembolismo venoso

Domínio: Efetividade

Avaliação da taxa de pacientes em risco trombótico não baixo que receberam profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV).

13. Incidência de quedas com dano

Domínio: Segurança

Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição.

14. Evento sentinela

Domínio: Segurança

Mensuração de eventos sentinela que ocorrem no hospital em um determinado período.

Fonte: Elaboração Própria - ANS (2024).

Além do painel de indicadores gerais, um painel com indicadores hospitalares das principais Linhas de Cuidado foi definido pelo Comitê Gestor, com base nas doenças mais prevalentes na população brasileira, de acordo com estimativas do “*Global Burden of Disease*”⁵, condições essas para as quais a qualidade do cuidado intra-hospitalar se traduz em desfechos para os pacientes.

Foram desenvolvidos 49 indicadores hospitalares específicos para 5 Linhas de Cuidado. Para o desenvolvimento dos indicadores, foram criados 5 subcomitês compostos por especialistas das respectivas áreas de atenção abordadas e cada um dos subcomitês foi coordenado por um dos hospitais de excelência participantes.

Os indicadores hospitalares das linhas de cuidado estão relacionados às condições clínicas mais prevalentes em internações hospitalares no Brasil:

5 Estudo de Carga Global de Doença no Brasil (GBD- Global Burden of Disease). Disponível em: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>.

1. Doenças Neurológicas, com ênfase em Acidente Vascular Cerebral (AVC) com 10 indicadores específicos, conforme quadro 3:

■ QUADRO 3 - INDICADORES DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS, COM ÊNFASE EM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

| |
|--|
| 1. Tempo porta-agulha Domínio: Eficiência |
| Mensuração do tempo entre a hora da chegada do paciente na unidade de emergência, com suspeita ou diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e a hora da administração da terapia trombolítica endovenosa (EV). |
| 2. Percentual de pacientes com AVC submetidos à terapia de reperfusão Domínio: Segurança |
| Avaliação do percentual de pacientes admitidos por acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) que foram submetidos à terapia de reperfusão (trombólise ou tratamento endovascular) em relação ao total de pacientes admitidos com AVCi no período de interesse. |
| 3. Percentual de pacientes com triagem de disfagia Domínio: Efetividade |
| Avaliação do percentual de pacientes internados com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCh) que receberam triagem de disfagia em relação ao total de pacientes internados por AVCi e AVCh no período de interesse. |
| 4. Percentual de pacientes com suspeita de AVC que realizaram TC e/ou RM Domínio: Efetividade |
| Avaliação do percentual de pacientes que foram admitidos com suspeita de acidente vascular cerebral (AVC Isquêmico, AVC Hemorrágico ou Ataque Isquêmico Transitório) e foram submetidos ao exame de tomografia computadorizada (TC) e/ou ressonância magnética (RM) em relação ao número total de pacientes admitidos por suspeita de AVC. |
| 5. Percentual de pacientes com AVC com prescrição de antiagregante na alta Domínio: Eficiência |
| Avaliação do percentual de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e ataque isquêmico transitório (AIT) com prescrição de terapia antiagregante plaquetária na alta em relação ao total de pacientes admitidos com AVCi e AIT no período de interesse. |
| 6. Percentual de pacientes com AVC e fibrilação/flutter atrial com prescrição de anticoagulante na alta Domínio: Efetividade |
| Avaliação do percentual de pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) ou ataque isquêmico transitório (AIT) e fibrilação/flutter atrial (FA) que tiveram prescrição de anticoagulação oral (ACO) na alta hospitalar em relação ao total de pacientes com FA e AVCi ou AIT no período de interesse. |

7. Percentual de pacientes atendidos em unidade de AVC/Unidade Vascular ou NeuroUTI

Domínio: Efetividade

Avaliação do percentual de pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) que foram atendidos em Unidade de AVC (U-AVC), Unidade Vascular (UV) ou Unidade de Terapia Intensiva Neurológica (NeuroUTI) em relação ao número total de pacientes internados por AVC.

8. Tempo de permanência hospitalar em pacientes com AVC

Domínio: Eficiência

Mensuração do tempo de permanência dos pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) admitidos na instituição em determinado período de tempo.

9. Óbitos em pacientes com AVC

Domínio: Efetividade

Mensuração da taxa de letalidade de pacientes admitidos na instituição de saúde com acidente vascular cerebral (AVC).

10. Escore de Rankin modificado 0-2 em 90 dias

Domínio: Efetividade

Avaliação do percentual de pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) que tiveram Escore de Rankin Modificado (mRS) ≤ 1 (mínima ou nenhuma incapacidade) e ≤ 2 (independência funcional) atribuído no período de 90 dias após o AVC em relação ao total de pacientes com AVC que foram avaliados na Escala de Rankin em 90 dias.

Fonte: Elaboração Própria - ANS (2024).

2. Doenças Infecciosas, com ênfase em sepse e choque séptico, com 9 indicadores específicos, conforme quadro 4:

■ QUADRO 4 - INDICADORES DE DOENÇAS INFECCIOSAS, COM ÊNFASE EM SEPSE E CHOQUE SÉPTICO

1. Tempo de disfunção orgânica

Domínio: Eficiência

Mensuração do tempo, em minutos, entre a primeira disfunção orgânica e a hipótese diagnóstica da sepse ou choque séptico.

2. Percentual de pacientes com coleta de lactato dentro de 1h

Domínio: Eficiência

Mensuração do percentual de pacientes com coleta de sangue para análise de lactato no período igual ou inferior a 1 hora após a impressão diagnóstica de sepse ou choque séptico.

3. Percentual de pacientes com coleta de hemocultura dentro de 1h

Domínio: Eficiência

Mensuração do percentual de pacientes com sepse ou choque séptico com coleta de sangue para a realização da hemocultura anterior à administração de antimicrobianos (ATB) e em até 1 hora da impressão diagnóstica.

4. Percentual de pacientes com administração de antimicrobianos dentro de 1h

Domínio: Eficiência

Mensuração da aderência ao protocolo de administração de antimicrobianos (ATB) no período de até 1 hora após a impressão diagnóstica de sepse ou choque séptico.

5. Percentual de pacientes com sepse ou choque séptico e reposição volêmica adequada dentro de 1h da hipotensão ou hipoperfusão

Domínio: Eficiência

Mensuração do percentual de pacientes com diagnóstico de sepse ou choque séptico hipotensos e/ou com dosagem de lactato ≥ 4 mmol/L (ou 36mg/dL) e que iniciaram a reposição volêmica adequada dentro do período de 1h do diagnóstico.

6. Percentual de pacientes com sepse ou choque séptico em uso de vasopressores dentro de 1h da hipotensão refratária

Domínio: Eficiência

Mensuração do percentual de pacientes com diagnóstico de sepse ou choque séptico hipotensos após reposição volêmica e que receberam vasopressores dentro do período de 1h da hipotensão.

7. Percentual de pacientes com segunda coleta de lactato dentro de 4h

Domínio: Eficiência

Mensuração do percentual de pacientes com sepse ou choque séptico com lactato inicial igual ou superior a 4mmol/L (ou 36 mg/dL) e coleta de sangue para segunda análise de lactato no período igual ou inferior a 4 horas da liberação do resultado da 1ª dosagem de lactato.

8. Percentual de pacientes com revisão da terapia antimicrobiana em até 48h

Domínio: Eficiência

Mensuração do percentual de pacientes com sepse ou choque séptico que tiveram revisão da terapia antimicrobiana em até 48 horas do diagnóstico.

9. Óbitos em pacientes com sepse ou choque séptico

Domínio: Efetividade

Mensuração da taxa de letalidade de pacientes diagnosticados com sepse ou choque séptico.

Fonte: Elaboração Própria - ANS (2024).

3. Doenças cardiovasculares, com ênfase na Síndrome Coronariana Aguda, com 10 indicadores específicos, conforme quadro 5:

■ QUADRO 5 - INDICADORES DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, COM ÊNFASE NA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

| |
|---|
| 1. Tempo porta-eletrocardiograma Domínio: Eficiência |
| Mensuração do tempo, em minutos, entre a hora da chegada do paciente na unidade de emergência, com suspeita ou diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA) e a realização do primeiro eletrocardiograma. |
| 2. Tempo porta-balão Domínio: Eficiência |
| Mensuração do tempo, em minutos, da chegada dos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) com elevação do segmento ST ou equivalente na instituição até a realização da angioplastia primária no centro de intervenção cardiovascular. |
| 3. Tempo para terapia fibrinolítica em pacientes com SCA Domínio: Eficiência |
| Mensuração do tempo, em minutos, da chegada dos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), com elevação do segmento ST ou equivalente, na instituição até o recebimento da terapia fibrinolítica. |
| 4. Percentual de pacientes com avaliação de FEVE Domínio: Eficiência |
| Mensuração do percentual de pacientes hospitalizados com síndrome coronariana aguda (SCA) que realizaram avaliação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) durante a internação. |
| 5. Tempo de permanência hospitalar de pacientes com SCA Domínio: Eficiência |
| Mensuração do tempo, em dias, de permanência dos pacientes hospitalizados na instituição com diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA). |
| 6. Percentual de pacientes com SCA com prescrição de estatina na alta Domínio: Segurança |
| Mensuração do percentual de pacientes que foram hospitalizados com diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA) e que têm estatina prescrita na alta. |
| 7. Percentual de pacientes com SCA com prescrição de betabloqueadores na alta Domínio: Segurança |
| Mensuração do percentual de pacientes que foram admitidos com diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA) e que têm betabloqueador prescrito na alta. |

8. Percentual de pacientes com SCA e disfunção ventricular esquerda com prescrição de iECA/BRA na alta
Domínio: Segurança

Mensuração do percentual de pacientes que foram hospitalizados com diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA) e de disfunção sistólica ventricular esquerda (DSVE) que têm inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA) ou bloqueadores do receptor de angiotensina II (BRA) prescritos na alta.

9. Proporção de pacientes com SCA que reinternaram em até 30 dias
Domínio: Efetividade

Mensuração da proporção de reinternações em até 30 dias de pacientes admitidos com síndrome coronariana aguda (SCA).

10. Óbitos em pacientes com SCA
Domínio: Efetividade

Mensuração da taxa de letalidade de pacientes admitidos na instituição de saúde com síndrome coronariana aguda (SCA).

Fonte: Elaboração Própria - ANS (2024).

4. Doenças Musculoesqueléticas, com ênfase em Artropatia de Quadril, com 10 indicadores específicos, conforme quadro 6:

■ **QUADRO 6 - INDICADORES DE DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS, COM ÊNFASE EM ARTROPATIA DE QUADRIL**

1. Tempo porta-centro cirúrgico
Domínio: Eficiência

Mensuração do tempo, em horas, decorrido entre a chegada do paciente ao hospital até a admissão no centro cirúrgico para a realização de artroplastia total de quadril (ATQ) decorrente de fratura.

2. Percentual de pacientes submetidos à ATQ que receberam profilaxia antibiótica
Domínio: Segurança

Mensuração do percentual de pacientes submetidos a artroplastia total de quadril (ATQ) que receberam profilaxia antibiótica entre 15 e 60 minutos antes da cirurgia sobre o total de pacientes que realizaram artroplastia total de quadril nesse mesmo período.

3. Percentual de pacientes submetidos à ATQ que receberam profilaxia de TEV
Domínio: Segurança

Mensuração do percentual de pacientes submetidos à artroplastia total de quadril (ATQ) que receberam profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV) em relação ao total de pacientes que realizaram artroplastia total de quadril nesse mesmo período.

4. Percentual de pacientes submetidos à ATQ que realizaram avaliação sistemática da dor

Domínio: Efetividade

Mensuração do percentual de pacientes submetidos a artroplastia total de quadril (ATQ) que receberam avaliação sistemática da dor durante a internação, sobre o total de pacientes que realizaram artroplastia total de quadril nesse mesmo período.

5. Taxa de infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos à ATQ

Domínio: Segurança

Mensuração do número de pacientes submetidos a cirurgias de artroplastia de total de quadril (ATQ) que apresentaram infecção do sítio cirúrgico (ISC) aguda (de 0 a 3 meses após a cirurgia) em relação ao total de pacientes submetidos a cirurgias de ATQ no período de interesse.

6. Tempo para sentar após a cirurgia

Domínio: Eficiência

Mensuração do tempo, em horas, decorrido entre a realização da cirurgia de artroplastia total de quadril (ATQ) e o momento em que o paciente senta pela primeira vez fora da cama.

7. Tempo para deambular após a cirurgia

Domínio: Eficiência

Mensuração do tempo, em horas, decorrido entre a realização da cirurgia de artroplastia total de quadril (ATQ) e o momento em que o paciente deambulou pela primeira vez.

8. Tempo de permanência hospitalar de pacientes submetidos à ATQ

Domínio: Eficiência

Mensuração do tempo, em dias, de internação de pacientes submetidos a artroplastia total do quadril (ATQ) em determinado período de tempo.

9. Proporção de pacientes submetidos à ATQ que reinternaram em até 30 dias

Domínio: Efetividade

Mensuração da proporção de reinternações em até 30 dias de pacientes submetidos à artroplastia total de quadril (ATQ).

10. Taxa de letalidade em 1 ano

Domínio: Efetividade

Mensuração do número de pacientes que foram a óbito em até 1 ano após terem sido submetidos à artroplastia total de quadril (ATQ) sobre o total de pacientes que realizaram artroplastia total de quadril nesse mesmo período.

Fonte: Elaboração Própria - ANS (2024).

5. Neoplasias, com ênfase em câncer de mama e câncer de próstata, com 10 indicadores específicos, conforme quadros 7 e 8:

■ QUADRO 7 - INDICADORES DE CÂNCER DE MAMA

| |
|---|
| 1. Percentual de pacientes com diagnóstico histológico pré-operatório por biópsia de fragmento Domínio: Efetividade |
| Percentual de pacientes com câncer de mama invasivo submetidas à cirurgia de mama que foram submetidas a diagnóstico histológico pré-operatório por biópsia de fragmento. |
| 2. Percentual de pacientes com realização de pesquisa de linfonodo sentinela Domínio: Efetividade |
| Percentual de pacientes com câncer de mama invasivo submetidas à pesquisa de linfonodo sentinela. |
| 3. Percentual de pacientes submetidas à cirurgia de mama com laudo anatomopatológico completo Domínio: Efetividade |
| Percentual de pacientes com câncer de mama invasivo submetidas à cirurgia de mama com laudo anatomopatológico completo. |
| 4. Percentual de pacientes submetidas à mastectomia total com reconstrução mamária imediata Domínio: Efetividade |
| Percentual de pacientes submetidas à mastectomia total por câncer de mama que receberam reconstrução mamária imediata. |
| 5. Percentual de pacientes com registro de estadiamento TNM patológico (pós-operatório) no prontuário Domínio: Efetividade |
| Percentual de pacientes submetidas à cirurgia de mama por câncer de mama que tem o registro do estadiamento TNM pós-operatório em seu prontuário. |

Fonte: Elaboração Própria - ANS (2024).

■ QUADRO 8 - INDICADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA

| |
|--|
| 1. Percentual de pacientes com relato patológico completo da prostatectomia Domínio: Eficiência |
| Percentual de pacientes admitidos na instituição com câncer de próstata localizado e relato patológico completo da prostatectomia, o qual inclui as seguintes características: <ul style="list-style-type: none">• tipo histológico de acordo com OMS;• grau histológico com escore de Gleason;• extensão extraprostática;• invasão da vesícula seminal;• status das margens;• estadiamento patológico (pTNM) segundo AJCC TNM 8ª ed. |

2. Percentual de pacientes cujo relatório patológico da prostatectomia com linfadenectomia pélvica inclui o número de linfonodos ressecados

Domínio: Eficiência

Mensuração do percentual de pacientes com câncer de próstata localizado cujo relatório patológico da prostatectomia com linfadenectomia pélvica incluiu o número de linfonodos ressecados.

3. Percentual de pacientes com registro em prontuário do estadiamento clínico e patológico do TNM

Domínio: Eficiência

Mensuração do percentual de pacientes admitidos na Instituição com câncer de próstata localizado submetidos a prostatectomia com registro em prontuário do estadiamento (TNM) clínico e patológico.

4. Taxa de complicações cirúrgicas agudas em pacientes submetidos a prostatectomia

Domínio: Efetividade

Mensuração do percentual de pacientes com câncer de próstata localizado submetidos a prostatectomia e que apresentaram complicações cirúrgicas agudas durante a internação em relação ao total de pacientes submetidos a prostatectomia na instituição no período de interesse.

5. Tempo de permanência hospitalar em pacientes que foram submetidos a prostatectomia

Domínio: Eficiência

Mensuração do tempo, em dias, de permanência dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata localizado submetidos a prostatectomia radical na instituição em determinado período.

Fonte: Elaboração Própria - ANS (2024).

As fichas técnicas dos indicadores estão disponíveis no Portal da ANS em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/monitoramento-da-qualidade-hospitalar>.

Entrega 2 – Sistema informatizado para coleta e processamento dos dados dos indicadores

Foi desenvolvida uma plataforma denominada Sistema de Indicadores Hospitalares – SIHOSP com as funcionalidades de organização, análise e processamento dos dados coletados. Desta forma, o sistema executa as seguintes ações:

1. Recepciona os dados que compõem os indicadores (numerador e denominador de cada indicador e de suas estratificações);
2. Processa os dados dos indicadores reportados pelos hospitais; e
3. Calcula e apresenta o resultado dos indicadores.

Portanto, os hospitais participantes reportam os dados para o processamento e o cálculo dos indicadores, que são transformados em informações visíveis aos próprios usuários do sistema através de um dashboard com gráficos e tabelas. Essa visualização permite que o hospital realize o monitoramento e a avaliação dos seus resultados mensalmente, possibilitando uma melhor gestão interna por meio da comparabilidade com a média dos participantes, com a média dos hospitais de excelência e com o parâmetro da literatura.

Assim, o hospital pode identificar boas práticas e pontos de aprimoramento utilizando o SIHOSP como uma ferramenta de gestão interna. Essa é uma iniciativa pioneira para a avaliação do desempenho das instituições hospitalares que atuam na Saúde Suplementar.

Já prevendo os próximos passos, o SIHOSP foi criado de forma que permitisse a ANS ampliar sua abrangência para um maior número de instituições à medida que o projeto avance. Segue figura 2, ilustrativa do *dashboard* do SIHOSP:

FIGURA 2 - PAINEL DO SIHOSP



Fonte: Elaboração Própria - SIHOSP – ANS (2024).

O SIHOSP encontra-se disponível em: <https://sihosp-pr.ans.gov.br/>.

Entrega 3 – Metodologia de comparabilidade hospitalar

O Consórcio desenvolveu a metodologia para avaliação do desempenho dos hospitais. Para maior segurança da Metodologia de comparabilidade, foi realizado piloto com dados coletados ao longo de 12 meses, entre setembro de 2019 e agosto de 2020, por 16 hospitais participantes de forma voluntária.

Os 16 hospitais participantes do “piloto” tinham as seguintes características:

- Hospitais gerais, que possuíssem, ao menos, os seguintes serviços: emergência porta aberta, centro de tratamento intensivo, centro cirúrgico;
- Hospitais que utilizassem prontuário eletrônico ou sistema informatizado;
- Hospitais Acreditados/certificados;
- Hospital que possuíssem banco de dados de pacientes;
- Hospitais que possuíssem um volume de internações no ano anterior ao projeto acima da mediana da sua região; e
- Hospitais localizados nas 5 regiões do Brasil, conferindo representatividade à amostra.

A metodologia de avaliação e comparabilidade desenvolvida e testada pelo “Consórcio” tem duas abordagens que se complementam:

I – Metodologia de avaliação e comparabilidade hospitalar em 5 faixas de desempenho:

A metodologia sintetiza os resultados dos indicadores em uma pontuação única e classifica os hospitais em 5 faixas de desempenho, de uma forma que facilite a interpretação do resultado geral das instituições.

A metodologia foi desenvolvida a partir de uma revisão de literatura envolvendo principalmente três dos principais métodos de comparabilidade de sistemas de saúde internacionais⁶, sendo definidos os seguintes princípios para a metodologia de classificação e comparabilidade em faixas:

⁶ Sistemas de saúde internacionais pesquisados: Medicare Compare. Disponível em: <https://www.medicare.gov/care-compare/?providerType=Hospital>, dos EUA; Canadian Institute for Health Information. Disponível em: <https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/?lang=en>, do Canadá; Care Quality Commission. Disponível em: <https://www.cqc.org.uk/>, do Reino Unido.

1. Alinhamento com os indicadores definidos pelo “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar”;
2. Clareza, transparência e reprodutibilidade das decisões metodológicas; e
3. Possibilidade de atualizações ao longo dos anos de acordo com as necessidades regulatórias da ANS e as contribuições das partes interessadas.

Para comparar os hospitais com uma apresentação de fácil entendimento, o “Consórcio” desenvolveu uma apresentação visual das Faixas de categorias de desempenho, acompanhada de números de 1 a 5, além de estar associada a cores pré-definidas pelos códigos apresentados na figura 3.

FIGURA 3 - NOMES E CORES DAS 5 FAIXAS DE DESEMPENHO QUE COMPÕEM A CLASSIFICAÇÃO GLOBAL DA QUALIDADE HOSPITALAR - PROJETO “CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR”

Classificações e respectivas cores

| |
|---------|
| Faixa 1 |
| Faixa 2 |
| Faixa 3 |
| Faixa 4 |
| Faixa 5 |

Fonte: Projeto Consórcio de Indicadores da Qualidade Hospitalar – PROADI-SUS (2020).

Durante o “piloto” com 16 hospitais desenvolvido pelo Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar”, foi utilizada a metodologia de comparabilidade aplicada aos participantes voluntários, que foram classificados pelas faixas de desempenho, conforme figura 4 ilustrativa.

■ FIGURA 4 - FAIXAS DE DESEMPENHO DOS HOSPITAIS - PROJETO “CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR”

Tabela Distribuição das instituições ordenadas pela pontuação global obtidas no teste piloto de desenvolvimento do método de comparação global da qualidade hospitalar (16 instituições e 12 meses de coleta de dados).

| INSTITUIÇÃO | PONTUAÇÃO | FAIXA CLASSIFICATÓRIA |
|-------------|-----------|-----------------------|
| Hospital A | 0,53 | Faixa 1 |
| Hospital B | 0,32 | Faixa 2 |
| Hospital C | 0,29 | Faixa 2 |
| Hospital D | 0,17 | Faixa 3 |
| Hospital E | 0,13 | Faixa 3 |
| Hospital F | 0,10 | Faixa 3 |
| Hospital H | 0,09 | Faixa 3 |
| Hospital I | 0,04 | Faixa 4 |
| Hospital J | -0,05 | Faixa 4 |
| Hospital K | -0,11 | Faixa 5 |
| Hospital L | -0,12 | Faixa 5 |
| Hospital M | -0,16 | Faixa 5 |
| Hospital N | -0,21 | Faixa 5 |
| Hospital O | -0,23 | Faixa 5 |
| Hospital P | -0,26 | Faixa 5 |

Fonte: Projeto Consórcio de Indicadores da Qualidade Hospitalar – PROADI-SUS (2020).

II - Metodologia de avaliação e comparabilidade individualizada por indicador:

Além da classificação global da qualidade hospitalar, para facilitar a compreensão e análise das partes interessadas sobre onde especificamente estão os pontos de atenção em que as instituições podem aprimorar suas práticas, foi desenvolvido um método que retrata o desempenho das instituições em cada um dos indicadores.

O método compara os resultados dos indicadores de cada instituição com os valores médios mensais e os intervalos de confiança que o conjunto das instituições participantes apresentou no ano, sendo categorizados da seguinte forma:

- “Acima da referência dos participantes”, quando o resultado do indicador da instituição está acima do limite superior do intervalo de confiança de 95% dos participantes;
- “Igual à referência dos participantes”, quando o resultado do indicador da instituição está dentro do intervalo de confiança de 95% dos participantes; ou
- “Abaixo da referência dos participantes”, quando o resultado do indicador da instituição está abaixo do intervalo de confiança de 95% dos participantes.

Durante o desenvolvimento dos testes piloto das análises individualizadas foram utilizados os mesmos dados do teste para a classificação global.

Na figura 5, a seguir, podem ser observados estratos dos resultados do “piloto” obtidos a partir dos dados enviados pelas instituições para o “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar”:

FIGURA 5 - EXEMPLO ILUSTRATIVO DE TABELA REFERENTE AOS RESULTADOS OBTIDOS NO PILOTO REALIZADO PELO “CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR”.

Tabela 7. Frequência (número e percentual de instituições) por grupo de desempenho nas três categorias de classificação suplementares ao método de classificação global da qualidade hospitalar.

| Indicadores do painel geral | Média e IC95% dos resultados mensais | Acima da referência nacional | Igual a referência nacional | Abaixo da referência nacional |
|--|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Proporção de partos vaginais | 23,7% (21,1%-26,4%) | 4 (31%) | 1 (8%) | 8 (61%) |
| Proporção de reinternações em até 30 dias da saída hospitalar | 6,6% (6,1%-7,2%) | 7 (44%) | 2 (12%) | 7 (44%) |
| Taxa de parada cardiorrespiratória em unidade de internação | 0,37 (0,30 – 0,45) | 3 (19%) | 3 (19%) | 10 (62%) |
| Taxa de mortalidade institucional | 2,6% (2,4%-2,9%) | 6 (38%) | 1 (6%) | 9 (56%) |
| Tempo médio de internação | 5,2 (4,8 – 5,5) | 5 (33%) | 1 (7%) | 9 (60%) |
| Tempo médio de permanência na emergência | 3,3 (3,1 – 3,5) | 5 (42%) | 3 (25%) | 4 (33%) |
| Tempo médio de espera na emergência para primeiro atendimento | 22,9 (20,4 – 26,2) | 4 (29%) | 4 (29%) | 6 (43%) |
| Taxa de início de antibiótico intravenoso profilático | 82% (78,1% - 86,1%) | 7 (70%) | 0 (0%) | 3 (30%) |
| Taxa de infecção de sítio cirúrgico associada a cateter venoso central | 0,5% (0,4% – 0,7%) | 2 (18%) | 5 (46%) | 4 (36%) |
| Taxa de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora | 1,8 (1,4 – 2,1) | 5 (36%) | 4 (29%) | 5 (36%) |
| Taxa de profilaxia de tromboembolismo venoso | 78% (74% - 82%) | 4 (40%) | 1 (10%) | 5 (50%) |
| Incidência de quedas com dano | 0,34 (0,30 – 0,39) | 6 (37%) | 3 (19%) | 7 (44%) |
| Evento sentinela | 0,22 (0,13 – 0,32) | 2 (13%) | 5 (33%) | 8 (53%) |

Nota: Nem todas as instituições reportaram resultados em todos os indicadores. Devido a isso, o total de instituições que foram avaliadas em cada indicador foi variável. É importante lembrar que estar acima ou abaixo da referência pode ser tanto bom quanto ruim, depende de qual a direção positiva do resultado de cada indicador.

Obs.: O termo referência nacional utilizado pelo projeto “Consórcio de Indicadores Hospitalares” considera o conjunto dos hospitais participantes do piloto.

Fonte: Projeto Consórcio de Indicadores da Qualidade Hospitalar – PROADI-SUS (2020).

Como exemplo, observa-se que para o indicador “Proporção de Reinternações em até 30 dias da saída hospitalar”, a média do resultado das instituições (referência dos participantes) foi de 6,6% (IC 95% 6,1% a 7,2%). Das 16 instituições que participaram do teste piloto, 7 ficaram acima da referência dos participantes, ou seja, seus resultados estavam acima de 7,2%; 2 ficaram iguais, ou seja, seus resultados ficaram entre 6,1% e 7,2% e 7 ficaram abaixo da referência dos participantes, ou seja, seus resultados ficaram abaixo de 6,1%.

Essas duas formas de análise dos resultados apresentadas resultaram na Metodologia de Avaliação e Comparabilidade, que prevê uma classificação global por faixas e a comparabilidade individualizada por indicador. Ambas as formas de análise se complementam no objetivo de medir e reportar a qualidade de cada instituição dentro do contexto da realidade da saúde suplementar brasileira.

A Metodologia desenvolvida pelo projeto Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar se encontra disponível em Proadi SUS .

A partir da metodologia do Projeto “Consórcio de indicadores de Qualidade Hospitalar”, a ANS desenvolveu a metodologia do PM-QUALISS Hospitalar apresentada ao longo deste documento.

Entrega 4 – Indicadores do domínio “Centralidade no Paciente”, indicadores PROM e PREM:

O “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar” também realizou busca na literatura para selecionar indicadores PROMs e PREMs, que se referem a medidas de qualidade da assistência do ponto de vista do paciente.

Os PREMs “*Patient-Reported Experience Measures*” são indicadores de experiência do cuidado relatadas pelo paciente, constituem-se enquanto ferramentas utilizadas para coletar a percepção do paciente a respeito do que ocorreu durante um episódio de assistência à saúde (BULL et al., 2019). Os indicadores do tipo PREM possuem base subjetiva, e podem avaliar itens como a infraestrutura, polidez da equipe, clareza na comunicação ou mesmo a avaliação geral do cuidado em saúde (WHITERS et al., 2020). As informações coletadas podem ser utilizadas para a detecção de pontos de melhoria nos processos assistenciais, com foco no cuidado em saúde centrado na pessoa (MANALILI et al., 2020). Embora a utilização dos PREMs seja incentivada como uma medida de qualidade em saúde, elas apresentam algumas limitações conceituais importantes, visto que se baseiam na satisfação e na expectativa do paciente, ambos termos subjetivos (Manalili e cols, 2020). Seguem algumas limitações apontadas para os PREMs:

- Podem refletir mais adequação e não necessariamente qualidade (Manalili e cols, 2020)
- Podem refletir mais o conceito do paciente baseado na sua expectativa ou em seu referencial de ideal, mesmo que estes não sejam, necessariamente, o mais indicado ou apropriado, podendo ser fortemente influenciado por experiências pessoais prévias (BULL et al., 2019).
- Podem sofrer influência de outros desfechos em saúde não relacionados à qualidade (BULL et al., 2019).

Foi realizada revisão narrativa da literatura sobre os principais questionários de PREMs utilizados em contextos de cuidado em saúde. O “Consórcio de Indicadores Hospitalares” selecionou 5 modelos PREMs.

Já o PROM é uma sigla em inglês que significa “*Patient reported outcome measures*” ou “Indicadores de Desfechos Reportados pelo Paciente”. Ambos são considerados mecanismos fundamentais para a construção de valor na saúde. Os indicadores do tipo PROMs medem a avaliação do ponto de vista do paciente sobre o impacto de uma intervenção no seu estado da saúde. A avaliação de desfechos em saúde pela perspectiva do paciente é fundamental, já que ele é a principal parte interessada e o beneficiário final dos processos de cuidado em saúde. Além disso, a avaliação do paciente complementa a análise dos indicadores de qualidade nos domínios efetividade, eficiência e segurança nos hospitais.

Foi realizada revisão narrativa da literatura sobre os principais questionários PROM para cada linha de cuidado. Em paralelo, foi solicitada sugestão de questionários aos membros dos subcomitês (compostos por médicos especialistas de cada linha de cuidado). Para a escolha dos questionários PROM, foram utilizados os seguintes critérios, em ordem de prioridade:

1. Aplicabilidade do questionário à população-alvo da linha de cuidado, conforme avaliação do subcomitê específico (obrigatório);
2. Questionário validado em língua portuguesa do Brasil (obrigatório);
3. Factibilidade de coleta, priorizando questionários concisos (muito desejável);
4. Licença gratuita (muito desejável); e

5. Questionário validado para coletas presencial, remota e autoaplicável (desejável).

Foram selecionados 7 modelos de indicadores PROMs, 1 mais geral e 6 para cada Linha de Cuidado (LD), separando a oncologia em duas Linhas, câncer de mama e câncer de próstata.

O documento com os indicadores PROMs e PREMS elaborado pelo Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar encontra-se disponível no Portal da ANS em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/consorcio-de-indicadores-de-qualidade-hospitalar>.

2.2 Considerações Finais sobre o “Consórcio de Indicadores da Qualidade Hospitalar”

O objetivo geral da Metodologia de Avaliação e Comparabilidade dos Hospitais elaborada no âmbito Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar” foi proporcionar maior utilidade e facilitar a interpretação do conjunto de resultados dos indicadores de qualidade para as partes interessadas. A metodologia foi elaborada com base no piloto realizado a partir da coleta de dados dos indicadores durante doze meses, o que possibilitou o desenvolvimento do método. Desse modo, o relatório final do “Consórcio” recomenda reavaliações periódicas, com discussões sobre potenciais melhorias, passando por novas etapas de validação, conforme ocorra maior disponibilidade de dados coletados e/ou modificação no perfil das instituições participantes.

Todo o material produzido por meio do Projeto Consórcio de Indicadores Hospitalares, realizado em parceria com o Hospital Moinhos de Vento, serviu de fundamentação para o desenvolvimento pela ANS do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar na Saúde Suplementar (PM-QUALISS Hospitalar).

Após a incorporação do SIHOSP pela ANS, ocorrida no primeiro semestre de 2021, foi possível a implementação da coleta de dados em larga escala no setor, permitindo o início do programa em novembro de 2021 com o chamamento dos hospitais para participação voluntária para o primeiro ciclo avaliativo anual iniciado em janeiro de 2022.

O primeiro ciclo realizado em 2022 serviu de teste para a coleta e processamento dos dados pelo SIHOSP já incorporado pela ANS e para validação em larga escala dos indicadores, com participação de 136 hospitais e, por se tratar de um ciclo de teste, não teve seus resultados divulgados.

Os produtos decorrentes do Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar” estão disponíveis para consulta em: <https://proadi-sus.org.br/projeto/consorcio-nacional-para-mensuracao-de-desfechos-em-saude>

CAPÍTULO 3

PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR - PM-QUALISS HOSPITALAR

O PM-QUALISS Hospitalar consiste em um recorte do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (PM-QUALISS) para avaliação específica dos prestadores hospitalares.

O PM-QUALISS, previsto na RN nº 510, de 2022, tem como objetivo avaliar e divulgar os resultados da qualidade de todos os tipos de prestadores de serviço: hospitais, clínicas, laboratórios etc., por meio de indicadores que tenham validade, comparabilidade e capacidade de discriminação dos resultados.

O Programa busca reduzir a assimetria de informação e conferir maior transparência dos resultados em saúde do setor, tendo como público-alvo:

- I. a sociedade em geral;
- II. os beneficiários, visando ao aumento de sua capacidade de escolha;
- III. os prestadores de serviços, visando ao fomento de iniciativas e estratégias de melhoria de desempenho;
- IV. as operadoras de planos privados de assistência à saúde, visando a uma melhor qualificação de suas redes assistenciais.

Considerando o ineditismo, a amplitude e a complexidade do PM-QUALISS, sua implementação está sendo realizada em etapas. Para a primeira etapa da avaliação e do monitoramento do desempenho dos prestadores de serviços, foram priorizados os prestadores hospitalares, por se tratar de estabelecimentos de saúde com uma trajetória de coleta e processamento de dados assistenciais mais antiga; com maior informatização dos seus processos e adoção de prontuários eletrônicos; e por terem importância fundamental na rede de atenção à saúde.

3.1 Objetivos do PM-QUALISS Hospitalar

Para monitoramento dos prestadores hospitalares foram estabelecidos objetivos específicos:

- I. Avaliar e monitorar a qualidade assistencial dos hospitais que atuam na saúde suplementar;
- II. Divulgar à sociedade os resultados da avaliação do desempenho dos hospitais na Saúde Suplementar;
- III. Permitir a realização de benchmarking entre os hospitais;
- IV. Induzir a melhoria da qualidade assistencial dos hospitais que atuam na Saúde Suplementar;

- V. Produzir informação para apoiar a gestão interna do hospital;
- VI. Empoderar os beneficiários, oferecendo informação acerca da qualidade dos hospitais para apoiar a escolha do seu plano de saúde.

3.2 Indicadores do PM-QUALISS Hospitalar

Foram selecionados, conforme já mencionado, 14 indicadores para o Painel Geral validados e parametrizados pelo “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar”. O PM-QUALISS Hospitalar manteve a coleta dos 14 indicadores estabelecidos pelo “Consórcio”. Entretanto, para a utilização da metodologia de comparabilidade e divulgação, será feito um escalonamento dos indicadores ao longo dos anos, considerando apenas 13 indicadores do painel geral, apresentados no quadro 10. Esse escalonamento teve início no ciclo avaliativo 2023.

O indicador “Proporção de Partos Vaginais” foi inicialmente incluído pelo “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar” para o cumprimento de um compromisso da ANS de divulgar os indicadores relativos ao Parto. Entretanto, desde dezembro de 2019 a ANS já publica o Painel de Indicadores de Atenção à Saúde Materna e Neonatal⁷ considerando dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos - SINASC e do Padrão da Troca de Informações em Saúde (Padrão TISS) e divulga os resultados de indicadores do conjunto dos hospitais privados que realizam parto no Brasil.

Assim, considera-se que o indicador “Proporção de Partos Vaginais” (quadro 9) deve compor uma futura Linha de Cuidado específica para maternidades no âmbito do PM-QUALISS Hospitalar e não deve ser considerado como parte do Painel Geral, mas deve continuar a ser coletado e monitorado.

■ QUADRO 9 - INDICADOR DE FUTURA LINHA DE CUIDADO MATERNA E NEONATAL

| DOMÍNIO | | INDICADOR |
|-------------|---|-------------------------------------|
| EFETIVIDADE |  | Proporção de Partos Vaginais |

Fonte: Elaboração Própria – ANS (2024)

■ QUADRO 10 - INDICADORES DO PAINEL GERAL

| DOMÍNIO | | INDICADOR |
|-------------|---|--|
| EFETIVIDADE |  | Proporção de reinternações em até 30 dias da saída hospitalar <i>Estratificações: internações clínicas e internações cirúrgicas</i> |
| |  | Taxa de parada cardiorrespiratória em Unidade de Internação (UI) <i>Estratificações: não se aplica</i> |
| |  | Taxa de mortalidade institucional <i>Estratificações: neonato precoce, neonato tardio, pediátrico, adulto e idoso, em saídas clínicas e cirúrgicas</i> |
| |  | Taxa de profilaxia de tromboembolismo venoso <i>Estratificações: Clínico; Cirúrgico ortopédico; Cirúrgico não ortopédico</i> |

⁷ Painel de Indicadores de Atenção à Saúde Materna e Neonatal, disponível no Portal da ANS, em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiZmNmZGE3ZjctYmVlZi00MzVklW-FmNWItYzE0ZTNmY2EzNjQziwiidC16ljkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>

| DOMÍNIO | | INDICADOR |
|------------|---|--|
| EFICIÊNCIA |  | Tempo médio de internação <i>Estratificações: Pediátrico, adulto, idoso, em internações clínicas e cirúrgicas</i> |
| |  | Tempo médio de permanência na emergência <i>Estratificações: não se aplica</i> |
| |  | Tempo médio de espera na emergência para o primeiro atendimento <i>Estratificações: classificação de risco Nível 2 e Nível 3</i> |
| |  | Taxa de início de antibiótico intravenoso profilático <i>Estratificações: não se aplica</i> |
| SEGURANÇA |  | Taxa de infecção de sítio cirúrgico <i>Estratificações: não se aplica</i> |
| |  | Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC) <i>Estratificações: neonatal, pediátrica, adulto, em unidade de internação e UTI</i> |
| |  | Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a um cateter vesical de demora (CVD) <i>Estratificações: neonatal, pediátrica, adulto, em unidade de internação e UTI</i> |
| |  | Densidade de incidência de quedas resultando em lesão em paciente <i>Estratificações: não se aplica</i> |
| |  | Evento Sentinela <i>Estratificações: não se aplica</i> |

Fonte: Elaboração Própria – ANS (2024).

A partir dos dados dos indicadores selecionados para cada ciclo avaliativo, enviados ao longo dos doze meses, a ANS aplicará a metodologia de avaliação e comparabilidade. As fichas completas dos 13 indicadores do Painel Geral e do indicador “Proporção de Parto Vaginal” estão disponíveis no Anexo II deste documento.

Os indicadores hospitalares das 5 Linhas de Cuidado - LC também já podem ser coletados e reportados pelos hospitais participantes de forma voluntária e podem ser utilizados como ferramenta de gestão interna. Entretanto, ainda não serão utilizados para a divulgação, necessitando de maior difusão e adesão entre os hospitais participantes dada a maior complexidade da sua coleta e reporte. As fichas dos indicadores por LC estão disponíveis no Portal da ANS em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhadecuidado.pdf>

Em relação aos PROMs e PREMs, embora tenham sido selecionados por meio do Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar”, não foram testados no piloto e, dada sua complexidade, ainda necessitam de testes e validação. O documento contendo os indicadores PROMs e PREMs está disponível

no Portal da ANS em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/consorcio-de-indicadores-de-qualidade-hospitalar>

A indução à qualidade dos serviços prestados na saúde suplementar é uma atividade permanente da ANS e o uso de indicadores de qualidade configura-se como uma potente ferramenta de produção de informações relevantes para todo o setor.

3.3 Sistema de Indicadores Hospitalares – SIHOSP

O PM-QUALISS Hospitalar utiliza o SIHOSP, desenvolvido por meio do “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar”, que foi incorporado aos sistemas da ANS e adotado para a coleta e processamento dos dados enviados mensalmente pelos hospitais participantes.

Assim, todos os 13 indicadores do painel geral e o indicador “Proporção de Parto Vaginal” devem ser reportados pelos hospitais participantes por meio de uma planilha em formato “.csv”, que é recepcionada no SIHOSP. O sistema recepciona os dados dos numeradores e denominadores dos indicadores; processa e calcula os resultados. Os resultados dos indicadores são apresentados em um *dashboard* interno no SIHOSP, que permite que os hospitais participantes visualizem apenas seus resultados para monitorar e compará-los com o resultado global do conjunto dos participantes do programa e com a média dos hospitais de excelência.

Para a submissão dos indicadores hospitalares por Linha de Cuidado, os dados podem ser enviados por meio de arquivo .csv (obtido por meio de *download* na página do SIHOSP), ou através do formulário eletrônico (ficha de coleta) também existente no SIHOSP. Destaca-se que é importante que aqueles hospitais que já tenham a coleta sistemática dos indicadores hospitalares das Linhas de Cuidado em sua unidade submetam seus dados ao SIHOSP, para que possam monitorar seus resultados e realizar *benchmarking* com os demais hospitais pelo *dashboard*.

Ademais, na medida em que houver maior adesão a esses indicadores, com um número significativo de hospitais reportando os dados de forma sistemática, será possível a divulgação dos resultados no Painel Dinâmico de Divulgação do PM-QUALISS Hospitalar no portal da ANS⁸.

Com relação aos PROMs e PREMs, ainda é necessário o desenvolvimento de um sistema de informação específico para o reporte e processamento dos dados.

3.4 Painel Dinâmico

De forma a conferir transparência ao Programa e para maior poder de escolha aos beneficiários de planos de saúde, a ANS desenvolveu um painel dinâmico para divulgação dos resultados dos hospitais participantes, que serão apresentados: por indicador, por hospital e por faixa de desempenho. Os resultados do PM-QUALISS Hospitalar serão disponibilizados para consulta pelas partes interessadas e por toda a sociedade no Portal da ANS.

Para maior segurança sobre os dados divulgados, haverá uma homologação prévia dos dados antes da divulgação por parte dos hospitais participantes. Além disso, serão realizadas Visitas Técnicas de Verificação amostrais para averiguar a confiabilidade dos dados.

CAPÍTULO 4

PM-QUALISS HOSPITALAR - CICLO AVALIATIVO 2023

O ciclo avaliativo 2023 do PM-QUALISS Hospitalar será o primeiro a ter os resultados divulgados, com a avaliação do desempenho de forma detalhada por hospital e com uma metodologia de comparabilidade entre as instituições. Fato inédito, a metodologia utilizada sendo tecnicamente robusta, reprodutível, transparente e imparcial, marcará uma nova etapa na qualificação do setor suplementar.

O piloto realizado com 16 hospitais pelo “Consórcio de Indicadores da Qualidade Hospitalar” e o ciclo avaliativo de 2022, realizado como teste para validação da metodologia com 136 hospitais participantes, geraram subsídios para ciclo avaliativo 2023.

Em relação aos indicadores, vale ressaltar que ao longo de 2022 e 2023 foram recepcionadas sugestões da ANVISA e de hospitais participantes, que propiciaram alguns ajustes e aprimoramentos, tais como:

I - Compatibilização da nomenclatura de três indicadores do domínio segurança com a nomenclatura utilizada pela ANVISA e por outros Programas já existentes, conforme apresentado no quadro 11:

■ QUADRO 11 - NOMENCLATURA ATUALIZADA DE 3 INDICADORES DO PAINEL GERAL

| DENOMINAÇÃO ANTERIOR DO INDICADOR | DENOMINAÇÃO AJUSTADA DO INDICADOR |
|--|---|
| Taxa de infecção de corrente sanguínea associada a um cateter venoso central | Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC) |
| Taxa de infecção do trato urinário associada a um cateter vesical de demora | Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a um cateter vesical de demora (CVD) |
| Incidência de quedas com dano | Densidade de incidência de quedas resultando em lesão em paciente |

Fonte: Elaboração Própria – ANS (2024).

II - Ajuste na forma de reporte do indicador “Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico” no SIHOSP, de forma a alinhar aos objetivos do indicador previstos na Ficha Técnica, conforme apresentado no quadro 12:

■ QUADRO 12 - AJUSTE DA PLANILHA DE REPORTE DE DADOS COM A INCLUSÃO DE UMA NOVA COLUNA PARA O INDICADOR 9 “TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO”

| FORMA DE COLETA DO INDICADOR ANTERIOR | FORMA DE COLETA DO INDICADOR AJUSTADA |
|--|--|
| <p>Os denominadores dos indicadores “Taxa de início de antibiótico intravenoso profilático” e “Taxa de infecção de sítio cirúrgico” eram reportados na mesma coluna no template de dados. No entanto, observou-se que não seriam o mesmo dado. De acordo com a ficha técnica, para o indicador 8, os seguintes critérios de exclusão devem ser aplicados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que estão recebendo antibiótico por algum outro motivo que não o procedimento cirúrgico; • Pacientes com um processo infeccioso existente no mesmo local que o procedimento cirúrgico planejado; • Pacientes que receberam profilaxia antibiótica por via oral. <p>Já o indicador 9 não possui critérios de exclusão aplicáveis ao denominador, logo, todas as cirurgias limpas devem ser incluídas na planilha para cálculo do indicador.</p> | <p>Criada uma coluna para o reporte dos dados para o denominador do indicador 9, que deverá ser preenchida com o total de cirurgias limpas, sem os critérios de exclusão do indicador 8.</p> |

Fonte: Elaboração Própria – ANS (2024).

III - Ajuste na ficha técnica do indicador “Taxa de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso”, para esclarecer que os medicamentos apresentados na ficha técnica são exemplificativos, conforme apresentado no quadro 13.

■ QUADRO 13 - AJUSTE NA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR “TAXA DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO”, ACERCA DO PROTOCOLO CLÍNICO DE REFERÊNCIA

| DESCRIÇÃO ANTERIOR DO INDICADOR | DENOMINAÇÃO AJUSTADA DO INDICADOR |
|--|--|
| <p>Descrição anterior mencionava os medicamentos para trombopprofilaxia adequada e anticoagulação plena.</p> | <p>Foi adicionada a seguinte observação: Os medicamentos descritos na ficha são exemplificativos. Os hospitais devem adotar protocolos de prevenção de tromboembolismo baseados em evidências.</p> |

Fonte: Elaboração Própria – ANS (2024).

IV - Ajuste na ficha técnica do indicador “Proporção de Reinternações em até 30 Dias da Saída Hospitalar” para esclarecer que as reinternações reportadas são as não programadas e sem avaliação do nexa causal, conforme apresentado no Quadro 14.

■ QUADRO 14 - AJUSTE NA FICHA TÉCNICA DO INDICADOR “PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR”, VISANDO MAIOR ESCLARECIMENTO ACERCA DO NUMERADOR E DENOMINADOR.

| CONCEITO ANTERIOR | CONCEITO AJUSTADO |
|--|--|
| <p>Conceito: Mensuração da proporção de reinternações de pacientes em um período menor ou igual a 30 dias após a saída hospitalar em relação ao total de pacientes internados no mesmo período</p> <p>Numerador</p> <p>Critérios de Inclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacientes que tiveram uma saída (internação prévia) no mês anterior ao mês de competência e que reinternaram (internação não programada) dentro do período igual ou inferior a 30 dias (≤ 30 dias). | <p>Mensuração da proporção de reinternações não programadas de pacientes em um período menor ou igual a 30 dias após a saída hospitalar em relação ao total de pacientes internados no mesmo período.</p> <p>Numerador</p> <p>Critérios de Inclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacientes que tiveram uma saída (internação prévia) no mês anterior ao mês de competência e que reinternaram (internação não programada) dentro do período igual ou inferior a 30 dias (≤ 30 dias). Todas as reinternações não programadas devem ser incluídas, mesmo aquelas semnexo causal com o internamento anterior. |

Fonte: Elaboração Própria – ANS (2024).

4.1 Pré-requisitos de Participação no Ciclo avaliativo 2023

A partir da experiência adquirida com o piloto e o ciclo de teste em 2022, para o ciclo avaliativo 2023 foi lançado um edital⁹ em fevereiro de 2023 para participação voluntária dos hospitais com os seguintes pré-requisitos:

- atuar na Saúde Suplementar;
- ser Hospital classificado como Geral ou Pronto Socorro Geral no CNES;
- possuir pelo menos um certificado de acreditação ou certificação de qualidade em saúde, emitido por entidades acreditadoras em saúde, participantes do QUALISS, reconhecidas pela The International Society For Quality (ISQUA).

Esses pré-requisitos buscaram conferir maior homogeneidade e similaridade ao perfil dos hospitais de modo a favorecer a comparabilidade.

Ademais, a opção pela inclusão de hospitais com Acreditação/Certificação, além de reduzir a variabilidade dos resultados, pode garantir maior capacidade de coleta de dados e propiciar maior organização dos processos internos de gestão hospitalar. Ou seja, o hospital com selo Acreditação/Certificação tem maior probabilidade de dispor de infraestrutura adequada para coleta de dados e monitoramento dos indicadores de qualidade propostos.

4.2 Indicadores do Ciclo Avaliativo 2023

Para o ciclo avaliativo 2023, foram selecionados para monitoramento e divulgação dos resultados 06 indicadores do Painel Geral: dois do domínio efetividade; um do domínio eficiência e três do domínio segurança.

9 Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/noticias/Edital_2023.pdf

Essa seleção ocorreu a partir da avaliação da completude de envio de dados para cada um dos 14 indicadores do Painel Geral no ciclo avaliativo 2022 e no primeiro semestre do ciclo 2023.

Seguem, no quadro 15, os 6 (seis) indicadores selecionados para o Ciclo Avaliativo 2023:

■ QUADRO 15 - DOMÍNIOS E INDICADORES SELECIONADOS DO PAINEL GERAL PARA O CICLO AVALIATIVO DE 2023

| DOMÍNIO | INDICADOR |
|-------------|--|
| EFETIVIDADE | Proporção de reinternações em até 30 dias da saída hospitalar |
| | Taxa de parada cardiorrespiratória em unidade de internação |
| EFICIÊNCIA | Tempo médio de internação |
| SEGURANÇA | Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC) em UTI |
| | Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a um cateter vesical de demora (CVD) em UTI |
| | Densidade de incidência de quedas resultando em lesão em paciente |

Fonte: Elaboração Própria – ANS (2024).

Para o ano-base de 2023, não serão atribuídos pesos diferentes aos indicadores. Apenas os hospitais que enviaram os dados de forma efetiva para os 6 indicadores selecionados nos 12 meses serão submetidos à metodologia de avaliação e comparabilidade e terão seus resultados divulgados.

4.3 Grupos de Comparabilidade para o Ciclo Avaliativo 2023

Além dos pré-requisitos na admissão dos hospitais durante o período de seleção por meio do edital, para conferir maior similaridade aos perfis dos hospitais e menor variabilidade dos resultados para a aplicação da metodologia de avaliação e comparabilidade, os hospitais foram também classificados em três grupos:

- Grupo I – Hospitais de grande porte, com mais de 150 leitos;
- Grupo II – Hospitais de médio porte, com 51 a 150 leitos;
- Grupo III – Hospitais de pequeno porte com até 50 leitos ou hospitais de qualquer porte sem Unidade Terapia Intensiva (UTI).

Além da comparabilidade pelos grupos definidos, o Ciclo Avaliativo 2023 prevê ainda o *Benchmarking* com a média do conjunto dos hospitais participantes e com os Hospitais de Excelência (Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência pelo Ministério da Saúde).

CAPÍTULO 5

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO E COMPARABILIDADE DO PM-QUALISS HOSPITALAR

A metodologia de avaliação e comparabilidade dos resultados do PM-Qualiss Hospitalar foi desenvolvida com base na metodologia do Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar”, que inclui um tratamento estatístico dos dados para gerar os resultados das instituições hospitalares por indicador e uma pontuação geral do hospital (P-Hosp).

Resultados dos indicadores por hospital

O método compara os resultados dos indicadores de cada instituição com os valores médios mensais e os intervalos de confiança que as instituições apresentaram no ano (referência dos participantes), de modo a permitir uma melhor gestão interna pelos gestores, que avaliam oportunidades de melhorias em seus fluxos em áreas específicas dos hospitais.

Resultados da Pontuação do hospital (P-hosp):

O método gera uma medida síntese de desempenho geral de cada hospital, denominada P-hosp, de modo a facilitar a interpretação dos resultados pela população geral. Em seguida, os hospitais são classificados em 5 faixas de desempenho, identificadas por cores, possibilitando a comparabilidade entre os hospitais participantes.

5.1 Resultado anual dos indicadores dos hospitais participantes

A aplicação da metodologia se inicia com o cálculo do resultado anual de cada indicador dos hospitais participantes.

$$\text{Resultado do indicador} = \frac{(\sum \text{numeradores dos 12 meses do ano})}{(\sum \text{denominadores dos 12 meses do ano avaliado})}$$

Exemplo hipotético:

Cálculo do resultado anual do indicador da Proporção de reinternações em até 30 dias da saída hospitalar do Hospital A. O parâmetro de referência do Programa é que seja $\leq 20\%$.

Indicador: Proporção de reinternações em até 30 dias do Hospital A =

$$= \frac{25 + 20 + 15 + 52 + 10 + 30 + 20 + 30 + 25 + 10 + 25 + 15}{100 + 120 + 150 + 120 + 100 + 150 + 180 + 200 + 120 + 140 + 130 + 110} = \frac{277}{1620} = 17\%$$

Neste caso, o resultado do hospital para o indicador Proporção de Reinternações em até 30 dias é 17% e encontra-se dentro do parâmetro estabelecido que é $\leq 20\%$.

5.2 Estratégia de Gestão de Riscos: homologação dos resultados pelos hospitais

De modo a minimizar riscos de erros nas informações sobre os dados dos indicadores dos hospitais participantes, antes da aplicação da metodologia de avaliação e comparabilidade serão disponibilizados preliminarmente os dados dos indicadores, numerador e denominador, para cada um dos hospitais, para que se proceda a uma homologação final dos dados.

Essa homologação tem como objetivo mitigar eventuais riscos de erros, preservando a imagem do Programa, dos hospitais e da ANS. A planilha com os dados provenientes do SIHOSP será disponibilizada para cada Hospital individualmente de modo a conferir privacidade dos dados entre os participantes.

Após a homologação dos dados de cada indicador pelos hospitais participantes, serão feitos os cálculos dos resultados dos indicadores de acordo com a metodologia de avaliação e comparabilidade, que será apresentada detalhadamente, a seguir.

5.3 Cálculo das Médias dos Resultados dos Indicadores dos Hospitais por Grupos de Comparabilidade

A metodologia prevê a classificação dos hospitais participantes em três grupos de comparabilidade, conforme já mencionado:

Após a classificação dos hospitais nos grupos, serão calculadas as médias dos resultados anuais dos indicadores dos hospitais para cada grupo de comparabilidade:

- Média dos resultados anuais de cada indicador de todos os hospitais participantes do grupo 1 (hospitais com mais de 150 leitos) - com intervalo de confiança.
- Média dos resultados anuais de cada indicador de todos os hospitais participantes do grupo 2 (hospitais com 51 a 150 leitos) - com intervalo de confiança.
- Média dos resultados anuais de cada indicador de todos os hospitais participantes do grupo 3 (hospitais com até 50 leitos ou hospitais de qualquer porte sem UTI) - com intervalo de confiança.
- Média dos resultados dos indicadores dos Hospitais de Excelência com intervalo de confiança.

Além da apresentação das médias anuais dos grupos de hospitais (1, 2 e 3) e dos hospitais de excelência, também é apresentado o parâmetro do programa para realização de benchmarking.

5.4 Resultados dos Indicadores por Hospital

Serão apresentados os resultados anuais de cada indicador por hospital participante. Em seguida, o resultado de cada indicador do hospital participante será comparado com:

- A média dos resultados gerais de cada indicador dos hospitais participantes do grupo do qual faz parte.
- A média dos resultados gerais de cada indicador dos hospitais de excelência.
- Parâmetro da Literatura adotado pelo Programa.

Deverá ser calculado um intervalo de confiança para a média do resultado para cada grupo de comparabilidade e dos Hospitais de Excelência.

O intervalo de confiança será de 95% e é calculado a partir dos resultados mensais dos indicadores de todas as instituições participantes por grupo de comparabilidade e para os hospitais de excelência, considerando o ano-base avaliado. Ou seja, o método produz uma média e um intervalo de confiança de 95% para cada indicador, calculada a partir dos resultados mensais dos hospitais por grupo de comparabilidade.

O resultado de cada indicador por hospital é então comparado com o intervalo de confiança do resultado da média dos indicadores dos hospitais participantes, sendo que os resultados serão divulgados graficamente:

- “Acima da referência dos participantes do seu grupo”: quando o resultado do indicador do hospital está acima do limite superior do intervalo de confiança de 95% do resultado da média do indicador de todos os hospitais participantes;
- “Igual à referência dos participantes do seu grupo”: quando o resultado do hospital está dentro do intervalo de confiança de 95% da média do conjunto dos hospitais participantes;
- “Abaixo da referência dos participantes do seu grupo”: quando o resultado do hospital está abaixo do intervalo de confiança de 95% da média do conjunto dos hospitais participantes.

5.4.1 INTERVALO DE CONFIANÇA

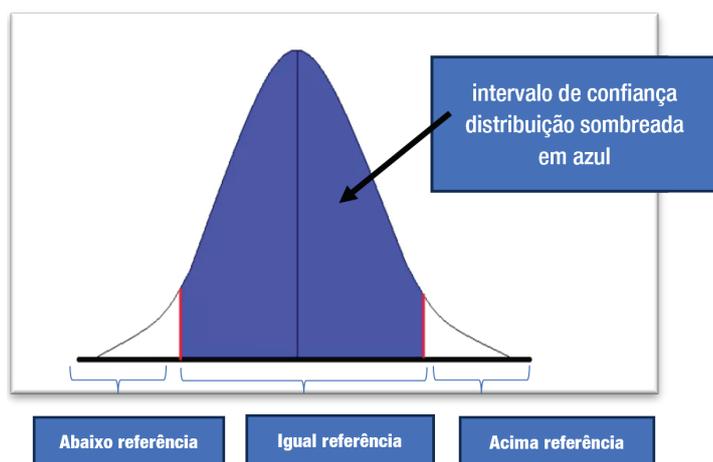
Um intervalo de confiança é uma técnica de estimação que permite calcular dois valores em torno de uma média da amostra (um superior e um inferior). Esses valores limitarão uma faixa dentro da qual, com certa probabilidade, o parâmetro da população estará localizado.

Assim, a comparação dos resultados dos indicadores dos hospitais com as médias dos participantes se tornará mais confiável e com maior aproximação do verdadeiro valor de referência.

Para maior confiabilidade, o intervalo de confiança utilizado é de 95% e é calculado a partir dos resultados mensais dos indicadores de todas as instituições participantes, considerando o período de análise.

A seguir, a figura 6 apresenta a fórmula e a distribuição do intervalo de confiança:

FIGURA 6 - INTERVALO DE CONFIANÇA



Fonte: Elaboração Própria – ANS (2024).

Média populacional = μ

Desvio padrão populacional = σ

SE da média = $\frac{\sigma}{\sqrt{n}}$

$$\left(\bar{x} - 1,96 * \frac{\sigma}{\sqrt{n}}, \bar{x} + 1,96 * \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \right)$$

5.5 Pontuação do Hospital (P-Hosp)

A metodologia de avaliação e classificação dos hospitais prevê uma sumarização dos indicadores gerando um índice único para cada hospital, de modo a comparar e classificar os hospitais em faixas, de acordo com seu desempenho no Programa.

O P-Hosp é calculado pela soma da Pontuação de cada indicador (Score Z com a direção ajustada) dividido pelo número total de indicadores.

Para calcular o P-Hosp, serão considerados exclusivamente os resultados dos indicadores dos hospitais por grupo de comparabilidade.

5.5.1 CÁLCULO DA PONTUAÇÃO DOS INDICADORES

Para permitir a combinação dos diferentes resultados dos indicadores, é necessário que seja feita uma padronização com o objetivo de garantir que os indicadores sejam analisados em uma escala e direção comuns.

Para padronizar a escala, deve ser calculado o “escore Z” para cada indicador. Para calcular o Score Z, é necessário utilizar a média e o desvio padrão dos resultados de cada um dos indicadores do conjunto dos hospitais participantes para cada um dos três grupos de comparabilidade no ciclo avaliativo de 12 meses, de janeiro a dezembro de cada ano:

- O Resultado anual do indicador do Hospital, descrito no item 5.1.
- A média dos resultados do indicador de todos os hospitais para cada grupo de comparabilidade encontra-se descrita no item 5.3 acima.
- O desvio padrão dos resultados do indicador para cada grupo de comparabilidade é calculado da seguinte forma:

Desvio Padrão (Dp)

$$Dp = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n}}$$

x_i = valor individual

\bar{x} = média dos valores

n = número de valores

O valor do Escore Z do indicador de cada hospital é obtido a partir da diferença entre o resultado do indicador de um hospital no período e o resultado médio geral do indicador do conjunto dos hospitais participantes do grupo que o hospital faz parte, dividindo essa diferença pelo desvio padrão dos resultados do indicador dos hospitais do mesmo grupo (Equação 1).

Equação 1 - Fórmula para conversão do resultado do indicador em uma escala unificada (escore Z) dentro do método de classificação global da qualidade hospitalar:

Escore Z do indicador

$$= \frac{\text{Resultado do indicador do hospital A} - \text{Média do indicador do conjunto de hospitais do grupo}}{\text{Desvio Padrão do indicador dos hospitais do grupo}}$$

Escore Z do indicador com direção ajustada:

A Direção do Escore Z do indicador deverá ser sempre a mais intuitiva, ou seja: “quanto maior, melhor”. Assim, o resultado do escore Z deve ser multiplicado por (-1) quando o indicador tiver sua direção original “quanto menor, melhor”.

Os 6 indicadores selecionados para o ano base 2023 têm seus resultados originalmente na direção “quanto menor, melhor”. Para padronizar a direção do Escore dos indicadores: as pontuações dos 6 indicadores deverão ser transformadas para a direção: “quanto maior, melhor”, devendo-se multiplicar o resultado por (- 1).

Portanto, após o cálculo do escore Z de cada indicador, os 6 indicadores devem ter seu escore Z multiplicado por -1, com a finalidade de conversão da sua direção.

Como chegar na Pontuação do Indicador: Calcular o Escore Z com a direção ajustada.

Exemplo de cálculo do Escore Z ajustado:

Indicador Proporção de reinternações em até 30 dias da saída hospitalar para o Hospital A.

Resultados do indicador do hospital A = 4,3%:

Como exemplo, vamos considerar que no período avaliado, a Proporção de reinternações em até 30 dias da saída hospitalar (quanto menor, melhor) apresentou um desempenho médio dos hospitais avaliados no grupo do hospital A de 2,6% com um desvio padrão de 1,7%.

$$\frac{4,3 - 2,6}{1,7}$$

Resultado do Escore Z = 1

Como a proporção de reinternações em até 30 dias da saída hospitalar é um indicador que precisa ter a sua direção invertida para padronizar a pontuação para a direção “quanto maior, melhor”, o resultado do Escore Z precisará ser multiplicado por -1, gerando uma pontuação final de -1 ponto para a instituição exemplificada nesse indicador.

A Pontuação do Indicador = Escore Z com a direção padronizada (Quanto maior o resultado, melhor).

O termo pontuação do indicador do hospital refere-se sempre a pontuação determinada pelo valor obtido pelo escore Z do indicador, com sua direção padronizada sempre para “quanto maior, melhor”.

5.5.2 RETIRADA DE OUTLIERS

Para calcular a pontuação global do hospital, a pontuação individual de cada indicador (Escore Z ajustado) só é considerada se apresentar valores de Z de -3 a +3 (percentis 0,125 e 99,875 da distribuição normal).

Ou seja, se uma instituição apresentar um valor de Z maior do que 3 ou menor do que -3 em um indicador, essa pontuação será considerada inconsistente e o indicador não será considerado na pontuação global do hospital (tanto na pontuação individual do hospital quanto nos parâmetros para as classificações das demais pontuações no seu grupo).

Esse corte é implementado para evitar que a presença de algum valor extremo, onde não esteja claro se a pontuação a partir do resultado de um indicador reportado realmente representou um desempenho extremo ou foi apenas um reporte com baixa acurácia, influencie amplamente a pontuação institucional e possa resultar em superestimação ou subestimação dos resultados das demais instituições.

Nesse caso, a pontuação do indicador é considerada inconsistente.

Quando retirado o valor da pontuação de um indicador de um hospital por inconsistência, deverá ser recalculada a média e o desvio padrão para aquele indicador para o grupo do hospital que teve o indicador considerado inconsistente, expurgando o valor.

Nesta fase, será considerado o número mínimo de 5 indicadores com resultados válidos para permanência do hospital na avaliação. Ou seja, dos 6 indicadores selecionados para o ano de 2023, um hospital deverá contar com pelo menos 5 indicadores após a retirada dos outliers.

Para os hospitais com dois ou mais indicadores com pontuação outlier, o hospital não participará da comparabilidade, mas terá seus resultados individuais divulgados.

- **Para os hospitais sem UTI**

Para os hospitais sem UTI, são aplicáveis para o ciclo avaliativo de 2023 apenas 4 indicadores, quais sejam: Proporção de reinternações em até 30 dias da saída hospitalar; Taxa de parada cardiorrespiratória em unidade de internação; Tempo médio de internação; e Densidade de incidência de quedas resultando em lesão em paciente.

Para os hospitais sem UTI, havendo uma ou mais pontuação outlier, o hospital sairá da comparabilidade, mas terá seus resultados individuais divulgados.

5.5.3 COMO CALCULAR O P-HOSP DO HOSPITAL

Para calcular a Pontuação Sumarizada (P-Hosp), métrica unificada e global do hospital, é realizada uma média simples das pontuações de cada um dos 6 indicadores (Escore Z padronizado) do hospital.

$$PHosp = \frac{(Z1 + Z2 + Z3 + Z4 + Z5 + Z6)}{6} \quad \text{ou seja} \quad PHosp = \frac{\sum_{i=1}^6 Z}{6}$$

Ou seja,

No caso de um indicador com pontuação inconsistente (outlier), será desconsiderado para o cálculo da pontuação global do hospital (P-Hosp), que passará a ser calculada considerando os 5 indicadores remanescentes, conforme fórmula a seguir:

$$PHosp = \frac{(Z1 + Z2 + Z3 + Z4 + Z5)}{5} \quad \text{ou seja} \quad PHosp = \frac{\sum_{i=1}^5 Z}{5}$$

Quando retirado o valor de um indicador de um hospital por inconsistência (outlier), o indicador deve sair do cálculo da média e do desvio padrão do grupo.

Deverá ser recalculada a média e o desvio padrão para aquele indicador no grupo do hospital, expurgando o valor inconsistente.

- Para os hospitais sem UTI

Para o ciclo avaliativo 2023, a partir da Pontuação calculada para cada um dos 4 indicadores de um hospital sem UTI (Escore Z padronizado), é realizada uma média simples das pontuações, gerando uma métrica unificada e global do hospital, denominada P-Hosp.

$$PHosp = \frac{(Z1 + Z2 + Z3 + Z4)}{4} \quad \text{ou seja} \quad PHosp = \frac{\sum_{i=1}^4 Z}{4}$$

No caso de um ou mais indicadores com pontuação inconsistente (outlier), o hospital sairá do seu grupo para a metodologia de comparabilidade.

Deverá ser recalculada a média e o desvio padrão para aquele indicador no grupo do hospital, expurgando o hospital com valor inconsistente.

CAPÍTULO 6

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS POR HOSPITAL

Para cada um dos grupos estratificados será aplicada a metodologia estatística com base nos escore Z dos indicadores, calculados a partir dos resultados dos indicadores de cada hospital. Os Score Z de cada indicador gerarão a pontuação global (P-Hosp) para cada hospital.

Cada hospital terá divulgado seus resultados individualizados por indicador comparado ao parâmetro estabelecido pelo Programa a partir da literatura da área. Segue figura 7 ilustrativa do resultado de um hospital hipotético por indicador:

■ FIGURA 7 - RESULTADO ANUAL DO HOSPITAL POR INDICADOR



Segue figura 8, ilustrativa da Pontuação global (P-Hosp) de um hospital hipotético comparado à média da pontuação do seu grupo de comparabilidade e com a média da pontuação dos hospitais de Excelência.

FIGURA 8 – RESULTADO GLOBAL DO HOSPITAL (P-HOSP)



Os resultados serão divulgados no Painel do PM-QUALISS Hospitalar no portal da ANS.

CAPÍTULO 7

DEFINIÇÃO DAS FAIXAS CLASSIFICATÓRIAS DE DESEMPENHO

Para a classificação por faixas, conforme já mencionado, os hospitais serão estratificados em três grupos. A estratificação por grupos conferirá maior homogeneidade na comparação, reduzirá a variabilidade dos resultados e será uma proxy do perfil do hospital.

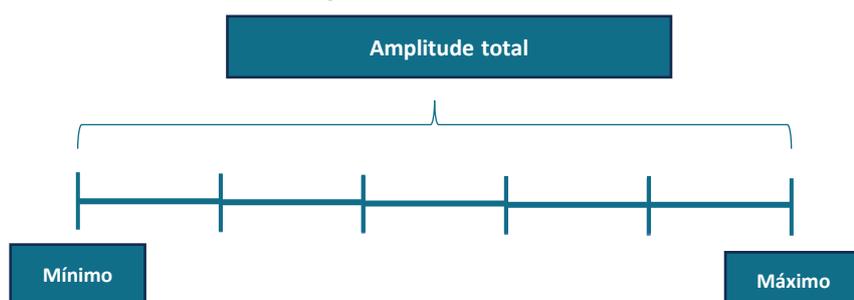
Após a obtenção do P-Hosp, os hospitais serão classificados nas 5 faixas de desempenho, identificadas por cores. Serão, portanto, geradas três listas de classificação ordenadas de forma decrescente por faixa: Faixas 1 e 2 apresentam resultados superiores, as Faixas 3 e 4 são consideradas medianas e a Faixa 5, inferior. Os hospitais de cada faixa serão ordenados por ordem alfabética.

Com base no P-Hosp das instituições, para cada um dos três grupos, são obtidas as pontuações mínimas e máximas, que comporão os limites mínimos e máximos das faixas de desempenho.

A distância (amplitude total) entre o valor mínimo e máximo deve ser então utilizada para determinar a amplitude fixa de cada grupo de hospitais, que gerará os valores de pontos de corte das categorias da classificação global a ser apresentada em faixas e cores. Com o objetivo de obter as 5 faixas de desempenho, a amplitude total das pontuações deve ser dividida por 5 e, com isso, obtém-se a amplitude fixa de cada faixa para cada um dos três grupos de hospitais.

A figura 9, a seguir, apresenta a representação da amplitude total e das amplitudes fixas das 5 faixas de desempenho.

■ FIGURA 9 - REPRESENTAÇÃO DA AMPLITUDE TOTAL E DAS AMPLITUDES FIXAS DAS FAIXAS



Fonte: Projeto Consórcio de Indicadores da Qualidade Hospitalar – PROADI-SUS (2020).

Assim, para obter os valores de pontos de corte que determinam os limites superiores e inferiores de pontuações, em cada uma das faixas de desempenho, é utilizado o seguinte passo a passo:

- I. Determinar a amplitude total entre a maior e a menor pontuação dentre todas as instituições de cada grupo.
- II. Dividir o valor da amplitude por 5 (total de faixas), obtendo-se a amplitude fixa de valores de cada faixa.
- III. Determina-se o limite superior da Faixa 1 utilizando o valor máximo das pontuações.
- IV. Determina-se o limite inferior da Faixa 1 utilizando a diferença entre o valor máximo da pontuação e a diferença entre esse valor máximo e a amplitude fixa.
- V. O valor do limite inferior da Faixa 1 determina o limite superior da Faixa 2, assim como, sucessivamente, para as próximas faixas.
- VI. O valor do limite inferior da Faixa 2 é calculado da mesma maneira como descrito no 2º passo.
- VII. O valor do limite inferior da Faixa 5 (última faixa) é determinado pelo valor mínimo obtido nas pontuações institucionais, incluindo o mesmo, para cada grupo.

Todo o passo a passo descrito para a definição das faixas de desempenho deverá ser realizado para cada um dos três grupos de comparabilidade.

7.1 Classificação por Faixa de Desempenho das instituições hospitalares

A classificação de cada hospital em uma faixa de desempenho é determinada pela pontuação global unificada padronizada (P-Hosp) obtida no processo de cálculo já descrito.

A partir do valor da pontuação obtido pela instituição (P-Hosp), o hospital é então posicionado dentro de uma das 5 Faixas de Desempenho (de acordo com seu grupo) geradas na etapa anterior.

Assim, a faixa de classificação do hospital é determinada pela pontuação global final de cada instituição (P-Hosp).

CAPÍTULO 8

APRESENTAÇÃO DOS HOSPITAIS POR FAIXAS CLASSIFICATÓRIAS DE DESEMPENHO

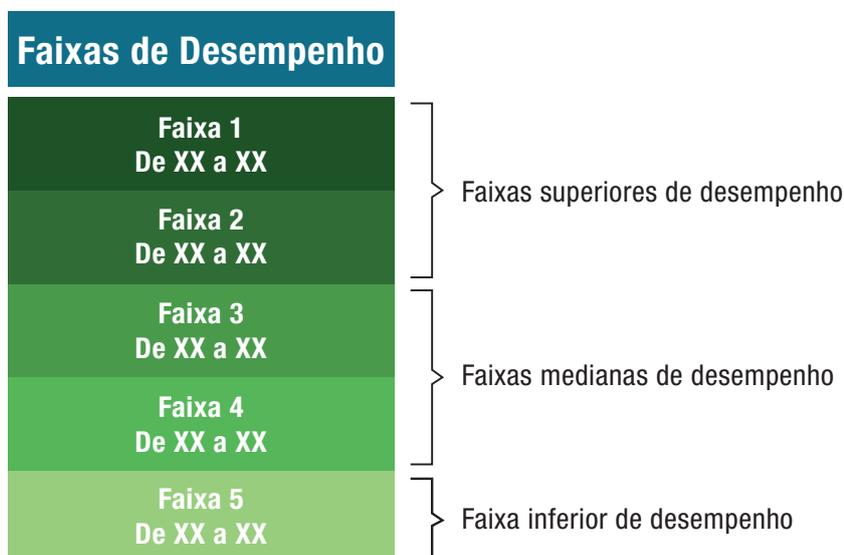
Foram adotadas as Faixas Classificatórias de Desempenho, que são apresentadas por meio de cores e identificadas por números de 1 a 5, comparando o desempenho dos hospitais de acordo com a metodologia de comparabilidade utilizada.

Os hospitais aqui avaliados são acreditados/certificados, contam com fluxos para coleta e processamento de dados de indicadores de qualidade, além de terem enviados seus dados para a ANS de forma transparente e voluntária.

Deste modo, para fins de comparabilidade será utilizado um degradê em diferentes tons de verde.

A classificação de desempenho que permite a comparabilidade entre os hospitais por grupos está descrita nos quadros 16 e 17, a seguir:

■ QUADRO 16: DEMONSTRAÇÃO DO DESEMPENHO DOS HOSPITAIS POR FAIXA



Fonte: Elaboração Própria – ANS (2024).

■ QUADRO 17: FAIXAS DE DESEMPENHO QUE COMPÕEM A CLASSIFICAÇÃO GLOBAL DA QUALIDADE HOSPITALAR POR GRUPO DE COMPARABILIDADE

| GRUPO 1 | GRUPO 2 | GRUPO 3 |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Faixas de Desempenho | Faixas de Desempenho | Faixas de Desempenho |
| Faixa 1 De XX a XX | Faixa 1 De XX a XX | Faixa 1 De XX a XX |
| Faixa 2 De XX a XX | Faixa 2 De XX a XX | Faixa 2 De XX a XX |
| Faixa 3 De XX a XX | Faixa 3 De XX a XX | Faixa 3 De XX a XX |
| Faixa 4 De XX a XX | Faixa 4 De XX a XX | Faixa 4 De XX a XX |
| Faixa 5 De XX a XX | Faixa 5 De XX a XX | Faixa 5 De XX a XX |

Fonte: Elaboração Própria – ANS (2024).

Os tons de verde são meramente ilustrativos, podendo ocorrer pequenas variações no painel.

8.1 Apresentação Final por Faixas

Para o ciclo avaliativo 2023 serão divulgados os resultados dos hospitais agrupados por faixas, conforme apresentado anteriormente. Dentro das faixas os hospitais estarão em ordem alfabética, conforme a figura 10.

■ FIGURA 10 - FAIXAS DE DESEMPENHO DOS HOSPITAIS (PM-QUALISS HOSPITALAR)

| INSTITUIÇÃO | PONTUAÇÃO | FAIXA CLASSIFICATÓRIA |
|-------------|-----------|-----------------------|
| Hospital A | 0,53 | Faixa 1 |
| Hospital B | 0,32 | Faixa 2 |
| Hospital C | 0,29 | Faixa 2 |
| Hospital D | 0,17 | Faixa 3 |
| Hospital E | 0,13 | Faixa 3 |
| Hospital F | 0,10 | Faixa 3 |
| Hospital G | 0,09 | Faixa 3 |
| Hospital H | 0,04 | Faixa 4 |
| Hospital I | -0,05 | Faixa 4 |
| Hospital J | -0,11 | Faixa 5 |
| Hospital K | -0,12 | Faixa 5 |
| Hospital M | -0,16 | Faixa 5 |
| Hospital N | -0,21 | Faixa 5 |
| Hospital O | -0,23 | Faixa 5 |
| Hospital P | -0,26 | Faixa 5 |

Fonte: Elaboração Própria.

Os tons de verde são meramente ilustrativos, podendo ocorrer pequenas variações no painel.

A metodologia descrita deve ser aplicada a cada um dos grupos de comparabilidade de forma separada. A intenção é que cada hospital do grupo seja comparado apenas entre hospitais do mesmo grupo, com perfis mais homogêneos. Essa forma de visualização deve também ser refletida no painel dinâmico de exibição de resultados do PM-QUALISS Hospitalar, que será divulgado no Portal da ANS.

A metodologia de comparabilidade não será aplicada caso o grupo tenha um número reduzido de hospitais. Tal fato se deve ao aspecto de que qualquer tomada de decisão deve se basear em dados que sejam representativos em relação ao total da população sobre qual a decisão será adotada. Por fim cabe ressaltar a importância das boas práticas de amostragem estatística para a garantia da robustez e da representatividade dos resultados em pesquisas e estudos.

8.2 Critérios de desempate de instituições

No caso de ocorrer um empate no P-Hosp entre hospitais do mesmo grupo, para o desempate, serão consideradas as pontuações dos indicadores na seguinte ordem:

- Indicador “10. Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC) em UTI”.
- Indicador “11. Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a um cateter vesical de demora (CVD) em UTI”
- Indicador “13. Densidade de incidência de quedas resultando em lesão em paciente”
- Indicador “3. Taxa de parada cardiorrespiratória em UI”
- Indicador “2. Proporção de reinternação em 30 dias”
- Indicador “5. Tempo médio de internação”.

No caso dos hospitais sem UTI, devem-se considerar apenas os indicadores a seguir na seguinte ordem:

- Indicador “13. Densidade de incidência de quedas resultando em lesão em paciente”
- Indicador “3. Taxa de parada cardiorrespiratória em UI”
- Indicador “2. Proporção de reinternação em 30 dias”
- Indicador “5. Tempo médio de internação”.

CAPÍTULO 9

CONCLUSÃO

A finalidade institucional da ANS é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras de planos de saúde, inclusive quanto às suas relações com prestadores e beneficiários, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Desse modo, qualificar os prestadores hospitalares e empoderar os beneficiários com informações relevantes vem ao encontro de uma das principais competências da ANS.

Ao longo dos anos, a ANS tem induzido, por meio de Projetos e Programas, operadoras e prestadores de serviços de saúde à melhoria da qualidade do cuidado, que representa um esforço conjunto de todos os atores em fazer com que o cuidado se baseie nos pilares da qualidade:

- Seguro: Sem danos desnecessários, reais ou potenciais, associados ao cuidado.
- Efetivo: Serviços baseados em evidências, que gerem benefícios claros.
- Eficiente: Cuidado sem desperdício, mesmo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos e energia.
- Oportuno: Sem tempos de espera e atrasos potencialmente danosos.
- Centrado no paciente: Respeito às necessidades e preferências dos pacientes.
- Equitativo: Cuidado sem variações de qualidade devido às características de uma pessoa.

O Programa tem como mote principal avaliar o desempenho dos hospitais, induzindo a adoção de melhores práticas. Assim, é útil na identificação de possíveis dificuldades ou oportunidade de melhoria, subsidiando a tomada de decisão para o aprimoramento da gestão interna do hospital. Pode ainda gerar subsídios para o planejamento e a execução de ações efetivas para implementação de melhoria pelos gestores hospitalares, podendo melhorar a satisfação dos pacientes.

Para as operadoras, o programa pode gerar informações mais qualificadas para otimizar a estruturação das redes assistenciais e subsídios para a adoção de modelos de remuneração baseados em valor.

O PM-QUALISS Hospitalar disponibiliza, ainda, informações sobre o desempenho global dos prestadores hospitalares, classificados por faixas comparativas de uma maneira de fácil compreensão. Assim, oferece parâmetros e ferramentas para que a sociedade, principalmente os beneficiários, possam realizar suas escolhas mais conscientes, a partir de informações relevantes.

Nesta primeira divulgação, referente ao ciclo avaliativo de 2023, o Programa iniciou com a avaliação de 6 (seis) indicadores dos 13 (treze) constantes no painel geral: 2 (dois) indicadores da dimensão efetividade, 1 (um) da dimensão eficiência e 3 (três) da dimensão segurança. Esta seleção ocorreu por terem sido esses, os 6 (seis) indicadores com maior completude de dados verificados nos ciclos avaliativos de 2022 e 2023 e serão ampliados gradativamente ao longo dos ciclos.

Acrescenta-se que, a ANS avaliou exclusivamente os hospitais gerais, que atuam no setor suplementar e contam com acreditação ou certificação conferidas por Entidades Acreditoras independentes. Esse grupo foi priorizado por já contarem com fluxos estabelecidos para coleta e processamento de dados de indicadores de qualidade, além de terem aderido ao Programa voluntariamente, reportando seus dados para a ANS de forma transparente. Dada as características desse grupo, por se tratar de hospitais diferenciados, já qualificados por possuírem um selo de qualidade, optou-se por classificá-los em um degradê de tons de verde, demonstrando seu compromisso com a qualidade e segurança.

Para o setor suplementar de saúde, o PM-QUALISS promove a transparência e a prestação de contas dos serviços ofertados, fomentando a concorrência setorial entre os próprios hospitais e entre as operadoras, uma vez que cria vantagem competitiva, como resultado de se fazer algo diferente e/ou melhor que seus concorrentes. Desse modo, o Programa permite o ganho reputacional e de credibilidade dos hospitais junto aos beneficiários, às operadoras e à sociedade em geral, permitindo acompanhar a relação entre o valor que se cria, a forma como ele é criado (a cadeia de valor) e o desempenho resultante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 jan. 2000, Seção 1, Edição Extra, p. 5.

BRASIL. **Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011.** Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar. Diário Oficial da União, 25 ago. 2011, Seção 1, p.92-93.

BRASIL. **Resolução Normativa - RN nº 275, de 1º de novembro de 2011.** Dispõe sobre a Instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar -QUALISS. Diário Oficial da União, 3 nov. 2011, Seção 1, p. 81.

BRASIL. **Resolução Normativa - RN nº 405, de 9 de maio de 2016.** Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar- QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa – IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 10 maio 2016, Seção 1, p.92.

BRASIL. **Resolução Normativa - RN nº 510, de 30 de março de 2022.** Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 4 abr. 2022, Seção 1, p. 101.

BRASIL. **Resolução Regimental - RR nº 21, de 26 de janeiro de 2022.** Dispõe sobre o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Diário Oficial da União, 31 jan. 2022, Seção 1, p. 223.

BULL, C.; BYRNES, J.; HETTIARACHCHI, R.; DOWNES, M. A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. **Serviço de Saúde**. Res. 2019; 54 :1023–1035. DOI: 10.1111/1475-6773.13187. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31218671/>.

DONABEDIAN, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. 1980. **(Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. I).**

FITCH, K. et al. **The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual**, 2001. ISBN 0-8330-2918-5. Disponível em: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/appropriateness.html.

SANTANA, M.J.; MANALILI, K.; ZELINSKY, S.; BRIEN, S.; GIBBONS, E.; KING, J.; FRANK, L.; WALLSTROM, S.; FAIRIE, P.; LEEB, K.; QUAN, H.; SAWATZKY, R. Improving the quality of person-centred healthcare from the patient perspective: development of person-centred quality indicators. **BMJ Open**. 2020 Oct 29;10(10): e037323. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-037323. PMID: 33122312; PMCID: PMC7597468. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7597468/>

WITNERS, KATHLEEN, PALMER, ROBERT; LEWIS; SALLY; CAROLAN-REES; Grace. First steps in PROMs and PREMs collection in Wales as part of the prudent and value-based healthcare agenda. **Quality of Life Research**. 30. 1-14. 10.1007/s11136-020-02711-2.2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/346542089_First_steps_in_PROMs_and_PREMs_collection_in_Wales_as_part_of_the_prudent_and_value-based_healthcare_agenda.

APÊNDICE

APÊNDICE I - Glossário

Alta médica: ato médico que determina a finalização da assistência que vinha sendo prestada ao paciente; neste caso, representa a finalização da internação hospitalar.

Anticoagulação plena: tratamento medicamentoso realizado com heparina não fracionada (HNF) ou heparinas de baixo peso molecular (HBPM), usadas para prevenir a formação de trombos sanguíneos. O sangue fora das veias sofre um processo chamado de coagulação, no qual aglomera os elementos figurados (sólidos) para impedir o vazamento do mesmo.

Benchmarking: Método de melhoria da qualidade que busca mensurar desempenho de processos, práticas ou produtos com similares mais eficazes e eficientes, interna ou externamente, com o objetivo de aplicar as melhores práticas para alcançar melhorias significativas.

Cateter venoso central (CVC): é um sistema intravascular indispensável na prática diária da medicina moderna e é utilizado para fluidoterapia, administração de fármacos, produtos sanguíneos, alimentação parentérica, monitorização hemodinâmica, entre outros (Silva, 2009). Considerar também cateteres centrais de inserção periférica (PICC) como CVC.

Cateter venoso central-dia (CVC-dia): número de pacientes com uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres. Quando o paciente tiver mais que um cateter central, estes deverão ser contados apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. Considerando um paciente internado por 10 dias com CVC, o mesmo deverá ser contabilizado diariamente. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVC-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia.

Cateter vesical de demora (CVD): cateter utilizado para drenagem de diurese do paciente, sendo considerado um dispositivo que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente.

Cateter vesical de demora-dia (CVD-dia): número de pacientes com uso de CVD por dia. Considerando um paciente internado por 10 dias com CVD, o mesmo deverá ser contabilizado diariamente. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVD-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia.

Cirurgia limpa: são aquelas normalmente realizadas de forma eletiva, na ausência de processo infeccioso local, em tecidos estéreis ou de fácil descontaminação. Exemplos: pele, coração e vasos, baço, fígado, pâncreas, ossos, articulações, etc.

Classificação de risco: é uma ferramenta utilizada nos serviços de urgência e emergência, voltada para avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Cuidados paliativos: são os cuidados de saúde ativos e integrais prestados aos indivíduos com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade da vida.

Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico.

Desistência do tratamento: caracterizada por saída do paciente sem autorização médica, porém com comunicação à unidade de internação por parte do paciente ou do responsável legal, indicando desejo de finalizar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada.

Entrada do paciente: considerar o primeiro registro que a instituição possui da chegada do paciente, seja ele no cadastro ou na triagem. Preferencialmente, utilizar o tempo da retirada da senha.

Evasão: saída do paciente da instituição sem autorização médica ou comunicação de saída.

Evento sentinela: é uma ocorrência inesperada envolvendo a morte ou perda grave e permanente de função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente.

Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC): ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento), ou até 90 dias, se houver colocação de implantes; envolve tecidos superficiais (ex.: pele e tecido subcutâneo) e/ou profundos à incisão (ex.: fáschia e/ou músculos).

Níveis de lesão: escala que determina os níveis (5) de lesão que pode sofrer o paciente, caso ocorra queda com danos.

Óbito: refere-se ao processo irreversível de cessamento das atividades biológicas.

Ordem de não reanimação: pacientes com registro em prontuário de que, caso apresentem PCR, não serão submetidos a reanimação cardiopulmonar.

Pacientes-dia: é a medida da assistência prestada a um paciente internado durante o período de um dia hospitalar, ou seja, é o volume de pacientes que estão pernitando no hospital em cada dia, independentemente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia.

Parada Cardiorrespiratória (PCR): é a interrupção da circulação sanguínea decorrente da suspensão súbita e inesperada dos batimentos cardíacos.

Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do concepto do útero materno durante o trabalho de parto.

Parto vaginal: é o procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal, incluindo parto instrumentalizado (ex.: uso de fórceps).

Procedimentos cirúrgicos contaminados (considerados não limpos): são todos os procedimentos cirúrgicos categorizados com potencial de contaminação, ou seja, com probabilidade aumentada de ocorrência de infecção de sítio cirúrgico.

Procedimentos cirúrgicos ortopédicos: considerar nesta categoria todos os procedimentos relacionados aos grupos TUSS “Sistema músculo-esquelético e articulações.”

Queda: deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

Reinternação hospitalar: nova internação do mesmo paciente na mesma instituição em um período de 30 dias após a sua saída.

Risco trombótico: pacientes com risco aumentado para o desenvolvimento de trombos.

Risco trombótico não baixo: em geral, as condições genéricas que configuram risco aumentado de Trombose Venosa Profunda (TVP).

Saídas: considera-se saída da instituição aquela que se dá por alta (cura, melhora, estado inalterado, evasão, desistência do tratamento, transferência externa) ou por óbito.

Término do atendimento: considerar alta, internação ou óbito, com o fechamento do boletim de emergência.

Transferência externa: caracterizada quando o paciente modifica seu local de internação de um hospital para outro.

Trombopprofilaxia adequada: considerar estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

Unidade de Internação (UI): é o local que dispõe de um conjunto de elementos destinado a acomodar o paciente internado e que engloba facilidades adequadas à prestação de cuidados necessários para um bom atendimento.

APÊNDICE II – Fichas técnicas dos indicadores do Painel Geral

| NOME DO INDICADOR | 1. PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS DOMÍNIO: EFETIVIDADE |
|----------------------|--|
| Conceito | Avaliação da proporção de partos vaginais em relação ao número total de partos realizados. |
| População-alvo | Pacientes que realizaram parto na instituição. |
| Fórmula de cálculo | $(\text{total de partos vaginais}) / (\text{total de partos (vaginal+cesáreo)}) \times 100$ |
| Numerador | <p>Total de partos vaginais realizados na instituição em um determinado período de tempo.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascidos vivos de parto vaginal. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascimentos que ocorreram fora do hospital; • Abortos. |
| Denominador | <p>Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados na instituição em um determinado período de tempo.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os partos, cesáreos e normais, dos nascidos vivos na instituição. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascimentos que ocorreram fora do hospital; • Abortos. |
| Definição dos termos | <p>Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal, incluindo parto instrumentalizado (ex.: uso de fórceps).</p> <p>Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno durante o trabalho de parto.</p> |
| Interpretação | O resultado do indicador reflete o percentual de partos normais realizados na instituição no período de interesse. Percentuais maiores de parto normal são desejáveis, pois há menores taxas de complicações relacionadas. |
| Unidade de medida | % |
| Referência de meta | ≥ 55% de partos vaginais. |
| Fonte de dados | Registros da maternidade. |
| Frequência | Mensal. |
| Observações | Não aplicável. |

| NOME DO INDICADOR | 1. PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS DOMÍNIO: EFETIVIDADE |
|---------------------|--|
| Dados Estatísticos | <p>Taxas de cesáreas entre 10% e 15% são consideradas ideais pela comunidade médica internacional (OMS, 2016). As cesáreas tornaram-se cada vez mais frequentes pela afirmação de que reduziriam a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Essa afirmativa torna-se verdade quando realizada via prescrição médica na qual existe uma situação real onde é fundamental para a preservação da saúde materna e/ou fetal (Hannah, 2000; Ye, 2014; Vogel, 2015).</p> <p>Os países que integram a Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) apresentam uma variação nas taxas de cesarianas: no ano de 2013, países como Holanda (15,5%), Noruega (16,4%), Finlândia (15,8%), Islândia (15,1%) e Israel (15,4%) apresentaram taxas baixas, enquanto na Turquia (50,3%), Itália (36,1%) e México (45,1%) são encontradas taxas consideradas altas. As taxas brasileiras também são muito mais altas que as médias observadas em países como Portugal (35%), Hungria (35,2%) e Austrália (32%), que são consideradas taxas intermediárias (OECD, 2015).</p> <p>Mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos têm esses riscos aumentados (Villar, 2007; Lumbiganon, 2010; Souza, 2010). Fatores como: mulheres com maior escolaridade e faixa etária, primíparas, pré-natal realizado em serviços de saúde privado, predominantemente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste, são determinantes, apresentando taxas mais elevadas de parto por cesárea do que a taxa recomendada pela OMS (Domingues e Dias, 2014).</p> <p>Em 2018, 82,49% dos partos foram realizados por cesárea, de acordo com dados obtidos no Observatório 2019, na publicação anual da Associação Nacional de Hospitais Privados de 2019. Já no Sistema Único de Saúde (SUS), entre os 2,7 milhões de partos, esse valor cai para cerca de 42% de partos por cesárea.</p> |
| Limitações e vieses | <p>Alguns fatores podem influenciar os dados deste indicador, são eles: modelo de assistência obstétrica adotado, condições socioeconômicas e da saúde da gestante, disponibilidade de recursos especializados (tecnologia e serviços) e partos gemelares, que resultam em contagem cumulativa de nascidos vivos.</p> |

| NOME DO INDICADOR | 1. PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS DOMÍNIO: EFETIVIDADE | |
|--------------------------------------|---|---|
| Operacionalização da coleta de dados | a) Total de partos vaginais | |
| | Definição | Somatório de partos vaginais que ocorreram no hospital durante o período de interesse. Considerar apenas nascidos vivos. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar nascimentos que ocorreram fora das dependências físicas do hospital. |
| | Observações | Parto vaginal: é o procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal, incluindo parto instrumentalizado (ex.: uso de fórceps). Caso o hospital não possua maternidade, reportar como “NC” (não consta). |
| | Códigos TUSS | 31309127: parto vaginal. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | b) Total de partos (vaginais e cesáreos) realizados na instituição | |
| | Definição | Somatório de partos vaginais e de partos cesáreos que ocorreram no hospital durante o período de interesse. Considerar apenas nascidos vivos. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar nascimentos que ocorreram fora das dependências físicas do hospital. |
| | Observações | Caso o hospital não possua maternidade, reportar como “NC” (não consta). |
| | Códigos TUSS | 31309127: parto vaginal. 31309054: cesariana. 31309208: cesariana com histerectomia. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 1. PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS DOMÍNIO: EFETIVIDADE |
|-------------------|--|
| Referências | <p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde. Acesso em: 20/12/2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude. Acesso em: 20 Dez. 2018.</p> <p>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Brasil). Observatório 2019. Edição 11. 2019. Disponível em: https://www.anahp.com.br/wp-content/uploads/2022/12/OBS2019-WEB-v4.pdf</p> <p>DOMINGUES, Dias et al. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup.: S101-S116, 2014.</p> <p>HANNAH M. E. et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicenter trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 356 (9239), 2000.</p> <p>LUMBIGANON, P. et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007- 08. Lancet. 375, 2010.</p> <p>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;-jsessionid=25A086A9351EC00066305392A7848697?sequence=3. Acesso em: 20 dez. 2018.</p> <p>ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Frequently Requested Data. Health Statistics. 2015 -. Disponível em: http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Acesso em: 15 jan. 2019.</p> <p>SOUZA, J. P. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC medicine. 8 (71), 2010.</p> <p>VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ. 335(7628), 2007.</p> <p>VOGEL, J. P. et al. On behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Global Health. 3(5), 2015.</p> <p>YE, J. et al. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. Birth. 41(3), 2014.</p> |

| NOME DO INDICADOR | 2. PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR DOMÍNIO: EFETIVIDADE |
|----------------------|--|
| Conceito | Mensuração da proporção de reinternações não programada de pacientes em um período menor ou igual a 30 dias após a saída hospitalar em relação ao total de pacientes internados no mesmo período. |
| População-alvo | Pacientes que internaram na instituição. |
| Fórmula de cálculo | <p>(total de internações não programadas que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas que constam no denominador) / (total de saídas no mês anterior ao mês de competência) x 100</p> <p>Estratificar os dados da fórmula em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saídas de internações clínicas; • Saídas de internações cirúrgicas. <p>As fórmulas estratificadas se encontram na tabela 2.</p> |
| Numerador | <p>Total de internações não programadas que ocorreram em até 30 dias (≤ 30 dias) de pacientes que tiveram saídas que constam no denominador (saídas no mês anterior ao mês de competência).</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que tiveram uma saída (internação prévia) no mês anterior ao mês de competência e que reinternaram (internação não programada) dentro do período igual ou inferior a 30 dias (≤ 30 dias). • Todas as reinternações não programadas devem ser incluídas, mesmo aquelas sem nexo causal com o internamento anterior. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos. |
| Denominador | <p>Total de saídas de internação no mês anterior ao mês de competência.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas as saídas da instituição. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saída devido a óbito; • Pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos. |
| Definição dos termos | <p>Reinternação hospitalar: nova internação não programada do mesmo paciente na mesma instituição em um período de 30 dias após a sua saída.</p> <p>Saídas: consideram-se saídas da instituição aquelas que se dão por alta (cura, melhora, estado inalterado, evasão, desistência do tratamento, transferência externa) ou por óbito.</p> <p>Alta médica: ato médico que determina finalização da assistência que vinha sendo prestada ao paciente, neste caso, representa a finalização da internação hospitalar.</p> <p>Evasão: saída do paciente da instituição sem autorização médica ou comunicação de saída.</p> <p>Desistência do tratamento: caracterizada por saída do paciente sem autorização médica, porém com comunicação à unidade de internação por parte do paciente ou do responsável legal, indicando desejo de finalizar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada.</p> <p>Transferência externa: caracterizada quando o paciente modifica seu local de internação de um hospital para outro.</p> <p>Óbito: refere-se ao processo irreversível de cessamento das atividades biológicas.</p> |

| NOME DO INDICADOR | 2. PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR DOMÍNIO: EFETIVIDADE |
|---------------------|---|
| Interpretação | Refere-se ao número de pacientes que tiveram uma reinternação não programada na instituição em relação ao total de saídas do mês anterior ao mês de competência. Por exemplo: na competência de janeiro houve 1.000 saídas de internações. Destas, 50 apresentaram reinternações não programadas em até 30 dias após a alta. Desta forma, a competência de fevereiro será $(50/1.000) \times 100$, ou seja, 5 reinternações não programadas a cada 100 internações do mês de janeiro. Altas proporções de reinternações podem ser reflexo das ações não resolutivas dos atendimentos aos pacientes. |
| Unidade de medida | %. |
| Referência de meta | $\leq 20\%$. |
| Fonte de dados | Serviço de arquivo médico e estatística do hospital, prontuário dos pacientes. |
| Frequência | Mensal. |
| Observações | Para a estratificação das reinternações em pacientes clínicos e cirúrgicos, considerar a classificação do paciente no momento da saída da sua primeira internação, de acordo com os critérios da instituição. |
| Dados Estatísticos | <p>A classificação das reinternações se dá entre planejadas e eventuais. As reinternações planejadas são para dar prosseguimentos terapêuticos e/ou avaliações diagnósticas, enquanto as eventuais podem ser agrupadas em evitáveis e não evitáveis. Retornos evitáveis podem ser considerados aqueles com menores tempos entre a primeira internação e a reinternação (Kossovsky e col., 1999). No trabalho apresentado por Dias (2015), a média de reinternação foi de 14,2% no período de 7 dias. Os dados apresentados na literatura para a reinternação de até 30 dias ficam entre 10,5 e 17,4% para grupos específicos cirúrgicos (Tsai, 2003).</p> <p>Em dados apresentados por hospitais de Toronto, esse valor foi de 12,6% (Gruneir, 2001), 16,7% em hospitais públicos de Hong Kong (Wong, 2011) e entre os beneficiários do Medicare, nos Estados Unidos, esse valor foi de 19,6% (Jencks, 2009).</p> <p>Acredita-se que a redução na taxa de reinternação é uma oportunidade de aumentar a atenção à saúde e ao mesmo tempo reduzir custos. Muitos esforços estão voltados para a resolução de problemas visando a diminuição desta taxa, porém, muitos fatores que levam a essa reinternação encontram-se fora do alcance dos hospitais. Altas reinternações podem estar associadas a baixa mortalidade ou um bom acesso ao hospital (Joynt, 2012).</p> |
| Limitações e vieses | <p>Para a análise deste indicador, devem-se levar em consideração alguns pontos importantes, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenção na condição que o levou a reinternação, verificar se há relação com a internação anterior (nexo causal); • A complexidade do hospital, pois hospitais com alta complexidade podem apresentar valores mais elevados por atenderem pacientes com patologias de maior complexidade; • Condições socioeconômicas dos pacientes atendidos pela instituição, pois há fatores que se encontram fora do controle do hospital; • Presença de rede assistencial de retaguarda. |

NOME DO INDICADOR

2. PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR
DOMÍNIO: EFETIVIDADE

Operacionalização da coleta de dados

Pacientes clínicos

a) Total de internações não programadas que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas clínicas que constam no denominador

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório das internações não programadas de pacientes que tiveram uma saída clínica (internação prévia) no mês anterior ao mês de competência e que reinternaram dentro de ≤ 30 dias. |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos. |
| Observações | Para a estratificação das reinternações em paciente clínico e cirúrgico, considerar a classificação do paciente no momento da saída da sua primeira internação. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

b) Total de saídas clínicas no mês anterior ao mês de competência

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório das saídas de pacientes clínicos da instituição no mês anterior ao mês de competência. |
| Critérios de exclusão | Não considerar saídas de pacientes que foram a óbito, pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos. |
| Observações | Para a estratificação das reinternações em paciente clínico e cirúrgico, considerar a classificação do paciente no momento da saída da sua primeira internação. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

NOME DO INDICADOR

**2. PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR
DOMÍNIO: EFETIVIDADE**

Pacientes cirúrgicos

a) Total de internações não programadas que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas cirúrgicas que constam no denominador

Operacionalização da coleta de dados

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório das internações não programadas de pacientes que tiveram uma saída cirúrgica (internação prévia) no mês anterior ao mês de competência e que reinternaram dentro de ≤ 30 dias. |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos. |
| Observações | Para a estratificação das reinternações em paciente clínico e cirúrgico, considerar a classificação do paciente no momento da saída da sua primeira internação. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

Total de saídas cirúrgicas no mês anterior ao mês de competência

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório das saídas de pacientes cirúrgicos da instituição no mês anterior ao mês de competência. |
| Critérios de exclusão | Não considerar saídas de pacientes que foram a óbito, pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos. |
| Observações | Para a estratificação das reinternações em paciente clínico e cirúrgico, considerar a classificação do paciente no momento da saída da sua primeira internação. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 2. PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR DOMÍNIO: EFETIVIDADE |
|-------------------|--|
| Referências | <p>Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Proporção de Readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar. 2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_prestador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/indicador_proporcao_de_readmissao_ate_30_dias_da_ultima_alta_hospitalar.pdf. Acesso em: 28 maio 2019.</p> <p>BAILEY, Molly K. et al. Characteristics of 30-Day All-Cause Hospital Readmissions, 2010-2016. 2019. Disponível em: https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb248Hospital-Readmissions-2010-2016.jsp Acesso em: 25 nov. 2019.</p> <p>DIAS, Bruna Moreno. Readmissão hospitalar como indicador de qualidade. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: doi:10.11606/D.22.2016.tde-22122015-101155. Acesso em: 7 jan. 2019.</p> <p>GRUNEIR, A. et al. Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmissions using a validated predictive algorithm. Open medicine: a peer-reviewed, independent, Open-access journal. 5 (2), 2001.</p> <p>JENCKS, S.F. et al. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. The New England, Journal of Medicine. 360 (14), 2009.</p> <p>JOYNT, K.E.; JHA, A.K. Thirty-Day Readmissions — Truth and Consequences. The New England, Journal of Medicine. 366 (15), 2012.</p> <p>KOSSOVSKY, M. P. et al. Comparison between planned and unplanned readmissions to a Department of Internal Medicine. Journal of Clinical Epidemiology. 52 (2), 1999.</p> <p>TSAI, T.C. et al. Variation in surgical-readmission rates and quality of hospital care. The New England, Journal of Medicine, 369 (12), 2013.</p> <p>WONG, ELY. et al. Unplanned readmission rates, length of hospital stay, mortality, and medical cost of ten common medical conditions: a retrospective analysis of Hong Kong hospital data. BMC healthy services research. 11 (149), 2011.</p> |

Tabela 2. Fórmulas dos cálculos que deverão ser considerados para as estratificações do indicador de reinternações.

| | |
|------------------------|---|
| Reinternação clínica | $(\text{total de internações que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas clínicas que constam no denominador}) / (\text{total de saídas clínicas no mês anterior ao mês de competência}) \times 100$ |
| Reinternação cirúrgica | $(\text{total de internações que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas cirúrgicas que constam no denominador}) / (\text{total de saídas cirúrgicas no mês anterior ao mês de competência}) \times 100$ |

| NOME DO INDICADOR | 3. TAXA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO DOMÍNIO: EFETIVIDADE |
|----------------------|--|
| Conceito | Mensuração da taxa de paradas cardiorrespiratórias (PCR) que ocorreram em pacientes da unidade de internação (UI). |
| População-alvo | Pacientes internados na instituição. |
| Fórmula de cálculo | $(\text{total de PCRs na UI}) / (\text{total de pacientes-dia na UI}) \times 1.000$ |
| Numerador | <p>Total de paradas cardiorrespiratórias em pacientes internados na UI no período de interesse.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casos que tiveram parada cardiorrespiratória durante a permanência na unidade de internação; • Considerar somente casos confirmados. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes internados na emergência, unidades de terapia intensiva e bloco cirúrgico; • Pacientes com ordem de não reanimação. |
| Denominador | <p>Somatório de pacientes-dia na unidade de internação da instituição no período de interesse.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes-dia internados na unidade de internação. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes internados na emergência, unidades de terapia intensiva e bloco cirúrgico; • Pacientes com ordem de não reanimação. |
| Definição dos termos | <p>Parada Cardiorrespiratória (PCR): é a interrupção da circulação sanguínea decorrente da suspensão súbita e inesperada dos batimentos cardíacos.</p> <p>Unidade de Internação (UI): é o local que dispõe de um conjunto de elementos destinado a acomodar o paciente internado e que engloba facilidades adequadas a prestação de cuidados necessários para um bom atendimento.</p> <p>Pacientes-dia: é a medida da assistência prestada a um paciente internado durante o período de um dia hospitalar, ou seja, é o volume de pacientes que estão pernando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia.</p> <p>Ordem de não reanimação: pacientes com registro em prontuário de que, caso apresentem PCR, não serão submetidos a reanimação cardiopulmonar.</p> |
| Interpretação | Este indicador se refere ao número de casos de parada cardiorrespiratória a cada 1.000 pacientes-dia hospitalizados na unidade de internação. Quanto menor a taxa, melhor. |
| Unidade de medida | Número total para cada 1.000 pacientes-dia. |
| Referência de meta | Zero. |
| Fonte de dados | Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes. |
| Frequência | Mensal. |
| Observações | Não aplicável. |

| NOME DO INDICADOR | 3. TAXA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO DOMÍNIO: EFETIVIDADE |
|---------------------|---|
| Dados Estatísticos | <p>Entre os eventos graves, podemos mencionar a Parada Cardiorrespiratória (PCR) no ambiente hospitalar, sendo as doenças cardiovasculares as principais responsáveis por este acontecimento (Pinheiro, 2018). As principais causas de PCR são isquemia miocárdica, choque circulatório, choque séptico, trauma, doença cardiovascular entre outras patologias (Guimarães, 2009).</p> <p>A PCR é a interrupção das atividades circulatórias e respiratórias; neste evento também se verificam apneia, ausência de pulso central e inconsciência (Guimarães, 2009). Uma equipe treinada ao realizar manobras de Reanimação Cardiopulmonar de forma rápida, eficaz, segura e de alta qualidade pode dobrar e até triplicar as taxas de sobrevivência de pacientes após uma PCR (Dalri, 2008). O tempo de atendimento para PCR é uma variável de extrema importância; dados de estudos relatam que cada minuto em PCR, sem intervenção, diminui em 10% a probabilidade de sobrevivência do paciente (Freitas e Fatima, 2009).</p> <p>Uma das oportunidades para a melhoria da qualidade do atendimento está na prevenção da PCR intra-hospitalar, pois são eventos previsíveis e evitáveis (Soares, 2014). Ainda não é claro o grau em que a PCR é evitável, sinais clínicos de deterioração estão presentes pelo menos oito horas antes da maioria dos episódios de PCR intra-hospitalar (Beitler, 2011).</p> <p>Como medidas adotadas para melhoria da qualidade do atendimento a PCR no ambiente hospitalar incluem o uso de códigos de simulação de rotina, a discussão dos casos pós-reanimação, a realização de atendimento precoce por profissional não médico e a melhoria da qualidade dos registros (Girotra, 2012).</p> <p>A coleta de dados relacionados à sobrevivência a PCR intra-hospitalar permite avaliar o desempenho de profissionais e se as técnicas utilizadas têm sido eficazes (King, 2006). Há na literatura poucas informações sobre a incidência de PCR intra hospitalar. Os poucos dados disponíveis variam entre um e cinco eventos por 1.000 internações, ou 0,175 evento/leito. Já os dados de sobrevivência variam de 0% a 42% sendo mais comumente encontrados valores dentre 15% e 20%. As menores taxas de sobrevivência estão associadas a prognóstico de sepse, câncer e insuficiência renal (Sandroni, 2007). Países como a Espanha consideram os resultados de tratamentos a PCR como um indicador de qualidade, mas a maioria dos dados são relacionados com PCR extra-hospitalar e com resultados de incidência e sobrevivências extremamente variáveis.</p> <p>O trabalho de Nacer e Barbieri (2015), numa revisão de 10 artigos com objetivo de identificar evidências disponíveis na literatura sobre a sobrevivência de PCR intra-hospitalar, demonstrou a grande variação nas taxas de sobrevivências entre as instituições, dessa forma reforçando a necessidade de mais pesquisa para identificar quais são os interferentes. A incapacidade e a deficiência neurológica, que podem ser resultados de uma PCR, incentivam a ampliação de conhecimento com o objetivo de permitir a melhoria da qualidade de vida do paciente acometido.</p> |
| Limitações e vieses | <p>O dado que reflete o momento exato da PCR pode ser de difícil obtenção, pois os registros podem não conter esta informação. Instituições hospitalares com um time de resposta rápida para PCR ou um grupo de especialistas tendem a apresentar melhores resultados nesse indicador.</p> |

NOME DO INDICADOR**3. TAXA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO
DOMÍNIO: EFETIVIDADE**

Operacionalização da coleta de dados

a) Total de paradas cardiorrespiratórias (PCR) na unidade de internação (UI)

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório das paradas cardiorrespiratórias que ocorreram em pacientes internados na UI no período de interesse. Considerar somente casos confirmados. |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes internados na emergência, unidades de terapia intensiva, bloco cirúrgico e pacientes que possuem ordem de não reanimação. |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

b) Total de pacientes-dia na unidade de internação no período

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório do censo diário de pacientes que estavam hospitalizados na unidade de internação do hospital no período de interesse. Pacientes-dia é o volume de pacientes que estão pernoitando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia. |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes internados na emergência, unidades de terapia intensiva, bloco cirúrgico e pacientes que possuem ordem de não reanimação. |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 3. TAXA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO DOMÍNIO: EFETIVIDADE |
|-------------------|---|
| Referências | <p>BEITLER, J.R. et al. Reduction in hospital-wide mortality after implementation of a rapid response team: a long-term cohort study. Critical Care. 2011.</p> <p>DALRI, M.C.B. et al. Novas diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2008.</p> <p>FREITAS, L.M.; Fatima, L.A. Parada cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. 30(2), 2009.</p> <p>GIROTRA, S. et al. Trends in Survival After In-Hospital Cardiac Arrest. The New England Journal of Medicine. 367 (20): 2012.</p> <p>GUIMARÃES, H.P. et al. A história da ressuscitação cardiopulmonar no Brasil. Revista Brasileira de Clínica Médica. São Paulo, 2009.</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Cuidados Paliativos. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidadospaliativos. Acesso em: 7 out. 2019.</p> <p>KING, B.P. et al. Inconsistencies in cardiac arrest reporting. Resuscitation, 68, 2006.</p> <p>NACER, D.T.; BARBIERI, A.R. Sobrevivência a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar: revisão integrativa da literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem. 17 (3): 2015.</p> <p>PINHEIRO, D.B.S. et al. Parada cardiorrespiratória: vigilância, prevenção e cuidados após PCR. J. Revista de Pesquisa (Online): cuidado é fundamental. 10(2): 2018.</p> <p>SANDRONI, C. et al. In hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. Intensive Care Medicine, 33 (2): 2007.</p> <p>SOARES, L.S. Parada cardiorrespiratória no pronto socorro: comorbidades e desfecho. 2014. Trabalho de conclusão de curso. (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, 2014.</p> |

| NOME DO INDICADOR | 4. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DOMÍNIO: EFETIVIDADE |
|--------------------|---|
| Conceito | A taxa de mortalidade institucional (TMI) mede os óbitos que ocorreram no hospital após as primeiras 24 horas de internação sobre o total de saídas em um determinado período de tempo |
| População-alvo | Todos os pacientes admitidos no hospital. |
| Fórmula de cálculo | <p>(total de óbitos de pacientes internados) / (total de saídas) x 100</p> <p>Estratificar os dados da fórmula em:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neonatal precoce em saídas clínicas e cirúrgicas; - Neonatal tardio em saídas clínicas e cirúrgicas; - Pediátrico em saídas clínicas e cirúrgicas; - Adulto em saídas clínicas e cirúrgicas; - Idosos em saídas clínicas e cirúrgicas. <p>As fórmulas estratificadas se encontram na tabela 3.</p> |

| NOME DO INDICADOR | 4. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DOMÍNIO: EFETIVIDADE |
|----------------------|---|
| Numerador | <p>Total dos óbitos que ocorreram após pelo menos 24 horas da entrada do paciente na instituição no período de interesse.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes na instituição há mais de 24 horas. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável. |
| Denominador | <p>Total de saídas hospitalares no período de interesse.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável. |
| Definição dos termos | <p>Óbito: refere-se ao processo irreversível de cessamento das atividades biológicas.</p> <p>Saídas: consideram-se saídas da instituição aquelas que se dão por alta (cura, melhora, estado inalterado, evasão, desistência do tratamento, transferência externa) ou por óbito.</p> <p>Alta médica: ato médico que determina finalização da assistência que vinha sendo prestada ao paciente, neste caso, representa a finalização da internação hospitalar.</p> <p>Evasão: saída do paciente da instituição sem autorização médica ou comunicação de saída.</p> <p>Desistência do tratamento: caracterizada por saída do paciente sem autorização médica, porém com comunicação à unidade de internação por parte do paciente ou do responsável legal, indicando desejo de finalizar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada.</p> <p>Transferência externa: caracterizada quando o paciente modifica seu local de internação de um hospital para outro.</p> |
| Interpretação | <p>O resultado do indicador reflete o percentual de óbitos institucionais no período de interesse. Quanto menor a taxa de mortalidade, melhor.</p> |
| Unidade de medida | <p>%.</p> |
| Referência de meta | <p>< 3%.</p> |
| Fonte de dados | <p>Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, resumo de alta, óbito ou transferência.</p> |
| Frequência | <p>Mensal.</p> |
| Observações | <ul style="list-style-type: none"> • Para o cálculo da mortalidade neonatal precoce não deverá ser considerado o critério de mais de 24 horas de internação; • Para a estratificação em pacientes clínicos e cirúrgicos, considerar a classificação do paciente no momento da saída da internação. |

| NOME DO INDICADOR | 4. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DOMÍNIO: EFETIVIDADE |
|---------------------|--|
| Dados Estatísticos | <p>Segundo um levantamento recente da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), a taxa de mortalidade institucional média em 2018 foi de 1,98% e em 2017 de 2,12% (considerando apenas pacientes com mais de 24 horas de tempo de admissão hospitalar). A região Sudeste foi a que apresentou menor taxa de mortalidade institucional, com 1,64%, seguida da região Sul com 2,33%, das regiões Centro-Oeste e Norte, com 2,4% e da região Nordeste com 2,53%. Ao comparar-se as estimativas de 2018 e 2017 com as dos anos anteriores, é possível verificar que não houve alterações significativas em relação a 2014 (2,10%), 2015 (2,02%) e 2016 (2,05%) (Observatório Anahp, 2019 e 2018).</p> <p>As taxas de mortalidade em hospitais públicos ou mistos foram mais elevadas. Segundo estimativas do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH), a taxa média de mortalidade hospitalar em 2017 foi de 4,3%. Ao contrário das estimativas dos hospitais privados, a região Sudeste foi a que apresentou a maior taxa, com 5,1%, seguida da região Sul com 4,3%, Nordeste com 3,8%, Centro-Oeste com 3,5% e Norte com 2,7%. No entanto, é necessário atentar para o cálculo do indicador do sistema do SUS, o qual não desconsidera óbitos ocorridos antes de 24 horas de internação, o que pode superestimar o indicador (Datusus, 2018).</p> |
| Limitações e vieses | <p>Mortalidade é um indicador suscetível a certas características individuais, como idade do paciente e condição clínica. Além disso, a medida de mortalidade institucional não necessariamente reflete problemas na qualidade da assistência hospitalar, pois ela depende da complexidade dos serviços disponibilizados pela instituição e da complexidade dos pacientes atendidos. Instituições de saúde que oferecem serviços de cuidados paliativos podem apresentar maiores taxas de mortalidade, o que não significa que possuem qualidade inferior na prestação da assistência.</p> |

| NOME DO INDICADOR | 4. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DOMÍNIO: EFETIVIDADE | |
|--------------------------------------|---|---|
| Operacionalização da coleta de dados | 4.1. Pacientes clínicos no período neonatal precoce | |
| | a) Total de óbitos em pacientes no período neonatal precoce com internação clínica no período de interesse | |
| | Definição | Somatório dos pacientes no período neonatal precoce (≤ 7 dias de vida) que foram a óbito na instituição no período de interesse e que possuíam internação clínica. |
| | Critérios de exclusão | Não se aplica. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | b) Total de saídas de pacientes no período neonatal precoce com internações clínicas no período de interesse | |
| | Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes no período neonatal precoce (≤ 7 dias de vida) com internação clínica no período de interesse. Considerar saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | 4.2. Pacientes clínicos no período neonatal tardio | |
| | c) Total de óbitos em pacientes no período neonatal tardio que ocorreram após 24h de internação clínica | |
| | Definição | Somatório dos pacientes no período neonatal tardio (> 7 dias e ≤ 28 dias) que foram a óbito após as primeiras 24 horas de internação clínica no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não se aplica. |
| | Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. | |
| Formato do dado | Números inteiros. | |

| NOME DO INDICADOR | 4. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DOMÍNIO: EFETIVIDADE | |
|--------------------------------------|--|--|
| Operacionalização da coleta de dados | d) Total de saídas de pacientes no período neonatal tardio com internações clínicas no período de interesse | |
| | Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes no período neonatal tardio (> 7 dias e ≤ 28 dias) com internação clínica no período de interesse. Considerar saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | 4.3. Pacientes pediátricos clínicos | |
| | e) Total de óbitos em pacientes pediátricos que ocorreram após 24h de internação clínica | |
| | Definição | Somatório dos pacientes pediátricos (≥ 29 dias e < 15 anos) que foram a óbito após as primeiras 24 horas de internação clínica no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não se aplica. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | f) Total de saídas de pacientes pediátricos com internações clínicas no período de interesse | |
| | Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes pediátricos (≥ 29 dias e < 15 anos) com internação clínica no período de interesse. Considerar saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. | |

| NOME DO INDICADOR | 4. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DOMÍNIO: EFETIVIDADE | |
|---|---|--|
| Operaciona- lização da coleta de dados | 4.4. Pacientes adultos clínicos | |
| | g) Total de óbitos em pacientes adultos que ocorreram após 24h de internação clínica | |
| | Definição | Somatório dos pacientes adultos (≥ 15 anos e < 60 anos) que foram a óbito após as primeiras 24 horas de internação clínica no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não se aplica. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | h) Total de saídas de pacientes adultos com internações clínicas no período de interesse | |
| | Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes adultos (≥ 15 anos e < 60 anos) com internação clínica no período de interesse. Considerar saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | 4.5. Pacientes idosos clínicos | |
| | i) Total de óbitos em pacientes idosos que ocorreram após 24h de internação clínica | |
| | Definição | Somatório dos pacientes idosos (≥ 60 anos) que foram a óbito após as primeiras 24 horas de internação clínica no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não se aplica. |
| | Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. | |
| Formato do dado | Números inteiros. | |

| NOME DO INDICADOR | 4. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DOMÍNIO: EFETIVIDADE | |
|--------------------------------------|---|---|
| Operacionalização da coleta de dados | j) Total de saídas de pacientes idosos com internações clínicas no período de interesse | |
| | Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes idosos (≥ 60 anos) com internação clínica no período de interesse. Considerar saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | 4.6. Pacientes cirúrgicos no período neonatal precoce | |
| | k) Total de óbitos em pacientes no período neonatal precoce com internação cirúrgica no período de interesse | |
| | Definição | Somatório dos pacientes no período neonatal precoce (≤ 7 dias de vida) que foram a óbito na instituição no período de interesse e que possuíam internação cirúrgica. |
| | Critérios de exclusão | Não se aplica. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | l) Total de saídas de pacientes no período neonatal precoce com internações cirúrgicas no período de interesse | |
| | Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes no período neonatal precoce (≤ 7 dias de vida) com internação cirúrgica no período de interesse. Considerar saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. | |

4.7. Pacientes cirúrgicos no período neonatal tardio

m) Total de óbitos em pacientes no período neonatal tardio que ocorreram após 24h de internação cirúrgica

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório dos pacientes no período neonatal tardio (> 7 dias e ≤ 28 dias) que foram a óbito após as primeiras 24 horas de internação cirúrgica no período de interesse. |
| Critérios de exclusão | Não se aplica. |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

n) Total de saídas de pacientes no período neonatal tardio com internações cirúrgicas no período de interesse

| | |
|-----------------------|--|
| Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes no período neonatal tardio (> 7 dias e ≤ 28 dias) com internação cirúrgica no período de interesse. Considerar saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas. |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

Operacionalização da coleta de dados

4.8. Pacientes pediátricos cirúrgicos

o) Total de óbitos em pacientes pediátricos que ocorreram após 24h de internação cirúrgica

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório dos pacientes pediátricos (≥ 29 dias e < 15 anos) que foram a óbito após as primeiras 24 horas de internação cirúrgica no período de interesse. |
| Critérios de exclusão | Não se aplica. |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 4. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DOMÍNIO: EFETIVIDADE | |
|---|---|--|
| Operaciona- lização da coleta de dados | p) Total de saídas de pacientes pediátricos com internações cirúrgicas no período de interesse | |
| | Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes pediátricos (≥ 29 dias e < 15 anos) com internação cirúrgica no período de interesse. Considerar saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | 4.9. Pacientes adultos cirúrgicos | |
| | q) Total de óbitos em pacientes adultos que ocorreram após 24h de internação cirúrgica | |
| | Definição | Somatório dos pacientes adultos (≥ 15 anos e < 60 anos) que foram a óbito após as primeiras 24 horas de internação cirúrgica no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não se aplica. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | r) Total de saídas de pacientes adultos com internações cirúrgicas no período de interesse | |
| | Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes adultos (≥ 15 anos e < 60 anos) com internação cirúrgica no período de interesse. Considerar saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. | |

| NOME DO INDICADOR | 4. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL DOMÍNIO: EFETIVIDADE | |
|--------------------------------------|--|---|
| Operacionalização da coleta de dados | 4.10. Pacientes idosos cirúrgicos s) Total de óbitos em pacientes idosos que ocorreram após 24h de internação cirúrgica | |
| | Definição | Somatório dos pacientes idosos (≥ 60 anos) que foram a óbito após as primeiras 24 horas de internação cirúrgica no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não se aplica. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | t) Total de saídas de pacientes idosos com internações cirúrgicas no período de interesse | |
| | Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes idosos (≥ 60 anos) com internação cirúrgica no período de interesse. Considerar saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| Referências | <p>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Brasil). Observatório, 10^a Ed. 2018. Disponível em: https://ondemand.anahp.com.br/categoria/publicacoes. Acesso em: 21 dez 2018.</p> <p>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Brasil). Observatório, 11^a Ed. 2019. Disponível em: https://ondemand.anahp.com.br/categoria/publicacoes. Acesso em: 29 maio 2019.</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Indicadores Hospitalares Essenciais, Taxa de Mortalidade Institucional, 2013/14. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf. Acesso em: 28 dez. 2018.</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília, 2010. Compromisso com a qualidade hospitalar. Indicadores Hospitalares, Taxa de Mortalidade Institucional. 2014. Disponível em: http://www.cqh.org.br/icqh/ind/web_ficha.php?p_nind=47. Acesso em: 20 dez. 2018.</p> <p>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática. Informações de Saúde (TABNET), Taxa de Morbidade Hospitalar do SUS, Mortalidade hospitalar. 2018. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def. Acesso em: 26 dez. 2018.</p> | |

Tabela 3. Fórmulas dos cálculos que deverão ser considerados para as estratificações do indicador de mortalidade institucional.

| | MORTALIDADE CLÍNICA | MORTALIDADE CIRÚRGICA |
|--|---|---|
| Neonatal precoce (NP) ≤ 7 dias de vida | (total de óbitos em pacientes NP com internação clínica) / (total de saídas de pacientes NP com internações clínicas) x 100 | (total de óbitos em pacientes NP com internação cirúrgica) / (total de saídas de pacientes NP com internações cirúrgicas) x 100 |
| Neonatal tardio (NT) > 7 dias e ≤ 28 dias | (total de óbitos em pacientes NT após 24h de internação clínica) / (total de saídas de pacientes NT com internações clínicas) x 100 | (total de óbitos em pacientes NT após 24h de internação cirúrgica) / (total de saídas de pacientes NT com internações cirúrgicas) x 100 |
| Pediátrico ≥ 29 dias e < 15 anos | (total de óbitos em pacientes pediátricos após 24h de internação clínica) / (total de saídas de pacientes pediátricos com internações clínicas) x 100 | (total de óbitos em pacientes pediátricos após 24h de internação cirúrgica) / (total de saídas de pacientes pediátricos com internações cirúrgicas) x 100 |
| Adulto ≥ 15 anos e < 60 anos | (total de óbitos em pacientes adultos após 24h de internação clínica) / (total de saídas de pacientes adultos com internações clínicas) x 100 | (total de óbitos em pacientes adultos após 24h de internação cirúrgica) / (total de saídas de pacientes adultos com internações cirúrgicas) x 100 |
| Idoso ≥ 60 anos | (total de óbitos em pacientes idosos após 24h de internação clínica) / (total de saídas de pacientes idosos com internações clínicas) x 100 | (total de óbitos em pacientes idosos após 24h de internação cirúrgica) / (total de saídas de pacientes idosos com internações cirúrgicas) x 100 |

| NOME DO INDICADOR | 5. TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|--------------------------|--|
| Conceito | Mensuração do tempo médio, em dias, de permanência dos pacientes admitidos na instituição em determinado período de tempo. |
| População-alvo | Pacientes internados no hospital. |
| Fórmula de cálculo | (total de pacientes-dia no período) / (total de saídas no período) Estratificar os dados da fórmula em: <ul style="list-style-type: none"> • Pediátrico em internações clínicas e cirúrgicas; • Adulto em internações clínicas e cirúrgicas; • Idosos em internações clínicas e cirúrgicas. As fórmulas estratificadas se encontram na tabela 4. |
| Numerador | Total de pacientes-dia no período de interesse. Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Censo paciente-dia (internados em qualquer unidade do hospital). Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |

| NOME DO INDICADOR | 5. TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|----------------------|---|
| Denominador | <p>Total de saídas hospitalares no período de interesse.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| Definição dos termos | <p>Pacientes-dia: é a medida da assistência prestada a um paciente internado durante o período de um dia hospitalar, ou seja, é o volume de pacientes que estão pernoitando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia.</p> <p>Saídas: consideram-se saídas da instituição aquelas que se dão por alta (cura, melhora, estado inalterado, evasão, desistência do tratamento, transferência externa) ou por óbito.</p> <p>Alta médica: ato médico que determina finalização da assistência que vinha sendo prestada ao paciente; neste caso, representa a finalização da internação hospitalar.</p> <p>Evasão: saída do paciente da instituição sem autorização médica ou comunicação de saída.</p> <p>Desistência do tratamento: caracterizada por saída do paciente sem autorização médica, porém com comunicação à unidade de internação por parte do paciente ou do responsável legal, indicando desejo de finalizar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada.</p> <p>Transferência externa: caracterizada quando o paciente modifica seu local de internação de um hospital para outro.</p> <p>Óbito: refere-se ao processo irreversível de cessamento das atividades biológicas.</p> |
| Interpretação | <p>O resultado do indicador representa a média de tempo que os pacientes permaneceram internados na instituição. Uma média baixa de tempo de internação é o mais desejável.</p> |
| Unidade de medida | Dias. |
| Referência de meta | ≤ 5 dias. |
| Fonte de dados | Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, resumo de alta, óbito ou transferência. |
| Frequência | Mensal. |
| Observações | Não aplicável. |

| NOME DO INDICADOR | 5. TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|---------------------|---|
| Dados Estatísticos | <p>Um levantamento da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) referente ao ano de 2018 apontou que o tempo médio de internação foi de 4,13 dias em 2018 e 4,3 dias em 2017. Em 2016, essa média foi de 4,4 dias, em 2015 de 4,5 e em 2014 de 4,8 dias. É possível verificar que uma queda discreta vem ocorrendo ao longo dos últimos anos. No entanto, as médias de permanência geral estratificadas por características individuais, como a idade dos pacientes, variam drasticamente. A faixa etária com menor média de permanência foi a dos 30 aos 44 anos, com 2,55 dias. Já as que apresentaram maior média foram as categorias entre 60 e 74 anos, com 4,83 dias e acima de 75 anos, com em média 8,3 dias de permanência (Observatório Anahp, 2019 e 2018).</p> <p>Quanto à variação nas diferentes regiões do país, foi possível observar que a menor média observada foi no Norte e no Centro-Oeste, ambos com 3,9 dias, seguidos das regiões Sul e Sudeste com 4,1 dias e Nordeste com 4,7 dias, em média. Em relação à esfera dos hospitais públicos, a média de permanência geral no ano de 2018 foi de 5,3 dias. Comparações com anos anteriores, como 2017 com média de 5,4 dias e 2016, 2015 e 2014 com 5,6 dias, permitem notar que a média de permanência tem se mostrado estável, constante e pouco acima da média de permanência nos hospitais não-públicos (Datusus, 2018).</p> |
| Limitações e vieses | <p>A média de permanência hospitalar pode ser influenciada pelo perfil de complexidade hospitalar e por características individuais, como idade, condição clínica e comorbidades dos pacientes atendidos. Um tempo médio de internação elevado não necessariamente representa problemas na qualidade da assistência hospitalar, pois ele não reflete o motivo da saída, a qual pode se dar por alta, transferência ou óbito.</p> |

| NOME DO INDICADOR | 5. TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA | |
|---|---|---|
| Operaciona- lização da coleta de dados | Pacientes pediátricos clínicos | |
| | a) Total de pacientes-dia pediátricos com internação clínica no período | |
| | Definição | Somatório do censo diário de pacientes pediátricos (≥ 29 dias e < 15 anos) com internação clínica que estavam hospitalizados na instituição no período de interesse. Pacientes-dia é o volume de pacientes que estão pernitando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | b) Total de saídas de pacientes pediátricos clínicos no período | |
| | Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes pediátricos (≥ 29 dias e < 15 anos) com internação clínica no período de interesse. Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas, pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | Pacientes adultos clínicos | |
| | c) Total de pacientes-dia adultos com internação clínica no período | |
| Definição | Somatório do censo diário de pacientes adultos (≥ 15 anos e < 60 anos) com internação clínica que estavam hospitalizados na instituição no período de interesse. Pacientes-dia é o volume de pacientes que estão pernitando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia. | |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). | |
| Observações | Não se aplica. | |
| Códigos TUSS | Não se aplica. | |
| Formato do dado | Números inteiros. | |

d) Total de saídas de pacientes adultos clínicos no período

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes adultos (≥ 15 anos e < 60 anos) com internação clínica no período de interesse. Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas, pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

Pacientes idosos clínicos

e) Total de pacientes-dia idosos com internação clínica no período

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório do censo diário de pacientes idosos (≥ 60 anos) com internação clínica que estavam hospitalizados na instituição no período de interesse. Pacientes-dia é o volume de pacientes que estão pernoitando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia. |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

f) Total de saídas de pacientes idosos clínicos no período

| | |
|-----------------------|--|
| Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes idosos (≥ 60 anos) com internação clínica no período de interesse. Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas, pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

Operacionalização da coleta de dados

Pacientes pediátricos cirúrgicos

g) Total de pacientes-dia pediátricos com internação cirúrgica no período

| | |
|-----------------------|--|
| Definição | Somatório do censo diário de pacientes pediátricos (≥ 29 dias e < 15 anos) com internação cirúrgica que estavam hospitalizados na instituição no período de interesse. Pacientes-dia é o volume de pacientes que estão pernoidando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia. |
| Crítérios de exclusão | Não considerar pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

h) Total de saídas de pacientes pediátricos cirúrgicos no período

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes pediátricos (≥ 29 dias e < 15 anos) com internação cirúrgica no período de interesse. Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| Crítérios de exclusão | Não considerar transferências internas, pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

Pacientes adultos cirúrgicos

i) Total de pacientes-dia adultos com internação cirúrgica no período

| | |
|-----------------------|--|
| Definição | Somatório do censo diário de pacientes adultos (≥ 15 anos e < 60 anos) com internação cirúrgica que estavam hospitalizados na instituição no período de interesse. Pacientes-dia é o volume de pacientes que estão pernoidando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia. |
| Crítérios de exclusão | Não considerar pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

Operaciona-
lização da
coleta de
dados

Operacionalização da coleta de dados

j) Total de saídas de pacientes adultos cirúrgicos no período

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes adultos (≥ 15 anos e < 60 anos) com internação cirúrgica no período de interesse. Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas, pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

Pacientes idosos cirúrgicos

k) Total de pacientes-dia idosos com internação cirúrgica no período

| | |
|-----------------------|--|
| Definição | Somatório do censo diário de pacientes idosos (≥ 60 anos) com internação cirúrgica que estavam hospitalizados na instituição no período de interesse. Pacientes-dia é o volume de pacientes que estão pernando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia. |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

l) Total de saídas de pacientes idosos cirúrgicos no período

| | |
|-----------------------|--|
| Definição | Somatório das saídas hospitalares de pacientes idosos (≥ 60 anos) com internação cirúrgica no período de interesse. Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. |
| Critérios de exclusão | Não considerar transferências internas, pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 5. TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|-------------------|---|
| Referências | <p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Indicadores Hospitalares Essenciais, Média de Permanência geral. 2013/14. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf Acesso em: 2 jan. 2019.</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução Nº 7, de 24 fevereiro de 2010. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília, 2010.</p> <p>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Brasil). Observatório, 10ª Ed. 2018. Disponível em: https://ondemand.anahp.com.br/categoria/publicacoes. Acesso em: 21 dez. 2018.</p> <p>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Brasil). Observatório, 11ª Ed. 2019. Disponível em: https://ondemand.anahp.com.br/categoria/publicacoes. Acesso em: 29 maio 2019.</p> <p>COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. Indicadores Hospitalares, Média de permanência. 2013. Disponível em: http://www.cqh.org.br/icqh/ind/web_ficha.php?p_nind=36. Acesso em: 2 jan. 2019.</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Cuidados Paliativos. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidadospaliativos. Acesso em: 7 jan. 2019.</p> <p>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática. Informações de Saúde (TABNET). Procedimentos Hospitalares do SUS, Média de permanência hospitalar. 2018. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qiuf.def. Acesso em: 3 jan. 2019.</p> |

Tabela 4: Fórmulas dos cálculos que deverão ser considerados para as estratificações do indicador de tempo médio de internação.

| | TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO CLÍNICA | TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA |
|-------------------------------------|---|---|
| Pediátrico ≥ 29 dias e < 15 anos | (total de pacientes-dia pediátricos com internação clínica) / (total de saídas de pacientes pediátricos com internações clínicas) | (total de pacientes-dia pediátricos com internação cirúrgica) / (total de saídas de pacientes pediátricos com internações cirúrgicas) |
| Adulto ≥ 15 anos e < 60 anos | (total de pacientes-dia adultos com internação clínica) / (total de saídas de pacientes adultos com internações clínicas) | (total de pacientes-dia adultos com internação cirúrgica) / (total de saídas de pacientes adultos com internações cirúrgicas) |
| Idoso ≥ 60 anos | (total de pacientes-dia idosos com internação clínica) / (total de saídas de pacientes idosos com internações clínicas) | (total de pacientes-dia idosos com internação cirúrgica) / (total de saídas de pacientes idosos com internações cirúrgicas) |

| NOME DO INDICADOR | 6. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA EMERGÊNCIA DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|----------------------|---|
| Conceito | Mensuração do tempo médio, em horas, de permanência dos pacientes admitidos na unidade de emergência do hospital, considerando o tempo a partir da chegada até o término do atendimento na emergência. |
| População-alvo | Pacientes atendidos na emergência. |
| Fórmula de cálculo | (total de tempo da entrada dos pacientes na emergência até o término dos atendimentos) / (total de pacientes que buscaram atendimento na unidade) |
| Numerador | <p>Total de tempo de permanência na emergência, considerando o tempo entre a entrada dos pacientes e o término do atendimento de todos os pacientes que utilizaram esse serviço do hospital.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os pacientes que buscaram atendimento com registros válidos. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que visitaram a unidade de emergência, porém não possuem registro da entrada ou do término de atendimento; • Pacientes com tempo de espera negativo (a data/hora da entrada é posterior à data/hora de término); • Registros de pacientes com data/hora de entrada ou de término em branco; • Pacientes desistentes. |
| Denominador | <p>Total de pacientes admitidos na emergência, registrados na chegada e na saída.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os pacientes admitidos na unidade com registros na entrada e na saída válidos. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iguais aos do numerador. |
| Definição dos termos | <p>Entrada do paciente: considerar o primeiro registro que a instituição possui da chegada do paciente, seja ele no cadastro ou na triagem. Preferencialmente, utilizar o tempo da retirada da senha.</p> <p>Término do atendimento: considerar alta, internação ou óbito, com o fechamento do boletim de emergência.</p> |
| Interpretação | O resultado do indicador representa a média de tempo que os pacientes permaneceram na unidade de emergência da instituição. Uma média baixa de tempo de permanência é o mais desejável. |
| Unidade de medida | Horas. |
| Referência de meta | ≤ 8 horas. |
| Fonte de dados | Sistema de registro dos atendimentos na emergência, banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, resumo de alta, óbito ou transferência. |
| Frequência | Mensal. |

| NOME DO INDICADOR | 6. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA EMERGÊNCIA DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|---------------------|---|
| Observações | Não aplicável. |
| Dados Estatísticos | <p>Os serviços de urgência e emergência são locais que oferecem recursos humanos e estruturais para pronta-avaliação de indivíduos em necessidades graves que requerem atendimento rápido ou imediato (Ludwig e Bonilha, 2003). O tempo de permanência na emergência é um indicador relevante para avaliação da qualidade do serviço, pois é fundamental que os pacientes obtenham atendimento em tempo hábil e recebam os cuidados e encaminhamentos necessários. A média de permanência no serviço de emergência em hospitais da província de Ontário no Canadá para pacientes admitidos no hospital foi de 17 horas, e cerca de 34% permaneceram menos de 8 horas na emergência. Dentre os pacientes não admitidos, os com classificação de risco alta, ou seja, pacientes urgentes, tiveram tempo de permanência médio de 3,9 horas e 93% tiveram uma permanência <8 horas. Os pacientes com classificação de risco baixa, ou não urgentes, tiveram média de permanência de 2,4 horas e 86% deles finalizaram a sua visita ao serviço de emergência em menos de 4 horas (Health Quality Ontario, 2018). Na Inglaterra, relatórios do National Health Service reportaram que 88% dos pacientes atendidos nos serviços de emergência permaneceram 4 horas ou menos nesse setor. O horário de atendimento em que mais pacientes extrapolaram 4 horas de permanência foi entre três e quatro horas da manhã (NHS Outcomes Framework Indicators, 2018).</p> |
| Limitações e vieses | Um potencial viés desse indicador é o momento de registro da chegada dos pacientes, o qual pode variar de acordo com cada instituição. Alguns hospitais registram a chegada do paciente quando estes fazem o acolhimento na unidade de emergência, enquanto outros registram essa informação apenas na triagem. |

| NOME DO INDICADOR | 6. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA EMERGÊNCIA DOMÍNIO: EFICIÊNCIA | | |
|---|---|---|---|
| Operacionalização da coleta de dados | a) Total de tempo de permanência na emergência (da chegada ao término do atendimento) | | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="352 416 523 450">Definição</td> <td data-bbox="523 416 1390 629">Somatório do tempo de permanência dos pacientes que buscaram atendimento na unidade de emergência no período de interesse. O tempo de permanência de cada paciente é o intervalo entre a sua entrada na unidade (1º registro válido, preferencialmente a hora da retirada da senha) e o término do atendimento (considerar alta, internação ou óbito, com o fechamento do boletim de emergência).</td> </tr> </table> | Definição | Somatório do tempo de permanência dos pacientes que buscaram atendimento na unidade de emergência no período de interesse. O tempo de permanência de cada paciente é o intervalo entre a sua entrada na unidade (1º registro válido, preferencialmente a hora da retirada da senha) e o término do atendimento (considerar alta, internação ou óbito, com o fechamento do boletim de emergência). |
| | Definição | Somatório do tempo de permanência dos pacientes que buscaram atendimento na unidade de emergência no período de interesse. O tempo de permanência de cada paciente é o intervalo entre a sua entrada na unidade (1º registro válido, preferencialmente a hora da retirada da senha) e o término do atendimento (considerar alta, internação ou óbito, com o fechamento do boletim de emergência). | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="352 640 523 696">Critérios de exclusão</td> <td data-bbox="523 640 1390 707">Não considerar pacientes com tempo de espera negativo ou com registros duplicados.</td> </tr> </table> | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com tempo de espera negativo ou com registros duplicados. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com tempo de espera negativo ou com registros duplicados. | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="352 719 523 741">Observações</td> <td data-bbox="523 719 1390 752">Não se aplica.</td> </tr> </table> | Observações | Não se aplica. |
| | Observações | Não se aplica. | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="352 763 523 786">Códigos TUSS</td> <td data-bbox="523 763 1390 797">Não se aplica.</td> </tr> </table> | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="352 808 523 853">Formato do dado</td> <td data-bbox="523 808 1390 864">Tempo em minutos.</td> </tr> </table> | Formato do dado | Tempo em minutos. |
| Formato do dado | Tempo em minutos. | | |
| b) Total de pacientes que buscaram atendimento na unidade de emergência no período | | | |
| <table border="1"> <tr> <td data-bbox="352 987 523 1021">Definição</td> <td data-bbox="523 987 1390 1055">Somatório dos pacientes admitidos na emergência com registros válidos (de entrada e saída) no período de interesse.</td> </tr> </table> | Definição | Somatório dos pacientes admitidos na emergência com registros válidos (de entrada e saída) no período de interesse. | |
| Definição | Somatório dos pacientes admitidos na emergência com registros válidos (de entrada e saída) no período de interesse. | | |
| <table border="1"> <tr> <td data-bbox="352 1066 523 1122">Critérios de exclusão</td> <td data-bbox="523 1066 1390 1133">Não considerar pacientes com tempo de espera negativo ou com registros duplicados.</td> </tr> </table> | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com tempo de espera negativo ou com registros duplicados. | |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com tempo de espera negativo ou com registros duplicados. | | |
| <table border="1"> <tr> <td data-bbox="352 1144 523 1167">Observações</td> <td data-bbox="523 1144 1390 1178">Não se aplica.</td> </tr> </table> | Observações | Não se aplica. | |
| Observações | Não se aplica. | | |
| <table border="1"> <tr> <td data-bbox="352 1189 523 1211">Códigos TUSS</td> <td data-bbox="523 1189 1390 1223">Não se aplica.</td> </tr> </table> | Códigos TUSS | Não se aplica. | |
| Códigos TUSS | Não se aplica. | | |
| <table border="1"> <tr> <td data-bbox="352 1234 523 1279">Formato do dado</td> <td data-bbox="523 1234 1390 1301">Números inteiros.</td> </tr> </table> | Formato do dado | Números inteiros. | |
| Formato do dado | Números inteiros. | | |
| Referências | <p>CANADÁ. Health Quality Ontario. Health Quality Ontario Indicator Library, Time spent in emergency departments. 2018. Disponível em: http://indicatorlibrary.hqontario.ca/Indicator/Detailed/Average-LOS-ED/EN. Acesso em: 9 jan. 2019.</p> <p>CANADÁ. Canadian Institute for Health Information. Indicator Library, Total time spent in emergency department (hours, percentile), Indicator results. 2018. Disponível em: http://indicatorlibrary.cihi.ca/pages/viewpage. Acesso em: 10 jan. 2019.</p> <p>CANADÁ Health Quality Ontario. Health Quality Ontario Indicator Results, Average time patients spent (wait and treatment) in emergency department. 2018. Disponível em: https://hqontario.ca/System-Performance/Time-Spent-inEmergency-Departments. Acesso em: 9 jan. 2019.</p> <p>INGLATERRA. National Health Service. NHS Outcomes Framework Indicators, Hospital Episode Statistics (HES), Total time in Accident & Emergency from hour of arrival to transfer, admission or discharge. 2017/2018.</p> <p>LUDWIG, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. Revista Brasileira de Enfermagem. 2003.</p> <p>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática. Informações de Saúde (TABNET), Procedimentos Hospitalares do SUS, Média de permanência hospitalar – 2018.</p> | | |

| NOME DO INDICADOR | 7. TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA EMERGÊNCIA PARA PRIMEIRO ATENDIMENTO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|----------------------|---|
| Conceito | Mensuração do tempo médio decorrido desde o registro da triagem até a avaliação inicial por um médico para todos os pacientes na unidade de emergência que foram classificados como nível 2 e nível 3. |
| População-alvo | Pacientes classificados na emergência como nível 2 e nível 3. |
| Fórmula de cálculo | <p>(total de tempo de espera para o primeiro atendimento) / (total de pacientes que buscaram atendimento na emergência)</p> <p>Estratificar os dados da fórmula em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Classificação de risco nível 2; • Classificação de risco nível 3. <p>As fórmulas estratificadas se encontram na tabela 5.</p> |
| Numerador | <p>Total de tempo de espera na emergência, considerando o horário da triagem até a primeira avaliação médica, dos pacientes classificados como nível 2 e nível 3.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com registros de triagem na emergência e primeira avaliação médica; • Classificados na triagem como nível 2 e nível 3. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que visitaram a unidade de emergência, porém não possuem registro de data/hora da triagem ou do primeiro atendimento médico; • Pacientes com tempo de espera negativo (a data/hora da triagem é posterior à data/hora do atendimento); • Pacientes classificados em nível 1, 4 e 5. |
| Denominador | <p>Total de pacientes admitidos na emergência que foram classificados como nível 2 e nível 3.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iguais aos do numerador. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iguais aos do numerador. |
| Definição dos termos | <p>Classificação de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível 1 – Manchester Vermelho (Emergente), ATS Categoria 1 (Risco Imediato à Vida), CTAS 1 (Ressuscitação), ESI Grau 1. • Nível 2 – Manchester Laranja (Muito Urgente), ATS Categoria 2 (Risco Iminente à Vida), CTAS 2 (Emergência), ESI Grau 2. • Nível 3 – Manchester Amarelo (Urgente), ATS Categoria 3 (Potencial Ameaça à Vida/Urgência), CTAS 3 (Urgente), ESI Grau 3. • Nível 4 – Manchester Verde (Pouco Urgente), ATS Categoria 4 (Situação de potencial urgência ou de complicação/gravidade importante), CTAS 4 (Pouco Urgente), ESI Grau 4. • Nível 5 – Manchester Azul (Não Urgente), ATS Categoria 5 (Menos urgente ou problemas clínico-administrativos), CTAS 5 (Não Urgente), ESI Grau 5. |
| Interpretação | O resultado do indicador representa a média do tempo de espera até o primeiro atendimento médico. Quanto menor a média, melhor. |
| Unidade de medida | Minutos. |

| NOME DO INDICADOR | 7. TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA EMERGÊNCIA PARA PRIMEIRO ATENDIMENTO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|---------------------|--|
| Referência de meta | Nível 2: ≤ 10 minutos. Nível 3: ≤ 60 minutos. |
| Fonte de dados | Sistema de registro dos atendimentos na emergência, banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes. |
| Frequência | Mensal. |
| Observações | Para pacientes desistentes, utilizar o horário em que a primeira chamada para atendimento médico foi registrada. |
| Dados Estatísticos | <p>O tempo de espera para o primeiro atendimento na emergência é um indicador relevante para avaliação da qualidade do serviço, pois é fundamental que os pacientes obtenham atendimento em tempo hábil, de acordo com a sua necessidade e classificação de risco.</p> <p>De acordo com os protocolos de classificação de risco em 5 níveis (como o Emergency Severity Index – ESI e o Sistema de Triagem Manchester), os pacientes identificados como emergentes (vermelho) devem ter atendimento imediato. Pacientes muito urgentes (laranja) devem ser atendidos em até 10 minutos, urgentes (amarelo) em até 60 minutos, pouco urgentes (verde) em até 120 minutos e não urgentes (azul) em 240 minutos (Christino, 2014).</p> <p>O tempo de espera médio para o primeiro atendimento no serviço de emergência em hospitais da província de Ontário no Canadá para pacientes no geral foi de 1,5 horas, sem estratificação de acordo com a classificação de risco (Health Quality Ontario, 2018).</p> <p>No Brasil, um estudo realizado na emergência de um Hospital na cidade de Pelotas, interior do Rio Grande do Sul, constatou que cerca de 70% dos pacientes atendidos por aquele setor esperaram até 15 minutos para serem atendidos (Carret et al, 2011).</p> <p>Outro estudo que avaliou 8 hospitais públicos de quatro regiões brasileiras reportou que o tempo de espera para o primeiro atendimento na emergência variou entre 20 minutos até 4 horas. Não houve reporte de médias ou de amplitudes estratificadas de acordo com as classificações de risco (O’Dwyer et al, 2009).</p> |
| Limitações e vieses | Um tempo de espera alto pode ser resultado de um grande aporte de pacientes que buscam o serviço de emergência ou de uma carência de profissionais para atendimento, bem como pela falta de posições para a realização de medicações e procedimentos. Vários fatores podem influenciar os resultados, como o protocolo de classificação de risco utilizado na triagem, a lotação das posições de atendimento da emergência, evolução no sistema posterior ao atendimento médico e os recursos da instituição. |

| NOME DO INDICADOR | 7. TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA EMERGÊNCIA PARA PRIMEIRO ATENDIMENTO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA | |
|--------------------------------------|--|---|
| Operacionalização da coleta de dados | 7.1. Pacientes com classificação de risco nível 2 a) Total de tempo de espera para o primeiro atendimento em pacientes com classificação de risco nível 2 | |
| | Definição | Somatório do tempo de espera na emergência para o primeiro atendimento, considerando o horário da triagem até o horário da primeira avaliação médica de todos os pacientes com classificação de risco nível 2 no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com tempo de espera negativo, com registros duplicados ou desistentes. |
| | Observações | Classificação de risco: Nível 1 – Manchester Vermelho (Emergente), ATS Categoria 1 (Risco Imediato à Vida), CTAS 1 (Ressuscitação), ESI Grau 1: avaliação médica imediata. Nível 2 – Manchester Laranja (Muito Urgente), ATS Categoria 2 (Risco Iminente à Vida), CTAS 2 (Emergência), ESI Grau 2: avaliação médica em até 10 minutos. Nível 3 – Manchester Amarelo (Urgente), ATS Categoria 3 (Potencial Ameaça à Vida/Urgência), CTAS 3 (Urgente), ESI Grau 3: avaliação médica em até 30 minutos. Nível 4 – Manchester Verde (Pouco Urgente), ATS Categoria 4 (Situação de potencial urgência ou de complicação/gravidade importante), CTAS 4 (Pouco Urgente), ESI Grau 4: avaliação médica em até 60 minutos. Nível 5 – Manchester Azul (Não Urgente), ATS Categoria 5 (Menos urgente ou problemas clínico-administrativos), CTAS 5 (Não Urgente), ESI Grau 5: avaliação médica em até 120 minutos. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Tempo em minutos. |

NOME DO INDICADOR

7. TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA EMERGÊNCIA PARA PRIMEIRO ATENDIMENTO
DOMÍNIO: EFICIÊNCIA

b) Total de pacientes que buscaram atendimento na unidade de emergência com classificação de risco nível 2

Operacionalização da coleta de dados

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório dos pacientes admitidos na emergência com classificação de risco nível 2 no período de interesse. |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com tempo de espera negativo, com registros duplicados ou desistentes. |
| Observações | Classificação de risco: Nível 1 – Manchester Vermelho (Emergente), ATS Categoria 1 (Risco Imediato à Vida), CTAS 1 (Ressuscitação), ESI Grau 1: avaliação médica imediata. Nível 2 – Manchester Laranja (Muito Urgente), ATS Categoria 2 (Risco Iminente à Vida), CTAS 2 (Emergência), ESI Grau 2: avaliação médica em até 10 minutos. Nível 3 – Manchester Amarelo (Urgente), ATS Categoria 3 (Potencial Ameaça à Vida/Urgência), CTAS 3 (Urgente), ESI Grau 3: avaliação médica em até 30 minutos. Nível 4 – Manchester Verde (Pouco Urgente), ATS Categoria 4 (Situação de potencial urgência ou de complicação/gravidade importante), CTAS 4 (Pouco Urgente), ESI Grau 4: avaliação médica em até 60 minutos. Nível 5 – Manchester Azul (Não Urgente), ATS Categoria 5 (Menos urgente ou problemas clínico-administrativos), CTAS 5 (Não Urgente), ESI Grau 5: avaliação médica em até 120 minutos. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 7. TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA EMERGÊNCIA PARA PRIMEIRO ATENDIMENTO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA | |
|--|--|---|
| Operaciona- lização da coleta de dados | 7.2. Pacientes com classificação de risco nível 3 c) Total de tempo de espera para o primeiro atendimento em pacientes com classificação de risco nível 3 | |
| | Definição | Somatório do tempo de espera na emergência para o primeiro atendimento, considerando o horário da triagem até o horário da primeira avaliação médica de todos os pacientes com classificação de risco nível 3 no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com tempo de espera negativo, com registros duplicados ou desistentes. |
| | Observações | Classificação de risco: Nível 1 – Manchester Vermelho (Emergente), ATS Categoria 1 (Risco Imediato à Vida), CTAS 1 (Ressuscitação), ESI Grau 1: avaliação médica imediata. Nível 2 – Manchester Laranja (Muito Urgente), ATS Categoria 2 (Risco Iminente à Vida), CTAS 2 (Emergência), ESI Grau 2: avaliação médica em até 10 minutos. Nível 3 – Manchester Amarelo (Urgente), ATS Categoria 3 (Potencial Ameaça à Vida/Urgência), CTAS 3 (Urgente), ESI Grau 3: avaliação médica em até 30 minutos. Nível 4 – Manchester Verde (Pouco Urgente), ATS Categoria 4 (Situação de potencial urgência ou de complicação/gravidade importante), CTAS 4 (Pouco Urgente), ESI Grau 4: avaliação médica em até 60 minutos. Nível 5 – Manchester Azul (Não Urgente), ATS Categoria 5 (Menos urgente ou problemas clínico-administrativos), CTAS 5 (Não Urgente), ESI Grau 5: avaliação médica em até 120 minutos. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Tempo em minutos. |

| NOME DO INDICADOR | 7. TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA EMERGÊNCIA PARA PRIMEIRO ATENDIMENTO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA | |
|--|---|---|
| Operaciona- lização da coleta de dados | d) Total de pacientes que buscaram atendimento na unidade de emergência com classificação de risco nível 3 | |
| | Definição | Somatório dos pacientes admitidos na emergência com classificação de risco nível 3 no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com tempo de espera negativo, com registros duplicados ou desistentes. |
| | Observações | Classificação de risco: Nível 1 – Manchester Vermelho (Emergente), ATS Categoria 1 (Risco Imediato à Vida), CTAS 1 (Ressuscitação), ESI Grau 1: avaliação médica imediata. Nível 2 – Manchester Laranja (Muito Urgente), ATS Categoria 2 (Risco Iminente à Vida), CTAS 2 (Emergência), ESI Grau 2: avaliação médica em até 10 minutos. Nível 3 – Manchester Amarelo (Urgente), ATS Categoria 3 (Potencial Ameaça à Vida/Urgência), CTAS 3 (Urgente), ESI Grau 3: avaliação médica em até 30 minutos. Nível 4 – Manchester Verde (Pouco Urgente), ATS Categoria 4 (Situação de potencial urgência ou de complicação/gravidade importante), CTAS 4 (Pouco Urgente), ESI Grau 4: avaliação médica em até 60 minutos. Nível 5 – Manchester Azul (Não Urgente), ATS Categoria 5 (Menos urgente ou problemas clínico-administrativos), CTAS 5 (Não Urgente), ESI Grau 5: avaliação médica em até 120 minutos. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Tempo em minutos. |

| NOME DO INDICADOR | 7. TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA EMERGÊNCIA PARA PRIMEIRO ATENDIMENTO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|-------------------|---|
| Referências | <p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Indicadores Hospitalares Essenciais, Tempo de espera na urgência e emergência. 2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/EACE-02.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.</p> <p>CANADÁ. Health Quality Ontario. Health Quality Ontario Indicator Library, Average time patients waited for first assessment in emergency department – 2018. Disponível em: http://indicatorlibrary.hqontario.ca/Indicator/Detailed/Averagetime-PIA/EN. Acesso em: 15 jan. 2019.</p> <p>CANADÁ. Health Quality Ontario. Health Quality Ontario Indicator Results, Average time patients spent (wait and treatment) in emergency department. 2018. Disponível em: https://hqontario.ca/System-Performance/Time-Spent-inEmergency-Departments. Acesso em: 15 jan. 2019.</p> <p>CHRISTIANO, T. G. T. Avaliação e Classificação de Risco baseada no Sistema de Triagem Sul-Africano adaptada em um modelo de serviço de emergência. 2014. Disponível em: http://www.inovarse.org/sites/default/files/T14_0128_5.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019.</p> <p>CARRET, M. V. et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. Ciências da Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700039. Acesso em: 16 jan. 2019.</p> <p>O'DWYER, G. O. et al. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Ciências da saúde coletiva, 14 (5), 2009. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500030. Acesso em: 16 jan. 2019.</p> <p>UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE (Brasil). Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviços de Saúde. Ficha técnica dos indicadores, Tempo de espera na urgência e emergência. 2018. Disponível em: https://www.unidas.org.br/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.</p> |

Tabela 5. Fórmulas dos cálculos que deverão ser considerados para as estratificações do indicador de tempo de espera para o 1º atendimento na emergência.

| | |
|--------------------------------|---|
| Classificação de risco nível 2 | $\frac{\text{(total de tempo de espera para o primeiro atendimento em pacientes com classificação de risco nível 2)}}{\text{(total de pacientes que buscaram atendimento na emergência com classificação de risco nível 2)}}$ |
| Classificação de risco nível 3 | $\frac{\text{(total de tempo de espera para o primeiro atendimento em pacientes com classificação de risco nível 3)}}{\text{(total de pacientes que buscaram atendimento na emergência com classificação de risco nível 3)}}$ |

| NOME DO INDICADOR | 8. TAXA DE INÍCIO DE ANTIBIÓTICO INTRAVENOSO PROFILÁTICO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|-------------------|--|
| Conceito | Mensuração da adequação de profilaxia antibiótica (PA) pré-cirúrgica em pacientes submetidos a cirurgias limpas. |
| População-alvo | Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos limpos. |

| NOME DO INDICADOR | 8. TAXA DE INÍCIO DE ANTIBIÓTICO INTRAVENOSO PROFILÁTICO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|----------------------|--|
| Fórmula de cálculo | $(\text{total de cirurgias limpas com PA pré-cirúrgica em até 60min da incisão}) / (\text{total de cirurgias limpas}) \times 100$ |
| Numerador | <p>Total de cirurgias em que os pacientes receberam profilaxia antibiótica em até 60 minutos que antecedem a incisão na pele em procedimentos cirúrgicos limpos no período de interesse.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes submetidos a cirurgias limpas e que receberam profilaxia antibiótica por via intravenosa em até 60 minutos da incisão na pele. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que estão recebendo antibiótico por algum outro motivo que não o procedimento cirúrgico; • Pacientes com um processo infeccioso existente no mesmo local que o procedimento cirúrgico planejado; • Pacientes que receberam profilaxia antibiótica por via oral. |
| Denominador | <p>Total de procedimentos cirúrgicos limpos no período de interesse.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes submetidos a cirurgias limpas. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iguais aos do numerador. |
| Definição dos termos | <p>Cirurgia limpa: são aquelas normalmente realizadas de forma eletiva, na ausência de processo infeccioso local, em tecidos estéreis ou de fácil descontaminação. Ex.: pele, coração e vasos, baço, fígado, pâncreas, ossos, articulações, etc.</p> <p>Procedimentos considerados não-limpos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia potencialmente contaminada: são aquelas realizadas na ausência de supuração (pus), em tecidos que possuem uma microbiota própria, pouco numerosa, mas de difícil descontaminação. Ex.: conjuntiva ocular, ouvido externo, esôfago, estômago, duodeno, uretra, etc. • Cirurgia contaminada: são aquelas realizadas em tecidos inflamados ou com microbiota própria, abundante e de difícil descontaminação. Ex.: feridas traumáticas recentes (4 a 6 horas antes da cirurgia), trato respiratório alto, cavidade bucal, íleo, cólon, reto etc. • Cirurgia infectada: são aquelas realizadas em qualquer tecido que apresente supuração local (formação de pus), bem como em feridas traumáticas ocorridas há mais de 6 horas do atendimento. Ex.: locais contaminados por sujeira ambiental, fezes, fraturas expostas, perfusões de vísceras ocas no abdome, etc. |
| Interpretação | <p>O resultado do indicador reflete o percentual de pacientes que, submetidos a cirurgias limpas, receberam profilaxia antibiótica no período de 1 hora ou menos de antecedência da incisão na pele. Quanto maior o percentual, melhor.</p> |
| Unidade de medida | % |

| NOME DO INDICADOR | 8. TAXA DE INÍCIO DE ANTIBIÓTICO INTRAVENOSO PROFILÁTICO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|---------------------|--|
| Referência de meta | ≥ 90% |
| Fonte de dados | Serviço de arquivo médico e estatística do hospital, prontuário dos pacientes. |
| Frequência | Mensal. |
| Observações | <ul style="list-style-type: none"> • Devem ser contados todos os pacientes internados e ambulatoriais submetidos a procedimentos cirúrgicos; • Pacientes submetidos a múltiplos procedimentos simultâneos deverão ser contados apenas uma vez, no procedimento primário; • Procedimentos cirúrgicos bilaterais (ex.: colocação de prótese de joelho) devem ser contados apenas uma vez |
| Dados Estatísticos | <p>Infecções estão entre os principais fatores que contribuem para a mortalidade em unidades intensivas de tratamento (UTIs) (Luyt, 2014), e também são responsáveis pelo aumento de custos (De Lissovoy, 2009). Vários fatores como grande número de idosos com doenças crônicas, implantes protéticos, transplantes de órgãos e surgimento de patógenos resistentes tornam cada vez mais a profilaxia antibiótica um processo importante no pré-operatório. A profilaxia antibiótica é um fator importante para a redução das infecções, morbidez e mortalidade decorrente das infecções das incisões cirúrgicas (IQIP, 2008).</p> <p>Programas de profilaxia antibiótica são estratégias utilizadas para conter a propagação da resistência por antibióticos (Barlam, 2016). O uso de antibióticos dentro de 60 minutos que antecedem a incisão, e a interrupção dentro de 24 horas ou 48 horas para cirurgias cardíacas são recomendações seguidas pelos projetos de Melhoria de Qualidade de Procedimentos Cirúrgicos, adaptadas pela Joint Committion International (JCI) e outros programas de qualidade. Prolongados períodos de administração de antibióticos podem promover o crescimento de cepas bacterianas resistentes, fungos, <i>Clostridium difficile</i> ou outras toxicidades, sem diminuir os riscos de infecções (Bratzelr, 2004). A Portaria do Ministério da Saúde (MS nº 2.095 - 24/09/2013) determina que a profilaxia antibiótica seja administrada antes dos 60 minutos da incisão da pele, e também se encontra nesta portaria a indicação para uso do indicador (Percentual de pacientes que receberam profilaxia antibiótica no momento adequado).</p> |
| Limitações e vieses | A coleta do dado pode ser um fator limitante, pois muitas vezes essa informação não é registrada. Outro ponto a se considerar é que o mesmo pode ser registrado, mas não na hora exata da administração, dessa forma prejudicando a análise deste indicador. |

NOME DO INDICADOR

8. TAXA DE INÍCIO DE ANTIBIÓTICO INTRAVENOSO PROFILÁTICO
DOMÍNIO: EFICIÊNCIA

a) Total de cirurgias limpas em que o paciente recebeu profilaxia antibiótica pré-cirúrgica em até 60 minutos antes da incisão na pele

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------|--|
| Operacionalização da coleta de dados | Definição | Somatório de cirurgias limpas em que os pacientes receberam profilaxia antibiótica dentro de 1 hora antes de realizarem o procedimento cirúrgico no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que estão recebendo antibiótico por algum outro motivo que não o procedimento cirúrgico, pacientes com processo infeccioso existente no mesmo local que a cirurgia planejada e pacientes que receberam profilaxia antibiótica por via oral. |
| | Observações | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |

b) Total de cirurgias limpas no período

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------|---|
| Operacionalização da coleta de dados | Definição | Somatório de cirurgias limpas que ocorreram no período de interesse. Considerar cirurgia limpa aquelas que são realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que estão recebendo antibiótico por algum outro motivo que não o procedimento cirúrgico, pacientes com processo infeccioso existente no mesmo local que a cirurgia planejada e pacientes que receberam profilaxia antibiótica por via oral. |
| | Observações | No caso de cirurgia oftalmológica, a conjuntivite será definida como infecção incisional superficial. Não reportar inflamação mínima e drenagem de secreção limitada aos pontos de sutura. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 8. TAXA DE INÍCIO DE ANTIBIÓTICO INTRAVENOSO PROFILÁTICO DOMÍNIO: EFICIÊNCIA |
|-------------------|---|
| Referências | <p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil); FIOCRUZ. Portaria MS nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. Anexo 03 da Portaria MS nº 2.095 (24/09/2013) - Protocolo para Cirurgia Segura. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura. Acesso em: 26 dez. 2018.</p> <p>BARLAM, T.F.; COSGROVE, S.E; ABBO, L. M.; MACDOUGALL, C.; SCHUETZ, A. N.; SEPTIMUS, E.J. et al. Implementing an antibiotic stewardship program: guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. Clin Infect Dis, 62: e51–77, 2016.</p> <p>BRATZLER, D.W.; HOUCK, P.M. Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. Clin Infect Dis., 38(12):1706–1715, 2004.</p> <p>DE LISSOVOY, G. et al. Surgical site infection: incidence and impact on hospital utilization and treatment costs. American Journal of Infection Control, 37: 2009.</p> <p>FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Diretrizes Clínicas, Protocolos Clínicos – Antibioticoprofilaxia cirúrgica. 2013. Disponível em: http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/docman/Protocolos_Clinicos1/112-028-antibioticoprofilaxia-cirurgica-07082014/file. Acesso em: 3 jan. 2019.</p> <p>INTERNATIONAAL QUALITY INDICATOR PROJECT. Manual de Implementação Tratamento Agudo. Center for Performance Sciences, 2008.</p> <p>LUYT, C.E. et al. Antibiotic stewardship in the intensive care unit. Critical Care, 18 (480), 2014.</p> |

| NOME DO INDICADOR | 9. TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA LIMPA DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|--------------------|--|
| Conceito | Mensuração da taxa de cirurgias limpas que apresentaram infecção do sítio cirúrgico (ISC) relacionada ao procedimento dentro do período de 30 dias. |
| População-alvo | Pacientes submetidos a cirurgias limpas. |
| Fórmula de cálculo | $\frac{\text{(total de casos de ISC que ocorreram em até 30 dias de cirurgias limpas que constam no denominador)}}{\text{(total de cirurgias limpas no mês anterior ao mês de competência)}} \times 100$ |
| Numerador | <p>Total de casos de infecção de sítio cirúrgico que ocorreram em até 30 dias (≤ 30 dias) em pacientes submetidos a cirurgias limpas que constam no denominador (cirurgias limpas no mês anterior ao mês de competência).</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que apresentaram infecção de sítio cirúrgico, superficial ou profunda, associada a cirurgia limpa dentro de um período igual ou inferior a 30 dias (≤ 30 dias). <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes sem indícios clínicos de infecção de sítio cirúrgico e com cultura positiva quando material for coletado através de swabs (haste flexível com ponta de algodão). |

| NOME DO INDICADOR | 9. TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA LIMPA DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|----------------------|--|
| Denominador | <p>Total de cirurgias limpas no mês anterior ao mês de competência.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que foram submetidos a um procedimento cirúrgico limpo. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável. |
| Definição dos termos | <p>Cirurgia limpa: são realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário.</p> <p>Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC): ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento), ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve tecidos superficiais (ex.: pele e tecido subcutâneo) e/ou profundos à incisão (ex.: fáschia e/ou músculos) e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drenagem purulenta da incisão superficial ou profunda; • Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente*; • A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor, exceto se a cultura for negativa; • Deiscência espontânea profunda ou incisão aberta pelo cirurgião e cultura positiva ou não realizada, quando o paciente apresentar pelo menos 1 dos seguintes sinais e sintomas: febre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$), dor ou tumefação localizada; • Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo tecidos profundos, órgão ou cavidade, detectado durante exame clínico, anatomopatológico ou de imagem; • Não considerar que a eliminação de secreção purulenta através de drenos seja necessariamente sinal de ISC. Sinais clínicos (febre, hiperemia, dor, calor, calafrios) ou laboratoriais (leucocitose, aumento de PCR quantitativa ou VHS) são inespecíficos, mas indicam infecção; (ANVISA, 2017) <p>*não serão considerados os resultados de culturas positivas quando coletadas através de swabs (hastes com ponta de algodão).</p> |
| Interpretação | <p>O resultado do indicador reflete o percentual de pacientes que apresentaram infecção de sítio cirúrgico após serem submetidos a uma cirurgia limpa. Quanto menor a taxa de infecção de sítio cirúrgico, melhor.</p> |
| Unidade de medida | % |
| Referência de meta | < 1% |
| Fonte de dados | <p>Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, sistema de notificações à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.</p> |
| Frequência | Mensal. |
| Observações | <p>Não reportar inflamação mínima e drenagem de secreção limitada aos pontos de sutura.</p> |

| NOME DO INDICADOR | 9. TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA LIMPA DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|---------------------|--|
| Dados Estatísticos | <p>Sociedade Americana de Epidemiologia Hospitalar (SHEA) e Sociedade Americana de Doenças Infecciosas (IDSA) publicaram em 2014 dados que, nos Estados Unidos da América (EUA), a ISC comprometeu 2% a 5% dos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos, e que a cada ano no país são observados entre 160.000 a 300.000 casos de ISC.</p> <p>A infecção de sítio cirúrgico (ISC) é um dos principais riscos associados à segurança do paciente no serviço de saúde brasileiro. A ISC encontra-se em 3º lugar entre as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), ocorrendo entre 14% e 16% dos pacientes hospitalizados. A vigilância do paciente cirúrgico ocorre somente durante a internação, há evidências de que o valor é subestimado e que o mesmo poderia variar entre 12% e 84% decorrente de infecções após a alta hospitalar (APECIH, 2001; Oliveira, 2002).</p> <p>Estima-se que 60% dos casos de infecção em sítio cirúrgico podem ser evitados (ANVISA, 2017).</p> |
| Limitações e vieses | <p>A identificação da causa de infecções hospitalares é uma tarefa complexa e que pode prejudicar as estimativas deste indicador quando realizada equivocadamente. A identificação de origem deve ser analisada de forma cautelosa para que se tenha certeza de que se trata de uma infecção primária causada pela cirurgia. Além disso, a taxa de infecção de sítio cirúrgico para cirurgias limpas com implantação de próteses estará subnotificada, visto que esses procedimentos têm potencial para infecção durante um período maior de tempo e não poderão ser detectados por este indicador.</p> |

a) Total de casos de infecção de sítio cirúrgico (ISC) em até 30 dias de cirurgias limpas

| | |
|-----------------------|--|
| Definição | Somatório de casos de infecção de sítio cirúrgico que ocorreram em até ≤30 dias do procedimento cirúrgico limpo. |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes sem indícios clínicos de infecção de sítio cirúrgico e com cultura positiva quando a coleta foi realizada com o uso de swabs (haste flexível com ponta de algodão). |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

b) Total de cirurgias limpas no período

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório de cirurgias limpas que ocorreram no período de interesse. Considerar cirurgia limpa aquelas que são realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário. |
| Critérios de exclusão | Não se aplica |
| Observações | No caso de cirurgia oftalmológica, a conjuntivite será definida como infecção incisional superficial. Não reportar inflamação mínima e drenagem de secreção limitada aos pontos de sutura. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

Operacionalização da coleta de dados

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. **Sítio Cirúrgico**: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Critérios e diagnósticos de infecções Relacionadas a Assistência à Saúde**. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica GVIMS/GGTEs Nº 03/2019**. Critérios Diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília, 2019.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Prevenção da infecção de sítio cirúrgico. São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, A. C. et al. Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação. **Revista de Saúde Pública**, 36(6), 2002.

| NOME DO INDICADOR | 10. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|----------------------|--|
| Conceito | Avaliação da incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter venoso central (CVC) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter. |
| População-alvo | Pacientes internados na instituição que fizeram uso de cateter venoso central. |
| Fórmula de cálculo | $\frac{\text{(total de IPCS em pacientes com CVC)}}{\text{(total de pacientes com CVC-dia)}} \times 1.000$ Estratificar os dados da fórmula em: <ul style="list-style-type: none"> • Unidade de internação neonatal, pediátrica e adulta; • Unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, pediátrica e adulta. As fórmulas estratificadas se encontram na tabela 6. |
| Numerador | Somatório de infecções primárias de corrente sanguínea em pacientes com CVC no período de interesse. Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com diagnóstico de infecção pelo uso de CVC pelo período superior a dois dias de calendário (verificar tabela no campo “observações”); • O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; • Presença de agente patogênico em uma ou mais hemoculturas; • O microrganismo identificado não estar relacionado a outro foco de infecção. Critério de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com infecção prévia ao uso do CVC. |
| Denominador | Somatório de pacientes com cateter venoso central-dia (CVC-dia) no período de interesse. Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com uso de CVC pelo período superior a dois dias de calendário (verificar tabela no campo “observações”). Critério de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com infecção prévia ao uso do CVC. |
| Definição dos termos | Cateter Venoso Central (CVC): é um sistema intravascular indispensável na prática diária da medicina moderna e é utilizado para fluidoterapia, administração de fármacos, produtos sanguíneos, alimentação parentérica, monitorização hemodinâmica, entre outros (Silva, 2009). Considerar também cateteres centrais de inserção periférica (PICC) como CVC. Cateter venoso central-dia (CVC-dia): número de pacientes com uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres. Quando o paciente tiver mais que um cateter central, estes deverão ser contados apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. Considerando um paciente internado por 10 dias com CVC, o mesmo deverá ser contabilizado diariamente. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVC-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. |
| Interpretação | O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVC. Quanto menor a taxa de infecção de corrente sanguínea associada a CVC, melhor. |
| Unidade de medida | Número total para cada 1.000 pacientes CVC-dia. |

| NOME DO INDICADOR | 10. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) DOMÍNIO: SEGURANÇA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------|------------------------|---|--------------------------------|----|------------------------|----|--------------------|----|--------------------|---------------------------------------|--------------------|----|--------------------|----|------------------------|--|
| Referência de meta | ≤ 1 para cada 1.000 pacientes CVC-dia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonte de dados | Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, sistema de notificações à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frequência | Mensal. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observações | <p>Infecção de corrente sanguínea associada ao uso de dispositivo invasivo (CVC): para ser considerada uma infecção associada a dispositivo invasivo, o paciente, na data da infecção, deve estar em uso do dispositivo invasivo por um período maior que dois dias de calendário (ou seja, a partir do D3, sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVC) e o dispositivo estar presente no dia da infecção ou no dia anterior.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="360 902 866 987">Data da infecção e uso do dispositivo (CVC)</th> <th data-bbox="866 902 1407 987">Infecção associada ou não ao dispositivo (CVC)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="360 987 866 1041">Paciente sem dispositivo</td> <td data-bbox="866 987 1407 1041">Infecção não associada</td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1041 866 1095">D1 – instalação do dispositivo invasivo</td> <td data-bbox="866 1041 1407 1095">Infecção não associada</td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1095 866 1149">D2</td> <td data-bbox="866 1095 1407 1149">Infecção não associada</td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1149 866 1202">D3</td> <td data-bbox="866 1149 1407 1202">Infecção associada</td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1202 866 1256">D4</td> <td data-bbox="866 1202 1407 1256">Infecção associada</td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1256 866 1310">D5 – retirada do dispositivo invasivo</td> <td data-bbox="866 1256 1407 1310">Infecção associada</td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1310 866 1364">D6</td> <td data-bbox="866 1310 1407 1364">Infecção associada</td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1364 866 1400">D7</td> <td data-bbox="866 1364 1407 1400">Infecção não associada</td> </tr> </tbody> </table> | Data da infecção e uso do dispositivo (CVC) | Infecção associada ou não ao dispositivo (CVC) | Paciente sem dispositivo | Infecção não associada | D1 – instalação do dispositivo invasivo | Infecção não associada | D2 | Infecção não associada | D3 | Infecção associada | D4 | Infecção associada | D5 – retirada do dispositivo invasivo | Infecção associada | D6 | Infecção associada | D7 | Infecção não associada | |
| | Data da infecção e uso do dispositivo (CVC) | Infecção associada ou não ao dispositivo (CVC) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paciente sem dispositivo | Infecção não associada | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D1 – instalação do dispositivo invasivo | Infecção não associada | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D2 | Infecção não associada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D3 | Infecção associada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D4 | Infecção associada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D5 – retirada do dispositivo invasivo | Infecção associada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D6 | Infecção associada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D7 | Infecção não associada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Local de atribuição da infecção: a infecção será atribuída à unidade na qual o paciente está internado na data do evento. Em casos de transferência, a infecção será atribuída à unidade de origem se ocorrer no dia da transferência (D1) ou no dia seguinte (D2). A partir do D3, esse evento deve ser atribuído à unidade de destino.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="360 1608 866 1662">Data da infecção e transferência do paciente</th> <th colspan="2" data-bbox="866 1608 1319 1662">Atribuição da infecção</th> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1662 866 1715"></td> <th data-bbox="866 1662 1088 1715">UTI</th> <th data-bbox="1088 1662 1319 1715">UI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="360 1715 866 1769">D1 – transferência do paciente</td> <td data-bbox="866 1715 1088 1769">X</td> <td data-bbox="1088 1715 1319 1769"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1769 866 1823">D2</td> <td data-bbox="866 1769 1088 1823">X</td> <td data-bbox="1088 1769 1319 1823"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1823 866 1877">D3</td> <td data-bbox="866 1823 1088 1877"></td> <td data-bbox="1088 1823 1319 1877">X</td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 1877 866 1917">D4</td> <td data-bbox="866 1877 1088 1917"></td> <td data-bbox="1088 1877 1319 1917">X</td> </tr> </tbody> </table> | Data da infecção e transferência do paciente | Atribuição da infecção | | | UTI | UI | D1 – transferência do paciente | X | | D2 | X | | D3 | | X | D4 | | X | | |
| Data da infecção e transferência do paciente | Atribuição da infecção | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | UTI | UI | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D1 – transferência do paciente | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D2 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D3 | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D4 | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fonte: Anvisa, Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 03/2019</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| NOME DO INDICADOR | 10. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|---------------------|--|
| Dados Estatísticos | <p>As infecções hospitalares na sua grande maioria estão associadas ao uso de cateter venoso central (CVC) com taxas de bacteremia substancialmente mais elevadas em pacientes com cateter do que os pacientes sem. As taxas de infecção podem ser influenciadas por fatores intrínsecos do paciente, tipo e gravidade do doente, ainda as condições em que os mesmos foram colocados e a localização da inserção (Silva, 2009).</p> <p>Anualmente são registrados em unidades de tratamento intensivo (UTIs) mais 80.000 casos de infecções relacionadas ao uso de cateter, enquanto estimam-se mais de 250.000 infecções de corrente sanguínea nos hospitais dos Estados Unidos (Mermel et al., 2000; Maki et al., 2006). Os dados apresentados em trabalhos indicam o prolongamento das internações, aumento da mortalidade e financeiro devido a infecções em pacientes que fazem uso de cateter venoso central. Em um trabalho realizado na Inglaterra, foi observada uma mortalidade adicional de 5,7%, e um prolongamento de 11,4 dias de internação (Raleigh et al., 2008). Em outro estudo, realizado em 38 hospitais pediátricos dos Estados Unidos, observou-se um prolongamento de internação de 22,4 dias e em custos hospitalares adicionais de US\$ 172.484 (Kronman et al., 2008).</p> <p>Em 2010, foi realizado o primeiro levantamento do indicador de densidade de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter venoso central (CVC) pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). 18.370 IPCS foram notificadas, dentre elas, 10.889 (59,3%) eram em UTI adulto; 5.956 (32,4%) em UTI neonatal e 1.525 (8,3%) em UTI pediátrica. A proporção de IPCS notificadas com confirmação laboratorial foi de 42,9% no geral, 40,7% em UTI adulto, 51,5% em UTI neonatal e 24,7% em UTI pediátrica. A densidade de incidência de IPCS em UTI adulto, obtida a partir das notificações, foi de 4,8 infecções por 1.000 CVC/dia com confirmação por critérios clínicos, e de 3,3 infecções por 1.000 CVC/dia com confirmação laboratorial.</p> <p>Nos dados apresentados no Observatório 2019 da ANAHP, a densidade de infecção de corrente sanguínea aparece em 2,61% em UTI adulto, 4,87% em UTI neonatal; 1,75% em UTI pediátrica e 1,56% em UTI semi-intensiva.</p> |
| Limitações e vieses | <p>A definição clínica de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter, usada para diagnosticar e tratar pacientes, requer testes laboratoriais específicos que identificam mais detalhadamente o cateter como a fonte da infecção sanguínea sistêmica. Muitas vezes, é problemático estabelecer com precisão se uma infecção da corrente sanguínea é uma infecção associada ao cateter: devido às necessidades clínicas do paciente o cateter nem sempre é retirado, disponibilidade limitada de métodos microbiológicos (muitos laboratórios não usam hemoculturas quantitativas ou tempo diferencial para positividade) e conformidade processual pelo pessoal de assistência direta (a rotulagem deve ser precisa).</p> <p>Definições mais simples são frequentemente usadas para propósitos de vigilância. Por exemplo, infecção da corrente sanguínea associada à linha central é um termo usado pela National Healthcare Safety Network (NHSN) do CDC (Centers for Disease Control). A infecção da corrente sanguínea associada à linha central é uma infecção sanguínea sistêmica primária em um paciente que teve uma linha central dentro do período de 48 horas antes do desenvolvimento da infecção sanguínea sistêmica e não está relacionada à infecção sanguínea em outro local. No entanto, uma vez que algumas infecções de corrente sanguínea são secundárias a outras fontes diferentes da linha central (por exemplo, pancreatite, mucosite) podem não ser facilmente reconhecidas, a definição de vigilância da infecção de corrente sanguínea associada à linha central pode superestimar a verdadeira incidência de infecção da corrente sanguínea associada à cateter venoso central (CDC, 2011).</p> |

| NOME DO INDICADOR | 10. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--|---|--|
| Operaciona- lização da coleta de dados | 10.1. Unidade de internação (UI) neonatal a) Total de infecções de corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC) em pacientes das unidades de internação neonatais | |
| | Definição | Somatório das infecções de corrente sanguínea associadas a CVC em pacientes internados nas unidades de internação neonatais no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC. |
| | Observações | Considerar somente os pacientes que estão em uso de CVC por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação). |
| | Códigos TUSS | 30913012: implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. 40813231: colocação de cateter venoso central ou portocath. 30913098: dissecação de veia com colocação cateter venoso. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | b) Total de pacientes das unidades de internação neonatais com CVC-dia | |
| | Definição | Somatório de pacientes das unidades de internação neonatais com CVC-dia no período de interesse. CVC-dia é o número de pacientes com uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres em cada paciente. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC. |
| | Observações | CVC-dia: número de pacientes em uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVC-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. <ul style="list-style-type: none"> • Considerar somente os pacientes que estão em uso de CVC por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação); • Quando o paciente tiver mais que um cateter central, estes deverão ser contados apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. |
| Códigos TUSS | 30913012: implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. 40813231: colocação de cateter venoso central ou portocath. 30913098: dissecação de veia com colocação cateter venoso. | |
| Formato do dado | Números inteiros. | |

| NOME DO INDICADOR | 10. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--|---|--|
| Operaciona- lização da coleta de dados | 10.2. Unidade de internação (UI) pediátrica c) Total de infecções de corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC) em pacientes das unidades de internação pediátricas | |
| | Definição | Somatório das infecções de corrente sanguínea associadas a CVC em pacientes internados nas unidades de internação pediátricas no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC. |
| | Observações | Considerar somente os pacientes que estão em uso de CVC por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação). |
| | Códigos TUSS | 30913012: implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. 40813231: colocação de cateter venoso central ou portocath. 30913098: dissecação de veia com colocação cateter venoso. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | d) Total de pacientes das unidades de internação pediátricas com CVC-dia | |
| | Definição | Somatório de pacientes das unidades de internação pediátricas com CVC-dia no período de interesse. CVC-dia é o número de pacientes com uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres em cada paciente. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC. |
| | Observações | CVC-dia: número de pacientes em uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVC-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. <ul style="list-style-type: none"> • Considerar somente os pacientes que estão em uso de CVC por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação); • Quando o paciente tiver mais que um cateter central, estes deverão ser contados apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. |
| Códigos TUSS | 30913012: implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. 40813231: colocação de cateter venoso central ou portocath. 30913098: dissecação de veia com colocação cateter venoso. | |
| Formato do dado | Números inteiros. | |

| NOME DO INDICADOR | 10. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--|---|--|
| Operaciona- lização da coleta de dados | 10.3. Unidade de internação (UI) adulta e) Total de infecções de corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC) em pacientes das unidades de internação adultas | |
| | Definição | Somatório das infecções de corrente sanguínea associadas a CVC em pacientes internados nas unidades de internação adultas no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC. |
| | Observações | Considerar somente os pacientes que estão em uso de CVC por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação). |
| | Códigos TUSS | 30913012: implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. 40813231: colocação de cateter venoso central ou portocath. 30913098: dissecação de veia com colocação cateter venoso. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | f) Total de pacientes das unidades de internação adultas com CVC-dia | |
| | Definição | Somatório de pacientes das unidades de internação adultas com CVC-dia no período de interesse. CVC-dia é o número de pacientes com uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres em cada paciente. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC. |
| | Observações | CVC-dia: número de pacientes em uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVC-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. <ul style="list-style-type: none"> • Considerar somente os pacientes que estão em uso de CVC por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação); • Quando o paciente tiver mais que um cateter central, estes deverão ser contados apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. |
| Códigos TUSS | 30913012: implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. 40813231: colocação de cateter venoso central ou portocath. 30913098: dissecação de veia com colocação cateter venoso. | |
| Formato do dado | Números inteiros. | |

| NOME DO INDICADOR | 10. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--------------------------------------|---|--|
| Operacionalização da coleta de dados | 10.4. Unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal g) Total de infecções de corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC) em pacientes das UTIs neonatais | |
| | Definição | Somatório das infecções de corrente sanguínea associadas a CVC em pacientes internados em UTI neonatal no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC. |
| | Observações | Considerar somente os pacientes que estão em uso de CVC por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação). |
| | Códigos TUSS | 30913012: implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. 40813231: colocação de cateter venoso central ou portocath. 30913098: dissecação de veia com colocação cateter venoso. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | h) Total de pacientes das UTIs neonatais com CVC-dia | |
| | Definição | Somatório de pacientes das UTIs neonatais com CVC-dia no período de interesse. CVC-dia é o número de pacientes com uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres em cada paciente. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC. |
| | Observações | CVC-dia: número de pacientes em uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVC-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. <ul style="list-style-type: none"> • Considerar somente os pacientes que estão em uso de CVC por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação); • Quando o paciente tiver mais que um cateter central, estes deverão ser contados apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. |
| Códigos TUSS | 30913012: implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. 40813231: colocação de cateter venoso central ou portocath. 30913098: dissecação de veia com colocação cateter venoso. | |
| Formato do dado | Números inteiros. | |

| NOME DO INDICADOR | 10. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|--|--|
| 10.5. Unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica | |
| i) Total de infecções de corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC) em pacientes das UTIs pediátricas | |
| Definição | Somatório das infecções de corrente sanguínea associadas a CVC em pacientes internados em UTI pediátrica no período de interesse. |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC. |
| Observações | Considerar somente os pacientes que estão em uso de CVC por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação). |
| Códigos TUSS | 30913012: implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. 40813231: colocação de cateter venoso central ou portocath. 30913098: dissecação de veia com colocação cateter venoso. |
| Formato do dado | Números inteiros. |
| j) Total de pacientes das UTIs pediátricas com CVC-dia | |
| Definição | Somatório de pacientes das UTIs pediátricas com CVC-dia no período de interesse. CVC-dia é o número de pacientes com uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres em cada paciente. |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC. |
| Observações | CVC-dia: número de pacientes em uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVC-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. <ul style="list-style-type: none"> • Considerar somente os pacientes que estão em uso de CVC por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação); • Quando o paciente tiver mais que um cateter central, estes deverão ser contados apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. |
| Códigos TUSS | 30913012: implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. 40813231: colocação de cateter venoso central ou portocath. 30913098: dissecação de veia com colocação cateter venoso. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 10. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--------------------------------------|--|--|
| Operacionalização da coleta de dados | 10.6. Unidade de terapia intensiva (UTI) adulta k) Total de infecções de corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC) em pacientes das UTIs adultas | |
| | Definição | Somatório das infecções de corrente sanguínea associadas a CVC em pacientes internados em UTI adulta no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC. |
| | Observações | Considerar somente os pacientes que estão em uso de CVC por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação). |
| | Códigos TUSS | 30913012: implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. 40813231: colocação de cateter venoso central ou portocath. 30913098: dissecação de veia com colocação cateter venoso. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | l) Total de pacientes das UTIs adultas com CVC-dia | |
| | Definição | Somatório de pacientes das UTIs adultas com CVC-dia no período de interesse. CVC-dia é o número de pacientes com uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres em cada paciente. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC. |
| | Observações | CVC-dia: número de pacientes em uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVC-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. <ul style="list-style-type: none"> • Considerar somente os pacientes que estão em uso de CVC por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação); • Quando o paciente tiver mais que um cateter central, estes deverão ser contados apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. |
| | Códigos TUSS | 30913012: implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. 40813231: colocação de cateter venoso central ou portocath. 30913098: dissecação de veia com colocação cateter venoso. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 10. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|-------------------|--|
| Referências | <p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde. Indicador nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde. Boletim Informativo. Brasília, 1 (3), 2011.</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 03/2019. Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília, 2019.</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília, 2010.</p> <p>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. Observatório 2019. Edição 11. 2019.</p> <p>CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Recommendations on use of chlorhexidine-impregnated dressings for prevention of intravascular catheter-related infections. 2017. Disponível em: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/c-i-dressings/index.html. Acesso em: 14 dez. 2018.</p> <p>KRONMAN, M.P. et al. Charges and length of stay attributable to adverse patient-care events using pediatric-specific quality indicators: a multicenter study of restanding children's hospitals. Pediatrics, 121 (6): 2008.</p> <p>MAKI, D.G. et al. The risk of bloodstream infection in adults with different intravascular devices: a systematic review of 200 published prospective studies. Mayo Clinic Proceedings, 81, 2006.</p> <p>MERMEL, L. A. Prevention of intravascular catheter-related infections. (Erratum: Annals of Internal Medicine, 133 (395): 2000. Ann Intern Med. 132. 2000.</p> <p>O'GRADY, M. D. N. P. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. 2011. Disponível em: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/pdf/bsi/bsi. Acesso em: 11 dez. 2018.</p> <p>RALEIGH, V. S. et al. Patient safety indicators for England from hospital administrative data: case-control analysis and comparison with US data. BMJ. 337. 2008.</p> <p>SILVA, A. J. R. et al. Infecção associada ao cateter venoso central – Revisão da Literatura. Revista Referência. Série II, nº 11, 2009.</p> |

Tabela 6. Fórmulas dos cálculos que deverão ser considerados para as estratificações do indicador de densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC).

| | UNIDADE DE INTERNAÇÃO (UI) | UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) |
|------------|---|---|
| Neonatal | (total de IPCS em pacientes com CVC em UI neonatal) / (total de pacientes em UI neonatal com CVC-dia) x 1.000 | (total de IPCS em pacientes com CVC em UTI neonatal) / (total de pacientes em UTI neonatal com CVC-dia) x 1.000 |
| Pediátrico | (total de IPCS em pacientes com CVC em UI pediátrica) / (total de pacientes em UI pediátrica com CVC-dia) x 1.000 | (total de IPCS em pacientes com CVC em UTI pediátrica) / (total de pacientes em UTI pediátrica com CVC-dia) x 1.000 |
| Adulto | (total de IPCS em pacientes com CVC em UI adulta) / (total de pacientes em UI adulta com CVC-dia) x 1.000 | (total de IPCS em pacientes com CVC em UTI adulta) / (total de pacientes em UTI adulta com CVC-dia) x 1.000 |

| NOME DO INDICADOR | 11. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADA A UM CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD) DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|----------------------|---|
| Conceito | Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter. |
| População-alvo | Pacientes internados que fazem uso de cateter vesical de demora. |
| Fórmula de cálculo | $\frac{\text{(total de ITUs em pacientes com CVD)}}{\text{(total de pacientes com CVD-dia)}} \times 1.000$ Estratificar os dados da fórmula em: <ul style="list-style-type: none"> • Unidade de internação (UI) neonatal, pediátrica e adulta; • Unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, pediátrica e adulta. As fórmulas estratificadas se encontram na tabela 7. |
| Numerador | Somatório de infecções do trato urinário em pacientes com CVD no período de interesse. Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário (verificar tabela no campo “observações”); • O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; • Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas. Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que utilizam cateter duplo J; • Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico). |
| Denominador | Total de pacientes com cateter vesical de demora-dia (CVD-dia) no período de interesse. Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias de calendário (verificar tabela no campo “observações”). Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com cateter duplo J. |
| Definição dos termos | Cateter vesical de demora (CVD): considera-se aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente. Cateter vesical de demora-dia (CVD-dia): número de pacientes com uso de CVD por dia. Considerando um paciente internado por 10 dias com CVD, o mesmo deverá ser contabilizado diariamente. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVD-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. |
| Interpretação | O resultado do indicador reflete o número de pacientes que apresentaram infecção de trato urinário associada a cateter vesical de demora a cada 1.000 pacientes que fazem uso de CVD. Quanto menor a taxa de infecção de trato urinário associada a CVD, melhor. |
| Unidade de medida | Número total para cada 1.000 pacientes CVD-dia. |
| Referência de meta | ≤ 2,7 para cada 1.000 pacientes CVD-dia. |

| NOME DO INDICADOR | 11. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADA A UM CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD) DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|-------------------|--|
|-------------------|--|

| | |
|----------------|--|
| Fonte de dados | Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, sistema de notificações à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. |
|----------------|--|

| | |
|------------|---------|
| Frequência | Mensal. |
|------------|---------|

Infecção do trato urinário associada ao uso de dispositivo invasivo (CVD): para ser considerada uma infecção associada a dispositivo invasivo, o paciente, na data da infecção, deve estar em uso do dispositivo invasivo por um período maior que dois dias de calendário (ou seja, a partir do D3, sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD) e o dispositivo estar presente no dia da infecção ou no dia anterior.

| Data da infecção e uso do dispositivo (CVD) | Infecção associada ou não ao dispositivo (CVC) |
|---|--|
| Paciente sem dispositivo | Infecção não associada |
| D1 – instalação do dispositivo invasivo | Infecção não associada |
| D2 | Infecção não associada |
| D3 | Infecção associada |
| D4 | Infecção associada |
| D5 – retirada do dispositivo invasivo | Infecção associada |
| D6 | Infecção associada |
| D7 | Infecção não associada |

Local de atribuição da infecção: a infecção será atribuída à unidade na qual o paciente está internado na data do evento. Em casos de transferência, a infecção será atribuída à unidade de origem se ocorrer no dia da transferência (D1) ou no dia seguinte (D2). A partir do D3, esse evento deve ser atribuído à unidade de destino.

| Data da infecção e transferência do paciente | Atribuição da infecção | |
|--|------------------------|----|
| | UTI | UI |
| D1 – transferência do paciente | X | |
| D2 | X | |
| D3 | | X |
| D4 | | X |

Fonte: Anvisa, Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 03/2019

| NOME DO INDICADOR | 11. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADA A UM CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD) DOMÍNIO: SEGURANÇA | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------|--|-----------------------|--|-------------|--|--------------|--|-----------------|-------------------|
| <p>Dados Estatísticos</p> <p>Limitações e vieses</p> | <p>Infecção do trato urinário é o quarto tipo mais comum de infecção associado a cuidados a saúde. Nos Estados Unidos, a estimativa foi de 93.300 casos em 2011, correspondendo a mais de 12% dos casos de infecção. Estima-se que a cada dia de uso de CVD o risco de adquirir infecção aumenta de 3% a 7%. Estima-se que mais de 13.000 mortes estejam associadas a infecção de trato urinário (NHNS, 2019). A densidade de incidência de infecção do trato urinário é de 3,1-7,4/1000 cateteres/dia. Valores entre 16-25% representam a porcentagem de pacientes hospitalizados que serão submetidos a uso de cateter vesical, de alívio ou de demora, durante a hospitalização, muitas vezes sob indicação clínica equivocada ou inexistente (ANVISA, 2013). Em um estudo com um grupo de pacientes geriátricos, 38,3% das indicações para uso de cateter vesical foram indevidas e, após a alta, a independência foi afetada negativamente (Andrade, 2016). Em dados publicados pela ANAHP em seu Observatório 2019, a densidade de incidência de infecção do trato urinário relacionado a cateter vesical de demora aparece em 1,95% em UTI adulto, 12,57% em UTI pediátrica e 10,57% na UTI semi-intensiva.</p> <p>Um fator de extrema relevância é a permanência do cateter vesical, pois está diretamente associado à colonização e infecção, bacteriana e fúngica (ANVISA 2017). Além do fator já mencionado, tempos prolongados de uso do cateter também levam a restrição da mobilidade, traumas uretrais por tração e aumento dos custos hospitalares (Knoll, 2011). Aproximadamente 80% das infecções urinárias estão relacionadas a sondagem (Munsasinghe, 2001). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) determina que seja notificado o número de Infecções do Trato Urinário associadas ao uso do cateter vesical de demora (ITU-CVD) identificadas no mês de vigilância e o número de pacientes com cateter vesical de demora no mês de vigilância (NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 02/2017).</p> <p>A identificação da causa de infecções hospitalares é uma tarefa complexa e que pode prejudicar as estimativas deste indicador quando realizada equivocadamente.</p> | | | | | | | | | | |
| <p>Operacionalização da coleta de dados</p> | <p>Unidade de internação (UI) neonatal a) Total de infecções de trato urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD) em pacientes das unidades de internação neonatais</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="357 1417 528 1671">Definição</td> <td data-bbox="528 1417 1406 1671">Somatório das infecções do trato urinário associadas a CVD em pacientes internados nas unidades de internação neonatais no período de interesse. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD).</td> </tr> <tr> <td data-bbox="357 1671 528 1749">Critérios de exclusão</td> <td data-bbox="528 1671 1406 1749">Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="357 1749 528 1827">Observações</td> <td data-bbox="528 1749 1406 1827">Pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos devem ser enquadrados no indicador 9 (infecção de sítio cirúrgico).</td> </tr> <tr> <td data-bbox="357 1827 528 1906">Códigos TUSS</td> <td data-bbox="528 1827 1406 1906">20104049: cateterismo vesical em retenção urinária.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="357 1906 528 1984">Formato do dado</td> <td data-bbox="528 1906 1406 1984">Números inteiros.</td> </tr> </table> | Definição | Somatório das infecções do trato urinário associadas a CVD em pacientes internados nas unidades de internação neonatais no período de interesse. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos. | Observações | Pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos devem ser enquadrados no indicador 9 (infecção de sítio cirúrgico). | Códigos TUSS | 20104049: cateterismo vesical em retenção urinária. | Formato do dado | Números inteiros. |
| Definição | Somatório das infecções do trato urinário associadas a CVD em pacientes internados nas unidades de internação neonatais no período de interesse. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). | | | | | | | | | | |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos. | | | | | | | | | | |
| Observações | Pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos devem ser enquadrados no indicador 9 (infecção de sítio cirúrgico). | | | | | | | | | | |
| Códigos TUSS | 20104049: cateterismo vesical em retenção urinária. | | | | | | | | | | |
| Formato do dado | Números inteiros. | | | | | | | | | | |

| NOME DO INDICADOR | 11. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADA A UM CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD) DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--------------------------------------|---|---|
| Operacionalização da coleta de dados | b) total de pacientes das unidades de internação neonatais com cvd-dia | |
| | Definição | Somatório de pacientes das unidades de internação neonatais com CVD- dia no período de interesse. CVD-dia é o número de pacientes com uso de CVD por dia, independente do número de cateteres em cada paciente. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J, punção suprapúbica ou cateterização intermitente. |
| | Observações | CVD-dia: número de pacientes em uso de CVD por dia. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVD-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. |
| | Códigos TUSS | 20104049 : cateterismo vesical em retenção urinária. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | Unidade de internação (UI) pediátrica | |
| | c) Total de infecções de trato urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD) em pacientes das unidades de internação pediátricas | |
| | Definição | Somatório das infecções do trato urinário associadas a CVD em pacientes internados nas unidades de internação pediátricas no período de interesse. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos. |
| | Observações | Pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos devem ser enquadrados no indicador 9 (infecção de sítio cirúrgico). |
| | Códigos TUSS | 20104049 : cateterismo vesical em retenção urinária. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 11. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADA A UM CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD) DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--|--|---|
| Operaciona- lização da coleta de dados | d) total de pacientes das unidades de internação pediátricas com cvd-dia | |
| | Definição | Somatório de pacientes das unidades de internação pediátricas com CVD- dia no período de interesse. CVD-dia é o número de pacientes com uso de CVD por dia, independente do número de cateteres em cada paciente. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J, punção suprapúbica ou cateterização intermitente. |
| | Observações | CVD-dia: número de pacientes em uso de CVD por dia. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVD-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. |
| | Códigos TUSS | 20104049: cateterismo vesical em retenção urinária. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | Unidade de internação (UI) adulta | |
| | e) Total de infecções de trato urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD) em pacientes das unidades de internação adultas | |
| | Definição | Somatório das infecções do trato urinário associadas a CVD em pacientes internados nas unidades de internação adultas no período de interesse. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos. |
| Observações | Pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos devem ser enquadrados no indicador 9 (infecção de sítio cirúrgico). | |
| Códigos TUSS | 20104049: cateterismo vesical em retenção urinária. | |
| Formato do dado | Números inteiros. | |

| NOME DO INDICADOR | 11. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADA A UM CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD) DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--|--|--|
| Operaciona- lização da coleta de dados | f) total de pacientes das unidades de internação adultas com cvd-dia | |
| | Definição | Somatório de pacientes das unidades de internação adultas com CVD-dia no período de interesse. CVD-dia é o número de pacientes com uso de CVD por dia, independente do número de cateteres em cada paciente. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J, punção suprapúbica ou cateterização intermitente. |
| | Observações | CVD-dia: número de pacientes em uso de CVD por dia. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVD-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. |
| | Códigos TUSS | 20104049 : cateterismo vesical em retenção urinária. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | Unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal | |
| | g) Total de infecções de trato urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD) em pacientes das UTIs neonatais | |
| | Definição | Somatório das infecções do trato urinário associadas a CVD em pacientes internados na UTI neonatal no período de interesse. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos. |
| | Observações | Pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos devem ser enquadrados no indicador 9 (infecção de sítio cirúrgico). |
| | Códigos TUSS | 20104049 : cateterismo vesical em retenção urinária. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 11. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADA A UM CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD) DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--|--|--|
| Operaciona- lização da coleta de dados | h) total de pacientes das UTIs neonatais com cvd-dia | |
| | Definição | Somatório de pacientes das UTIs neonatais com CVD-dia no período de interesse. CVD-dia é o número de pacientes com uso de CVD por dia, independente do número de cateteres em cada paciente. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J, punção suprapúbica ou cateterização intermitente. |
| | Observações | CVD-dia: número de pacientes em uso de CVD por dia. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVD-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. |
| | Códigos TUSS | 20104049 : cateterismo vesical em retenção urinária. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |
| | Unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica | |
| | i) Total de infecções de trato urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD) em pacientes das UTIs pediátricas | |
| | Definição | Somatório das infecções do trato urinário associadas a CVD em pacientes internados na UTI pediátrica no período de interesse. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos. |
| | Observações | Pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos devem ser enquadrados no indicador 9 (infecção de sítio cirúrgico). |
| | Códigos TUSS | 20104049 : cateterismo vesical em retenção urinária. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |

NOME DO INDICADOR

11. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADA A UM CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD)

DOMÍNIO: SEGURANÇA

j) total de pacientes das UTIs pediátricas com cvd-dia

| | |
|-----------------------|--|
| Definição | Somatório de pacientes das UTIs pediátricas com CVD-dia no período de interesse. CVD-dia é o número de pacientes com uso de CVD por dia, independente do número de cateteres em cada paciente. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J, punção suprapúbica ou cateterização intermitente. |
| Observações | CVD-dia: número de pacientes em uso de CVD por dia. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVD-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. |
| Códigos TUSS | 20104049 : cateterismo vesical em retenção urinária. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

Operacionalização da coleta de dados

Unidade de terapia intensiva (UTI) adulta

k) Total de infecções de trato urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD) em pacientes das UTIs adultas

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório das infecções do trato urinário associadas a CVD em pacientes internados na UTI adulta no período de interesse. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos. |
| Observações | Pacientes com infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos devem ser enquadrados no indicador 9 (infecção de sítio cirúrgico). |
| Códigos TUSS | 20104049 : cateterismo vesical em retenção urinária. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

NOME DO INDICADOR**11. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADA A UM CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD)****DOMÍNIO: SEGURANÇA****I) total de pacientes das UTIs adultas com cvd-dia**Operaciona-
lização da
coleta de dados

| | |
|-----------------------|--|
| Definição | Somatório de pacientes das UTIs adultas com CVD-dia no período de interesse. CVD-dia é o número de pacientes com uso de CVD por dia, independente do número de cateteres em cada paciente. Considerar somente os pacientes que estão hospitalizados na instituição há mais de 24 horas e em uso de CVD por um período de dois dias ou mais, sem contar o dia da instalação do dispositivo (a partir do D3, sendo D1 o dia da instalação ou o dia da chegada na instituição para pacientes que já estavam em uso de CVD). |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J, punção suprapúbica ou cateterização intermitente. |
| Observações | CVD-dia: número de pacientes em uso de CVD por dia. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVD-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia. |
| Códigos TUSS | 20104049 : cateterismo vesical em retenção urinária. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

NOME DO INDICADOR**11. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) ASSOCIADA A UM CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD)****DOMÍNIO: SEGURANÇA**

Referências

- ANDRADE, V.L.F.; FERNANDES, F. A. V. Prevenção da Infecção do trato urinário associada ao cateterismo: estratégias na implementação de guidelines internacionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 24, 2016.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviço de Saúde. Brasília, 2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 02/2017**. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde para Notificação dos Indicadores Nacionais.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 03/2019**. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília, 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução nº 07, de 24 de fevereiro de 2010**. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília, 2010.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Brasil). **Observatório 2019**. – 11ª Edição. 2019.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Healthcare Safety Network (NHSN). **Patient Safety Component Manual**. 2019.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Healthcare Safety Network (NHSN). The NHSN standardized infection ratio (SIR): a guide to SIR. 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/ps-analysisresources/nhsn-sir-guide.pdf>. Acesso em: 28 maio 2019.
- KNOLL, B. M. et al. Reduction of inappropriate urinary catheter use at a veterans affairs hospital through a multifaceted quality improvement project. **Clinical Infections Diseases**, 52(11), 2011.
- CHAVES, N. M. O.; MORAES, C. L. K. Controle de Infecção em cateterismo vesical de demora em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste mineiro**, 5(2), 2015.
- MENEGUETI, M. G. et al. Infecção urinária em unidade de terapia intensiva: um indicador de processo para prevenção. **Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste**, 13(3), 2012.
- MUNSASINGHE, R. L. et al. Appropriateness of use of indwelling urinary catheters in patients admitted to the medical service. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, 22(10), 2001.

Tabela 7. Fórmulas dos cálculos que deverão ser considerados para as estratificações do indicador densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a CVD.

| | UNIDADE DE INTERNAÇÃO (UI) | UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) |
|-------------------|---|---|
| Neonatal | (total de ITUs em pacientes com CVD em UI neonatal) / (total de pacientes em UI neonatal com CVD-dia) x 1.000 | (total de ITUs em pacientes com CVD em UTI neonatal) / (total de pacientes em UTI neonatal com CVD-dia) x 1.000 |
| Pediátrico | (total de ITUs em pacientes com CVD em UI pediátrica) / (total de pacientes em UI pediátrica com CVD-dia) x 1.000 | (total de ITUs em pacientes com CVD em UTI pediátrica) / (total de pacientes em UTI pediátrica com CVD-dia) x 1.000 |
| Adulto | (total de ITUs em pacientes com CVD em UI adulta) / (total de pacientes em UI adulta com CVD-dia) x 1.000 | (total de ITUs em pacientes com CVD em UTI adulta) / (total de pacientes em UTI adulta com CVD-dia) x 1.000 |

| NOME DO INDICADOR | 12. TAXA DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|--------------------|--|
| Conceito | Avaliação da taxa de pacientes em risco trombótico não baixo que receberam profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV). |
| População-alvo | Pacientes admitidos no hospital que possuem risco trombótico não baixo. |
| Fórmula de cálculo | <p>(total de pacientes com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia TEV) / (total de pacientes com risco trombótico não baixo internados na instituição) x 100</p> <p>Estratificar os dados da fórmula em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínico; • Cirúrgico ortopédico; • Cirúrgico não ortopédico. <p>As fórmulas estratificadas se encontram na tabela 8.</p> |
| Numerador | <p>Total de pacientes com risco trombótico não baixo que receberam tromboprofilaxia.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que apresentaram risco trombótico não baixo e que receberam tromboprofilaxia adequada; • Pacientes com idade ≥ 18 anos. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internações com diagnóstico principal de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar, ou como diagnóstico secundário se presente no momento da admissão; • Internações com diagnóstico principal desconhecido; • Em uso de anticoagulação plena; • Internações relacionadas a gestação, parto e puerpério. |
| Denominador | <p>Total de pacientes elegíveis conforme ferramenta utilizada para a análise de risco como sendo de risco não baixo para TEV.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes clínicos e cirúrgicos (ortopédicos e não ortopédicos) internados com idade ≥ 18 anos. <p>Critério de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iguais aos do numerador. |

Definição dos termos

Tromboprofilaxia adequada: considerar estratégias farmacológicas e não farmacológicas adotadas em protocolos baseados em evidências científicas.

Risco trombótico não baixo: em geral, as condições genéricas que configuram risco aumentado de TVP são:

- repouso prolongado no leito;
- viagens prolongadas;
- imobilização de membros inferiores;
- insuficiência venosa periférica;
- insuficiência cardíaca congestiva;
- infarto agudo do miocárdio;
- acidente vascular cerebral;
- policitemia;
- trauma;
- cirurgia ortopédica e vascular;
- cirurgia prolongada;
- câncer;
- doença inflamatória crônica (ileite regional, retocolite ulcerativa);
- síndrome nefrótica;
- infecções graves;
- diabetes;
- puerpério;
- estados de trombofilia;
- pacientes acima de 40 anos de idade o risco dobra por década de vida;
- tabagismo;
- obesidade;
- reposição estrogênica.

(Comissão de Circulação Pulmonar da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2000)

Risco trombótico em pacientes cirúrgicos:

- Risco baixo: pequena cirurgia em pacientes com menos de 40 anos de idade sem fatores de risco.
- Risco moderado: qualquer cirurgia em pacientes entre 40 e 60 anos de idade sem fatores de risco; ou grande cirurgia em pacientes com menos de 40 anos de idade sem fatores de risco; pequena cirurgia em pacientes com fatores de risco.
- Risco alto: grande cirurgia em pacientes com mais de 60 anos de idade sem fatores adicionais de risco; pacientes entre 40 e 60 anos de idade com fatores adicionais de risco.
- Risco muito alto: grande cirurgia em paciente com mais de 40 anos de idade com antecedentes de tromboembolismo venoso (TEV), com doença maligna ou estados de hipercoagulabilidade (trombofilia). Pacientes com grande cirurgia ortopédica eletiva de membros inferiores, cirurgia de colo de fêmur, trauma múltiplo ou lesão da medula espinhal.

Anticoagulação plena: considerar anticoagulação plena o uso dos seguintes medicamentos:

femprocumona, varfarina, dabigatran, Rivaroxaban, apixaban, Edoxaban, Enoxaparina na dose de 40 a 80 mg 2x/dia e heparina não-fracionada em bomba de infusão.

Procedimentos cirúrgicos ortopédicos: considerar nesta categoria todos os procedimentos relacionados aos grupos TUSS "Sistema musculoesquelético e articulações" (3070 a 3073) de acordo com a tabela de procedimentos médicos anexa à Instrução Normativa 44 da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/in/anexo_in44_dides.pdf

| NOME DO INDICADOR | 12. TAXA DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|--------------------|---|
| Interpretação | O resultado do indicador reflete o percentual de pacientes que receberam profilaxia para TEV em relação ao total de pacientes internados no mesmo período que apresentaram risco trombótico não baixo. Quanto maior o percentual, melhor. |
| Unidade de medida | %. |
| Referência de meta | 100% |
| Fonte de dados | Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes. |
| Frequência | Mensal. |
| Observações | Os medicamentos descritos na ficha são exemplificativos. Os hospitais devem adotar protocolos de prevenção de tromboembolismo baseados em evidências. |
| Dados Estatísticos | <p>A trombose venosa profunda (TVP) é uma doença caracterizada pela presença de trombos oclusivos parciais ou totais em veias do sistema venoso profundo, relacionados a vários fatores de risco, podendo se manifestar em pacientes hígidos ou pacientes com complicações clínicas e/ou cirúrgicas (Engelhorn, 2002). O TVP pode levar a complicações como embolia pulmonar e síndrome pós-trombótica (Bick, 2000), sendo a embolia pulmonar a principal causa de óbitos evitáveis em leitos hospitalares (Anderson, 1991). Há uma grande preocupação com eventos tromboticos devido às altas taxas de morbidade e mortalidade e da apresentação clínica com sintomas escassos e, muitas vezes, inespecíficos (Paiva, 2013). A TVP é a terceira causa mortis de doença cardiovascular nos EUA, ocorrendo em 1% da população (Dryjski, 2001). A baixa aderência ou uso incorreto da profilaxia de TVP são demonstrados em estudos, mas a prevenção adequada reduz em dois terços os casos de TVP (Engelhorn, 2002).</p> <p>Estudos têm apresentado resultados que indicam que os óbitos ocorridos diretamente por tromboembolismo pulmonar (TEP) ocorrem nas primeiras duas horas do evento, sendo assim, a terapêutica de maior impacto na mortalidade é a prevenção (Sociedade Brasileira de Pneumologia, 2000).</p> <p>Os fatores de risco que devem ser considerados para prevenção do tromboembolismo venoso, segundo a Comissão de Circulação Pulmonar da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, estão apresentados na seção “Definição dos termos” com o intuito de facilitar a classificação dos pacientes de risco trombótico não-baixo. Além das condições citadas, é importante mencionar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tabagismo e obesidade parecem ser fatores complementares e não independentes de risco; • a reposição estrogênica apresenta evidências conflitantes de risco primário; • episódios prévios de tromboembolia venosa associados a um novo fator transitório de risco e cirurgia por câncer dobram o risco de novo evento tromboembólico; • pacientes com infarto agudo do miocárdio e/ou acidente vascular cerebral com paralisia podem ser classificados como de risco alto ou muito alto, por serem epidemiologicamente mais relacionados com TVP, provavelmente pela maior possibilidade de desenvolverem os mecanismos básicos pró-coagulação; • pacientes com câncer pertencem ao grupo de alto risco para tromboembolia venosa, pela associação da neoplasia em si, drogas quimioterápicas, imobilidade, infecções e cirurgia; • cateteres centrais de demora são fatores de desenvolvimento de trombose venosa profunda nos locais de inserção, usualmente veias subclávias e axilares. |

| NOME DO INDICADOR | 12. TAXA DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--------------------------------------|---|---|
| Limitações e vieses | <p>A diferenciação entre a trombose presente no momento da internação ou a que teve seu desenvolvimento durante a permanência do paciente no hospital é um fator limitante. Além disso, a preocupação com custos de internação tem levado a altas precoces, fazendo com que muitos casos de tromboembolismo ocorram em domicílio.</p> | |
| Operacionalização da coleta de dados | <p>12.1. Pacientes clínicos a) Total de pacientes clínicos adultos com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV)</p> | |
| | Definição | Somatório dos pacientes clínicos adultos com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia de TEV adequada no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que estão em uso de anticoagulação plena, pacientes com diagnóstico principal de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar (ou com diagnóstico secundário já no momento da admissão), internações relacionadas a gestação, parto e puerpério ou internações com informações faltantes. |
| | Observações | <p>Trombopprofilaxia adequada: considerar estratégias farmacológicas e não-farmacológicas: heparina não fracionada (dose profilática sugerida 5000 UI de 8/8h ou 12/12h) heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 40mg subcutâneo 1x/dia ou equivalente) e dispositivos de compressão pneumática intermitente de membros inferiores.</p> <p>Risco trombótico não baixo: em geral, as condições genéricas que configuram risco aumentado de TVP são repouso prolongado no leito, viagens prolongadas, imobilização de membros inferiores, insuficiência venosa periférica, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, policitemia, trauma, cirurgia ortopédica e vascular, cirurgia prolongada, câncer, doença inflamatória crônica (ileíte regional, retocolite ulcerativa), síndrome nefrótica, infecções graves, diabetes, puerpério, estados de trombofilia, pacientes acima de 40 anos de idade o risco dobra por década de vida, tabagismo, obesidade e reposição estrogênica.</p> <p>Anticoagulação plena: considerar anticoagulação plena o uso dos seguintes medicamentos: femprocumona (Marcoumar®), varfarina (Marevan®), dabigatran (Pradaxa®) Rivaroxaban (Xarelto®), apixaban (Eliquis®), Edoxaban (Lixiana®), Enoxaparina na dose de 40 a 80 mg 2x/dia (Clexane®) e heparina não-fracionada em bomba de infusão.</p> |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 12. TAXA DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--|--|---|
| Operaciona- lização da coleta de dados | b) Total de pacientes clínicos adultos com risco trombótico não baixo | |
| | Definição | Somatório dos pacientes clínicos adultos elegíveis (pacientes classificados como risco não baixo de acordo com a ferramenta utilizada pelo hospital) no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com tempo de permanência previsto inferior a 24 horas. |
| | Observações | Risco trombótico não baixo: em geral, as condições genéricas que configuram risco aumentado de TVP são repouso prolongado no leito, viagens prolongadas, imobilização de membros inferiores, insuficiência venosa periférica, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, policitemia, trauma, cirurgia ortopédica e vascular, cirurgia prolongada, câncer, doença inflamatória crônica (ileíte regional, retocolite ulcerativa), síndrome nefrótica, infecções graves, diabetes, puerpério, estados de trombofilia, pacientes acima de 40 anos de idade o risco dobra por década de vida, tabagismo, obesidade e reposição estrogênica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 12. TAXA DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--|--|--|
| Operaciona- lização da coleta de dados | 12.2. Pacientes cirúrgicos ortopédicos c) Total de pacientes cirúrgicos ortopédicos adultos com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV) | |
| | Definição | Somatório dos pacientes cirúrgicos ortopédicos adultos com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia de TEV adequada no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que estão em uso de anticoagulação plena, pacientes com diagnóstico principal de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar (ou com diagnóstico secundário já no momento da admissão), internações relacionadas a gestação, parto e puerpério ou internações com informações faltantes. |
| | Observações | <p>Tromboprofilaxia adequada: considerar estratégias farmacológicas e não-farmacológicas: heparina não fracionada (dose profilática sugerida 5000 UI de 8/8h ou 12/12h) heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 40mg subcutâneo 1x/dia ou equivalente) e dispositivos de compressão pneumática intermitente de membros inferiores.</p> <p>Risco trombótico não baixo: em geral, as condições genéricas que configuram risco aumentado de TVP são repouso prolongado no leito, viagens prolongadas, imobilização de membros inferiores, insuficiência venosa periférica, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, policitemia, trauma, cirurgia ortopédica e vascular, cirurgia prolongada, câncer, doença inflamatória crônica (ileíte regional, retocolite ulcerativa), síndrome nefrótica, infecções graves, diabetes, puerpério, estados de trombofilia, pacientes acima de 40 anos de idade o risco dobra por década de vida, tabagismo, obesidade e reposição estrogênica.</p> <p>Anticoagulação plena: considerar anticoagulação plena o uso dos seguintes medicamentos: femprocumona (Marcoumar®), varfarina (Marevan®), dabigatran (Pradaxa®) Rivaroxaban (Xarelto®), apixaban (Eliquis®), Edoxaban (Lixiana®), Enoxaparina na dose de 40 a 80 mg 2x/dia (Clexane®) e heparina não-fracionada em bomba de infusão.</p> |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 12. TAXA DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--|--|---|
| Operaciona- lização da coleta de dados | d) Total de pacientes cirúrgicos ortopédicos adultos com risco trombótico não baixo | |
| | Definição | Somatório dos pacientes cirúrgicos ortopédicos adultos elegíveis (pacientes classificados como risco não baixo de acordo com a ferramenta utilizada pelo hospital) no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com tempo de permanência previsto inferior a 24 horas. |
| | Observações | Risco trombótico não baixo: em geral, as condições genéricas que configuram risco aumentado de TVP são repouso prolongado no leito, viagens prolongadas, imobilização de membros inferiores, insuficiência venosa periférica, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, policitemia, trauma, cirurgia ortopédica e vascular, cirurgia prolongada, câncer, doença inflamatória crônica (ileíte regional, retocolite ulcerativa), síndrome nefrótica, infecções graves, diabetes, puerpério, estados de trombofilia, pacientes acima de 40 anos de idade o risco dobra por década de vida, tabagismo, obesidade e reposição estrogênica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |

| NOME DO INDICADOR | 12. TAXA DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO DOMÍNIO: SEGURANÇA | |
|--|--|--|
| Operaciona- lização da coleta de dados | 12.3. Pacientes cirúrgicos não ortopédicos e) Total de pacientes cirúrgicos não ortopédicos adultos com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV) | |
| | Definição | Somatório dos pacientes cirúrgicos não ortopédicos adultos com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia de TEV adequada no período de interesse. |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes que estão em uso de anticoagulação plena, pacientes com diagnóstico principal de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar (ou com diagnóstico secundário já no momento da admissão), internações relacionadas a gestação, parto e puerpério ou internações com informações faltantes. |
| | Observações | <p>Tromboprofilaxia adequada: considerar estratégias farmacológicas e não-farmacológicas: heparina não fracionada (dose profilática sugerida 5000 UI de 8/8h ou 12/12h) heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 40mg subcutâneo 1x/dia ou equivalente) e dispositivos de compressão pneumática intermitente de membros inferiores.</p> <p>Risco trombótico não baixo: em geral, as condições genéricas que configuram risco aumentado de TVP são repouso prolongado no leito, viagens prolongadas, imobilização de membros inferiores, insuficiência venosa periférica, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, policitemia, trauma, cirurgia ortopédica e vascular, cirurgia prolongada, câncer, doença inflamatória crônica (ileíte regional, retocolite ulcerativa), síndrome nefrótica, infecções graves, diabetes, puerpério, estados de trombofilia, pacientes acima de 40 anos de idade o risco dobra por década de vida, tabagismo, obesidade e reposição estrogênica.</p> <p>Anticoagulação plena: considerar anticoagulação plena o uso dos seguintes medicamentos: femprocumona (Marcoumar®), varfarina (Marevan®), dabigatran (Pradaxa®) Rivaroxaban (Xarelto®), apixaban (Eliquis®), Edoxaban (Lixiana®), Enoxaparina na dose de 40 a 80 mg 2x/dia (Clexane®) e heparina não-fracionada em bomba de infusão.</p> |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Formato do dado | Números inteiros. |

f) Total de pacientes cirúrgicos não ortopédicos adultos com risco trombótico não baixo

Operacionalização da coleta de dados

| | |
|-----------------------|---|
| Definição | Somatório dos pacientes cirúrgicos não ortopédicos adultos elegíveis (pacientes classificados como risco não baixo de acordo com a ferramenta utilizada pelo hospital) no período de interesse. |
| Critérios de exclusão | Não considerar pacientes com tempo de permanência previsto inferior a 24 horas. |
| Observações | Risco trombótico não baixo: em geral, as condições genéricas que configuram risco aumentado de TVP são repouso prolongado no leito, viagens prolongadas, imobilização de membros inferiores, insuficiência venosa periférica, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, policitemia, trauma, cirurgia ortopédica e vascular, cirurgia prolongada, câncer, doença inflamatória crônica (ileíte regional, retocolite ulcerativa), síndrome nefrótica, infecções graves, diabetes, puerpério, estados de trombofilia, pacientes acima de 40 anos de idade o risco dobra por década de vida, tabagismo, obesidade e reposição estrogênica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

Referências

- ANDERSON Jr., F. A. et al. A population-based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. **Archives of Internal Medicine**, 151, 1991.
- BICK, R. L. Proficient and cost-effective approaches for the prevention and treatment of venous thrombosis and thromboembolism. **Drugs**, 60(3), 2000.
- COMISSÃO DE CIRCULAÇÃO PULMONAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMONIA E TISIOLOGIA. Recomendações para a prevenção do tromboembolismo venoso. **Journal of Pneumologia**, 26(3), 2000.
- DRYJSKI, M. et al. Evaluation of screening protocol to exclude the diagnosis of deep venous thrombosis among emergency department patients. **Journal for Vascular Surgery**, 34, 2001.
- ENGELHORN, C. A. et al. Profilaxia da trombose venosa profunda - estudo epidemiológico em um hospital escola. **Journal Vascular Brasileiro**, 1, 2002.
- PAIVA, R. A. et al. Protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso no Instituto Ivo Pitanguy: eficácia e segurança em 1.351 pacientes. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, 28(1), 2013.

Tabela 8. Fórmulas dos cálculos que deverão ser considerados para as estratificações do indicador de taxa de profilaxia de TEV.

| | |
|--------------------------|---|
| Clínico | $(\text{total pacientes clínicos com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia de TEV}) / (\text{total de pacientes clínicos com risco trombótico não baixo internados na instituição}) \times 100$ |
| Cirúrgico ortopédico | $(\text{total pacientes cirúrgicos ortopédicos com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia de TEV}) / (\text{total de pacientes cirúrgicos ortopédicos com risco trombótico não baixo internados na instituição}) \times 100$ |
| Cirúrgico não ortopédico | $(\text{total pacientes cirúrgicos não ortopédicos com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia de TEV}) / (\text{total de pacientes cirúrgicos não ortopédicos com risco trombótico não baixo internados na instituição}) \times 100$ |

| NOME DO INDICADOR | 13. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE QUEDAS RESULTANDO EM LESÃO EM PACIENTE |
|----------------------|---|
| Conceito | Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição. |
| População-alvo | Pacientes internados na instituição. |
| Fórmula de cálculo | $(\text{total de quedas com dano em pacientes}) / (\text{total de pacientes-dia}) \times 1.000.$ |
| Numerador | <p>Total de pacientes admitidos que sofreram queda com dano no período de interesse.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes internados na instituição que sofreram queda com dano (lesões do tipo II, III, IV e V); • Todos os pacientes da instituição independente da idade. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes internados que sofreram quedas sem danos (nível I). |
| Denominador | <p>Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes internados na instituição. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável. |
| Definição dos termos | <p>Queda: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008; Sociedade Hospital Samaritano, 2013).</p> <p>Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico.</p> <p>Níveis de lesão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível I (nenhum): paciente não sofreu lesões. • Nível II (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. • Nível III (moderado): resultou em sutura, aplicação de steri-strips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. • Nível IV (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou interna. • Nível V (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda. • NPD: não é possível determinar a partir da documentação. <p>Pacientes-dia: é a medida da assistência prestada a um paciente internado durante o período de um dia hospitalar, ou seja, é o volume de pacientes que estão pernando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia.</p> |
| Interpretação | O resultado do indicador reflete o número de quedas que resultaram em danos a cada 1.000 pacientes internados. Quanto menor a taxa, melhor. |

| NOME DO INDICADOR | 13. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE QUEDAS RESULTANDO EM LESÃO EM PACIENTE |
|--------------------|---|
| Unidade de medida | Número total a cada 1.000 pacientes-dia. |
| Referência de meta | ≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia. |
| Fonte de dados | Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes, instrumentos de notificação de quedas. |
| Frequência | Mensal. |
| Observações | Sugerimos que seja realizada uma busca ativa ou registro diário de eventos sentinela para dados mais fidedignos. |
| Dados Estatísticos | <p>Tanto o ambiente físico como os fatores vinculados ao paciente, idade avançada, história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural, estão associados a queda de pacientes em hospitais (Miake-Lye, 2013). Ao ambiente físico podemos citar piso desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos (Miake-Lye, 2013).</p> <p>Entre as quedas observadas em uma instituição, 30% a 50% dos casos resultam em danos ao paciente, entre estes 6% a 44% resultam em danos que podem ser de natureza grave, fraturas, hematomas, sangramentos podendo levar ao óbito (Boushon, 2012).</p> <p>A taxa de queda observada em pacientes de hospitais de países desenvolvidos varia entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia (Oliver, 2010). Em um hospital privado no estado de São Paulo, foi realizada uma pesquisa onde observou-se que 51,2% das quedas registradas tiveram algum tipo de dano, sendo em 11,3% considerados danos sérios (Correa, 2010). As quedas contribuem para o aumento de permanência hospitalar e também interferem na recuperação (Abreu, 2006). Além das consequências para o paciente, a imagem das instituições (hospitais e operadoras dos planos de saúde) também é afetada. (Correa, 2012).</p> <p>Nos dados do Observatório 2019 da ANAHP, a densidade de incidência de queda de pacientes com lesão moderada ou grave foi de 6,76% em pacientes com 18 anos ou mais, e de 8,49% em pacientes com menos de 18 anos.</p> |

| NOME DO INDICADOR | 13. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE QUEDAS RESULTANDO EM LESÃO EM PACIENTE | | |
|--|---|---|---|
| Limitações e vieses | Entre as limitações de coleta deste indicador, podemos mencionar a subnotificação, mas o uso de protocolos de prevenção de queda pode ser uma maneira de se evitar esta limitação. | | |
| Operacionalização da coleta de dados | a) Total de quedas com dano em pacientes | | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="357 459 523 555">Definição</td> <td data-bbox="523 459 1398 555">Somatório das quedas com dano (lesões tipo II, III, IV e V) que ocorreram em pacientes admitidos na instituição no período de interesse.</td> </tr> </table> | Definição | Somatório das quedas com dano (lesões tipo II, III, IV e V) que ocorreram em pacientes admitidos na instituição no período de interesse. |
| | Definição | Somatório das quedas com dano (lesões tipo II, III, IV e V) que ocorreram em pacientes admitidos na instituição no período de interesse. | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="357 555 523 660">Critérios de exclusão</td> <td data-bbox="523 555 1398 660">Não considerar pacientes ambulatoriais, membros da equipe do hospital, visitantes e pacientes com níveis de lesão que não foi possível determinar (NPD).</td> </tr> </table> | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes ambulatoriais, membros da equipe do hospital, visitantes e pacientes com níveis de lesão que não foi possível determinar (NPD). |
| | Critérios de exclusão | Não considerar pacientes ambulatoriais, membros da equipe do hospital, visitantes e pacientes com níveis de lesão que não foi possível determinar (NPD). | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="357 660 523 1093">Observações</td> <td data-bbox="523 660 1398 1093"> Níveis de lesão: Nível I (nenhum): paciente não sofreu lesões. Nível II (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. Nível III (moderado): resultou em sutura, aplicação de steristrips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. Nível IV (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou interna. Nível V (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda. o NPD: não é possível determinar a partir da documentação. </td> </tr> </table> | Observações | Níveis de lesão: Nível I (nenhum): paciente não sofreu lesões. Nível II (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. Nível III (moderado): resultou em sutura, aplicação de steristrips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. Nível IV (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou interna. Nível V (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda. o NPD: não é possível determinar a partir da documentação. |
| | Observações | Níveis de lesão: Nível I (nenhum): paciente não sofreu lesões. Nível II (menor): resultou em aplicação de curativo, gelo, limpeza de ferimento, elevação do membro, medicamento tópico, hematoma ou esfoladura. Nível III (moderado): resultou em sutura, aplicação de steristrips/cola para pele, tala ou luxação do músculo ou articulação. Nível IV (maior): resultou em cirurgia, engessamento, tração, fratura ou requereu consulta para lesão neurológica ou interna. Nível V (morte): o paciente morreu em decorrência das lesões causadas pela queda. o NPD: não é possível determinar a partir da documentação. | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="357 1093 523 1167">Códigos TUSS</td> <td data-bbox="523 1093 1398 1167">Não se aplica.</td> </tr> </table> | Códigos TUSS | Não se aplica. |
| | Códigos TUSS | Não se aplica. | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="357 1167 523 1240">Formato do dado</td> <td data-bbox="523 1167 1398 1240">Números inteiros.</td> </tr> </table> | Formato do dado | Números inteiros. |
| | Formato do dado | Números inteiros. | |
| | b) Total de pacientes-dia na instituição no período | | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="357 1317 523 1525">Definição</td> <td data-bbox="523 1317 1398 1525">Somatório do censo diário de pacientes que estavam hospitalizados na instituição no período de interesse. Pacientes-dia é o volume de pacientes que estão pernoitando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia.</td> </tr> </table> | Definição | Somatório do censo diário de pacientes que estavam hospitalizados na instituição no período de interesse. Pacientes-dia é o volume de pacientes que estão pernoitando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia. |
| | Definição | Somatório do censo diário de pacientes que estavam hospitalizados na instituição no período de interesse. Pacientes-dia é o volume de pacientes que estão pernoitando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia. | |
| <table border="1"> <tr> <td data-bbox="357 1525 523 1599">Critérios de exclusão</td> <td data-bbox="523 1525 1398 1599">Não se aplica.</td> </tr> </table> | Critérios de exclusão | Não se aplica. | |
| Critérios de exclusão | Não se aplica. | | |
| <table border="1"> <tr> <td data-bbox="357 1599 523 1644">Observações</td> <td data-bbox="523 1599 1398 1644">Não se aplica.</td> </tr> </table> | Observações | Não se aplica. | |
| Observações | Não se aplica. | | |
| <table border="1"> <tr> <td data-bbox="357 1644 523 1718">Códigos TUSS</td> <td data-bbox="523 1644 1398 1718">Não se aplica.</td> </tr> </table> | Códigos TUSS | Não se aplica. | |
| Códigos TUSS | Não se aplica. | | |
| <table border="1"> <tr> <td data-bbox="357 1718 523 1792">Formato do dado</td> <td data-bbox="523 1718 1398 1792">Números inteiros.</td> </tr> </table> | Formato do dado | Números inteiros. | |
| Formato do dado | Números inteiros. | | |

Referências

- ABREU, C. et al. Falls in hospital settings: a longitudinal study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 20, 2012.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Brasil). **Observatório 2019**. 11ª Ed., 2019.
- BOUSHON, B. et al. **How-to Guide**: reducing patient injuries from falls. [S. l.: s. n.].
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Prevenção de Quedas**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-prevencao-de-quedas>.
- CAMBRIDGE, M. A. **Institute for Healthcare Improvement**. 2012. Acesso em: 13.01.19. Disponível em: www.ihp.org. Acesso em: 13 jan. 2019.
- CORREA, A.D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46(1), 2012.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set. 2009. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.
- LAKE, E. T. et al. Patient falls: association with Hospital Magnet Status and Nursing Unit Staffing. **Research in Nursing & Health**, 33, 2010.
- MIAKE-LYE, I. M. et al. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, 158. 2013.
- OLIVER, D. et al. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. **Clinics in Geriatric Medicine**, 26(4), 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Queda em idosos**: prevenção. Projeto Diretrizes. 2008.
- SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO (São Paulo, SP). **Diretriz assistencial**: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas. São Paulo. 2013.

| NOME DO INDICADOR | 14. EVENTO SENTINELA DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|----------------------|---|
| Conceito | Mensuração de eventos sentinela que ocorrem no hospital em um determinado período de tempo. |
| População-alvo | Pacientes internados na instituição de saúde. |
| Fórmula de cálculo | $(\text{total de eventos sentinela no período}) / (\text{total de pacientes-dia}) \times 1.000$ |
| Numerador | <p>Total de pacientes internados que sofreram um evento sentinela no período de interesse.</p> <p>Exemplos de evento sentinela:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morte inesperada do paciente, não relacionada ao curso natural da sua doença ou condição subjacente; • Morte materna: qualquer morte que ocorre durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto. Ela pode ser decorrente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS); • Perda significativa permanente da função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente; • Cirurgia errada, na parte do corpo errada, no paciente errado; • Criança retirada do hospital sem autorização dos pais (ex.: roubo de criança em maternidade ou na pediatria); • Queda de leito ou de mesa cirúrgica com comprometimento grave para o paciente; • Quebra na segurança do hospital que permita ataques à integridade física de pacientes internados, acompanhantes, visitantes e equipe de profissionais; • Surtos incontrolados de infecção hospitalar com comprometimento grave aos pacientes internados; • Transfusão sanguínea e medicação errada que causaram danos permanentes ao paciente; • Objetos esquecidos em cavidades após cirurgia que causaram danos permanentes ao paciente. <p>Eventos não mencionados acima, mas que resultaram em dano permanente ao paciente, também devem ser contabilizados.</p> |
| Denominador | <p>Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes internados na instituição. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável. |
| Definição dos termos | Evento sentinela: é uma ocorrência inesperada envolvendo a morte ou perda grave e permanente de função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente. |
| Interpretação | Refere-se ao total de pacientes internados que sofreram algum evento sentinela. Quanto menor, melhor. |
| Unidade de medida | Número absoluto. |

| NOME DO INDICADOR | 14. EVENTO SENTINELA DOMÍNIO: SEGURANÇA |
|---------------------|---|
| Referência de meta | Zero. |
| Fonte de dados | Banco de dados administrativos hospitalares, prontuários dos pacientes. |
| Frequência | Mensal. |
| Observações | Deve ser contado cada evento independentemente. |
| Dados Estatísticos | <p>O evento sentinela é um fato inesperado que leva à morte ou perda grave, ou permanente, da função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente (Joint Commission International, 2014).</p> <p>A taxa de pacientes internados que sofrem algum evento adverso é de aproximadamente 10% (Mendes, 2005). Os dados ainda demonstram que o risco de infecção associado aos cuidados de saúde em países em desenvolvimento chega a ser 20 vezes maior do que em países desenvolvidos (Silva, 2016).</p> <p>Nos Estados Unidos, a estimativa é que anualmente ocorrem 1.000.000 de eventos adversos, sendo responsáveis pela morte de aproximadamente 98.000 pacientes. As categorias mais frequentes estão relacionadas a eventos adversos cirúrgicos e aqueles relacionados ao uso de fármacos (Gallotti, 2004)</p> <p>Os fatores mais relacionados com a ocorrência de eventos adversos são: idade dos pacientes, gravidade do quadro clínico inicial, existência de comorbidades, duração e intensidade do cuidado prestado, fragmentação da atenção à saúde, inexperiência de jovens profissionais envolvidos no atendimento, sobrecarga de trabalho, falhas de comunicação, introdução de novas tecnologias e o atendimento de urgência (Gallotti, 2004).</p> <p>O registro de eventos adversos na instituição de saúde, em especial ao evento sentinela, permite a identificação da causa raiz do problema, o que permitirá que a equipe de enfermagem, o corpo clínico e a administração da instituição implementem medidas de segurança. A partir da adoção de medidas preventivas é possível garantir um serviço de qualidade e também zelar por um atendimento que atenda as expectativas do paciente.</p> |
| Limitações e vieses | <p>Algumas situações podem não ser capturadas neste indicador, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O dano não foi registrado no prontuário do paciente. Ex.: Paciente sofre uma laceração durante o processo cirúrgico e não foi registrado no prontuário; • O prejuízo ocorre após a alta hospitalar. Ex.: O paciente desenvolve uma infecção após a alta hospitalar; • O resultado não requer tratamento e/ou não é necessário o prolongamento da estadia do paciente na instituição de saúde. Ex.: Um rash cutâneo resultado de uma medicação, a medicação foi descontinuada e o rash cutâneo resolvido. |

a) Total de eventos sentinela confirmados no período

Operacionalização da coleta de dados

| | |
|-----------------------|--|
| Definição | <p>Somatório dos casos confirmados de pacientes que sofreram um evento sentinela no período de interesse. Evento sentinela é uma ocorrência inesperada envolvendo a morte ou perda grave e permanente de função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente. Podem ser considerados eventos sentinela:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morte inesperada do paciente, não relacionada ao curso natural da sua doença ou condição subjacente; • Morte materna: qualquer morte que ocorre durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto. Ela pode ser decorrente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, porém não devida a causas acidentais ou incidentais; • Perda significativa permanente da função, não relacionada ao curso natural da doença ou condição subjacente; • Cirurgia errada, na parte do corpo ou no paciente errado; • Criança retirada do hospital sem autorização dos pais (ex.: roubo de criança em maternidade ou na pediatria); • Queda de leito ou de mesa cirúrgica com comprometimento grave para o paciente; • Quebra na segurança do hospital que permita ataques à integridade física de pacientes internados, acompanhantes, visitantes e equipe de profissionais; • Surtos incontrolados de infecção hospitalar com comprometimento grave aos pacientes internados; • Transfusão sanguínea e medicação errada que causaram danos permanentes ao paciente; • Objetos esquecidos em cavidades após cirurgia que causaram danos permanentes ao paciente. |
| Critérios de exclusão | Não se aplica. |
| Observações | Não se aplica. |
| Códigos TUSS | Não se aplica. |
| Formato do dado | Números inteiros. |

Referências

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para hospitais. – Rio de Janeiro: CBA, 2014.

GALLOTTI, R. M. D. Eventos Adversos – O que são? **Revista da Associação Médica Brasileira**, 50(2), 2004.

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 8(4), 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Taxa de mortalidade materna**. Disponível em: <https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>. Acesso em: 4 jan. 2019.

SILVA, A. C. A. et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, 21, 2016.

APÊNDICE III - Dicionário de dados do Painel Geral

Dicionário das variáveis que compõem o Painel Geral

| NOMES DAS VARIÁVEIS NO LAYOUT: | SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS: | OBSERVAÇÕES: |
|--------------------------------|--|--|
| cnes | CNES da Instituição: | |
| periodo | Período de competência (mês/ano): | Exemplo de envio: 08/2019 |
| total_internacoes | Números de internações no mês de competência | Exemplo: 1500 |
| partos_vaginais | Total de partos vaginais: | Considerar apenas nascidos vivos. |
| partos | Total de partos (vaginal + cesáreo): | Considerar apenas nascidos vivos. |
| int_cli | Total de internações que ocorreram em até 30 dias (≤ 30 dias) a partir das SAÍDAS CLÍNICAS que constam no denominador: | Não considerar pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos. |
| saidas_cli | Total de SAÍDAS CLÍNICAS no mês anterior ao mês de competência: | Não considerar pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos ou pacientes que foram a óbito. |
| int_cir | Total de internações que ocorreram em até 30 dias (≤ 30 dias) a partir das SAÍDAS CIRÚRGICAS que constam no denominador: | Não considerar pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos ou pacientes que foram a óbito. |
| saidas_cir | Total de SAÍDAS CIRÚRGICAS no mês anterior ao mês de competência: | Não considerar pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos ou pacientes que foram a óbito. |
| pcr_ui | Total de PARADAS CARDIORRESPIRATÓRIAS (PCR) na UNIDADE DE INTERNAÇÃO (UI): | Não considerar pacientes internados na emergência, unidades de terapia intensiva, bloco cirúrgico e pacientes que possuem ordem de não reanimação. |
| pd_ui | Total de PACIENTES-DIA na UNIDADE DE INTERNAÇÃO: | Não considerar pacientes internados na emergência, unidades de terapia intensiva, bloco cirúrgico e pacientes que possuem ordem de não reanimação. |
| obitos_np_cli | Total de ÓBITOS em pacientes no período NEONATAL PRECOCE com internação CLÍNICA: | Considerar período neonatal precoce ≤ 7 dias de vida. |

| NOMES DAS VARIÁVEIS NO LAYOUT: | SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS: | OBSERVAÇÕES: |
|--------------------------------|---|---|
| saidas_np_cli | Total de SAÍDAS de pacientes no período NEONATAL PRECOCE com internações CLÍNICAS: | Não considerar transferências internas. Considerar período neonatal precoce ≤ 7 dias de vida. |
| obitos_nt_cli | Total de ÓBITOS em pacientes no período NEONATAL TARDIO que ocorreram após 24h de internação CLÍNICA: | Considerar período neonatal tardio > 7 dias e ≤ 28 dias. |
| saidas_nt_cli | Total de SAÍDAS de pacientes no período NEONATAL TARDIO com internações CLÍNICAS: | Não considerar transferências internas. Considerar período neonatal tardio > 7 dias e ≤ 28 dias. |
| obitos_ped_cli | Total de ÓBITOS em pacientes PEDIÁTRICOS que ocorreram após 24h de internação CLÍNICA: | Considerar pacientes pediátricos ≥ 29 dias e < 15 anos. |
| saidas_ped_cli | Total de SAÍDAS de pacientes PEDIÁTRICOS com internações CLÍNICAS: | Não considerar transferências internas. Considerar pacientes pediátricos ≥ 29 dias e < 15 anos. |
| obitos_adu_cli | Total de ÓBITOS em pacientes ADULTOS que ocorreram após 24h de internação CLÍNICA: | Considerar pacientes adultos ≥ 15 anos e < 60 anos. |
| saidas_adu_cli | Total de SAÍDAS de pacientes ADULTOS com internações CLÍNICAS: | Não considerar transferências internas. Considerar pacientes adultos ≥ 15 anos e < 60 anos. |
| obitos_ido_cli | Total de ÓBITOS em pacientes IDOSOS que ocorreram após 24h de internação CLÍNICA: | Considerar pacientes idosos ≥ 60 anos. |
| saidas_ido_cli | Total de SAÍDAS de pacientes IDOSOS com internações CLÍNICAS: | Não considerar transferências internas. Considerar pacientes idosos ≥ 60 anos. |
| obitos_neop_cir | Total de ÓBITOS em pacientes no período NEONATAL PRECOCE com internação CIRÚRGICA: | Considerar período neonatal precoce ≤ 7 dias de vida. |
| saidas_neop_cir | Total de SAÍDAS de pacientes no período NEONATAL PRECOCE com internações CIRÚRGICAS: | Não considerar transferências internas. Considerar período neonatal precoce ≤ 7 dias de vida. |
| obitos_neot_cir | Total de ÓBITOS em pacientes no período NEONATAL TARDIO que ocorreram após 24h de internação CIRÚRGICA: | Considerar período neonatal tardio > 7 dias e ≤ 28 dias. |

| NOMES DAS VARIÁVEIS NO LAYOUT: | SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS: | OBSERVAÇÕES: |
|--------------------------------|--|---|
| saidas_neot_cir | Total de SAÍDAS de pacientes no período NEONATAL TARDIO com internações CIRÚRGICAS: | Não considerar transferências internas. Considerar período neonatal tardio > 7 dias e ≤ 28 dias. |
| obitos_ped_cir | Total de ÓBITOS em pacientes PEDIÁTRICOS que ocorreram após 24h de internação CIRÚRGICA: | Considerar pacientes pediátricos ≥ 29 dias e < 15 anos. |
| saidas_ped_cir | Total de SAÍDAS de pacientes PEDIÁTRICOS com internações CIRÚRGICAS: | Não considerar transferências internas. Considerar pacientes pediátricos ≥ 29 dias e < 15 anos. |
| obitos_adu_cir | Total de ÓBITOS em pacientes ADULTOS que ocorreram após 24h de internação CIRÚRGICA: | Considerar pacientes adultos ≥ 15 anos e < 60 anos. |
| saidas_adu_cir | Total de SAÍDAS de pacientes ADULTOS com internações CIRÚRGICAS: | Não considerar transferências internas. Considerar pacientes adultos ≥ 15 anos e < 60 anos. |
| obitos_ido_cir | Total de ÓBITOS em pacientes IDOSOS que ocorreram após 24h de internação CIRÚRGICA: | Considerar pacientes idosos ≥ 60 anos. |
| saidas_ido_cir | Total de SAÍDAS de pacientes IDOSOS com internações CIRÚRGICAS: | Não considerar transferências internas. Considerar pacientes idosos ≥ 60 anos. |
| pd_ped_cli | Total de pacientes-dia PEDIÁTRICOS com internação CLÍNICA: | Paciente-dia é o volume de pacientes que estão pernitando no hospital em cada dia. Cálculo de paciente-dia: somatório do censo diário dos pacientes que estão hospitalizados na instituição, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Considerar pacientes pediátricos < 15 anos. Não considerar pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| saidas_ped_cli_ti | Total de SAÍDAS de pacientes PEDIÁTRICOS CLÍNICOS: | Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. Considerar pacientes pediátricos < 15 anos. Não considerar transferências internas, pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |

| NOMES DAS VARIÁVEIS NO LAYOUT: | SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS: | OBSERVAÇÕES: |
|--------------------------------|--|--|
| pd_adu_cli | Total de pacientes-dia ADULTOS com internação CLÍNICA: | Paciente-dia é o volume de pacientes que estão pernitando no hospital em cada dia. Cálculo de paciente-dia: somatório do censo diário dos pacientes que estão hospitalizados na instituição, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Considerar pacientes adultos ≥ 15 anos e < 60 anos. Não considerar pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| saidas_adu_cli_ti | Total de SAÍDAS de pacientes ADULTOS CLÍNICOS: | Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. Considerar pacientes adultos ≥ 15 anos e < 60 anos. Não considerar transferências internas, pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| pd_ido_cli | Total de pacientes-dia IDOSOS com internação CLÍNICA: | Paciente-dia é o volume de pacientes que estão pernitando no hospital em cada dia. Cálculo de paciente-dia: somatório do censo diário dos pacientes que estão hospitalizados na instituição, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Considerar pacientes idosos ≥ 60 anos. Não considerar pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| saidas_ido_cli_ti | Total de SAÍDAS de pacientes IDOSOS CLÍNICOS: | Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. Considerar pacientes idosos ≥ 60 anos. Não considerar transferências internas, pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| pd_ped_cir | Total de pacientes-dia PEDIÁTRICOS com internação CIRÚRGICA: | Paciente-dia é o volume de pacientes que estão pernitando no hospital em cada dia. Cálculo de paciente-dia: somatório do censo diário dos pacientes que estão hospitalizados na instituição, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Considerar pacientes pediátricos < 15 anos. Não considerar pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |

| NOMES DAS VARIÁVEIS NO LAYOUT: | SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS: | OBSERVAÇÕES: |
|--------------------------------|--|---|
| saidas_ped_cir_ti | Total de SAÍDAS de pacientes PEDIÁTRICOS CIRÚRGICOS: | Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. Considerar pacientes pediátricos < 15 anos. Não considerar transferências internas, pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| pq_adu_cir | Total de pacientes-dia ADULTOS com internação CIRÚRGICA: | Paciente-dia é o volume de pacientes que estão pernitando no hospital em cada dia. Cálculo de paciente-dia: somatório do censo diário dos pacientes que estão hospitalizados na instituição, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Considerar pacientes adultos ≥ 15 anos e < 60 anos. Não considerar pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| saidas_adu_cir_ti | Total de SAÍDAS de pacientes ADULTOS CIRÚRGICOS: | Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. Considerar pacientes adultos ≥ 15 anos e <60 anos. Não considerar transferências internas, pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| pd_ido_cir | Total de pacientes-dia IDOSOS com internação CIRÚRGICA: | Paciente-dia é o volume de pacientes que estão pernitando no hospital em cada dia. Cálculo de paciente-dia: somatório do censo diário dos pacientes que estão hospitalizados na instituição, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Considerar pacientes idosos ≥ 60 anos. Não considerar pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |
| saidas_ido_cir_ti | Total de SAÍDAS de pacientes IDOSOS CIRÚRGICOS: | Considerar todas as saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. Considerar pacientes idosos ≥ 60 anos. Não considerar transferências internas, pacientes obstétricos, psiquiátricos ou em internação prolongada (acima de 90 dias). |

| NOMES DAS VARIÁVEIS NO LAYOUT: | SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS: | OBSERVAÇÕES: |
|--------------------------------|--|---|
| tempo_emergencia | Total de tempo de permanência na emergência (da chegada ao término do atendimento): | O tempo de permanência de cada paciente é o intervalo entre a sua chegada na unidade (1º registro válido, seja no cadastro ou na triagem) e o término do atendimento (considerar alta, internação ou óbito, com o fechamento do boletim de emergência). Não considerar pacientes com registros inválidos (duplicados ou tempo de espera negativo). O envio deve ser em minutos. Exemplo de envio: 430904 minutos. |
| pac_emergencia | Total de pacientes que buscaram atendimento na unidade de emergência: | Não considerar pacientes com registros inválidos (duplicados ou tempo de espera negativo). |
| esp_1aten_n2 | Total de tempo de espera para o primeiro atendimento em pacientes com classificação de risco NÍVEL 2: | Para o somatório do tempo de espera considerar o horário da triagem até o horário da primeira avaliação médica. Não considerar pacientes com registros inválidos (duplicados ou tempo de espera negativo). O envio deve ser em minutos. Exemplo de envio: 430904 minutos. |
| pacientes_n2 | Total de pacientes que buscaram atendimento na unidade de emergência com classificação de risco NÍVEL 2: | Não considerar pacientes com registros inválidos (duplicados ou tempo de espera negativo). |
| esp_1aten_n3 | Total de tempo de espera para o primeiro atendimento em pacientes com classificação de risco NÍVEL 3: | Para o somatório do tempo de espera considerar o horário da triagem até o horário da primeira avaliação médica. Não considerar pacientes com registros inválidos (duplicados ou tempo de espera negativo). O envio deve ser em minutos. Exemplo de envio: 430904 minutos. |
| pacientes_n3 | Total de pacientes que buscaram atendimento na unidade de emergência com classificação de risco NÍVEL 3: | Não considerar pacientes com registros inválidos (duplicados ou tempo de espera negativo). |
| cir_lim_prof60m | Total de cirurgias limpas em que o paciente recebeu profilaxia antibiótica pré-cirúrgica em até 60 minutos antes da incisão na pele: | Não considerar pacientes que estão recebendo antibiótico por algum outro motivo que não o procedimento cirúrgico, pacientes com processo infeccioso existente no mesmo local que a cirurgia planejada e pacientes que receberam profilaxia antibiótica por via oral. |

| NOMES DAS VARIÁVEIS NO LAYOUT: | SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS: | OBSERVAÇÕES: |
|--------------------------------|---|--|
| cir_lim | Total de cirurgias limpas: | Considerar cirurgia limpa: aquelas que são realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário. |
| isc_cir_lim | Total de casos de infecção de sítio cirúrgico (ISC) em até 30 dias de cirurgias limpas: | Não considerar pacientes com cultura positiva quando a coleta foi realizada com o uso de swabs (haste flexível com ponta de algodão). |
| total_cir_lim | Total de cirurgias limpas no mês anterior ao mês de competência: | Considerar cirurgia limpa sem os critérios de exclusão do denominador do indicador 8. Cirurgia limpa: aquelas que são realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário. |
| ics_cvc_ui_neo | Total de infecções de corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC) em pacientes das UNIDADES de INTERNAÇÃO NEONATAIS: | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC ou que foram admitidos na instituição já em uso de CVC. |
| pac_ui_neo_cvcdia | Total de pacientes das UNIDADES de INTERNAÇÃO NEONATAIS com CVC-dia: | CVC-dia é o número de pacientes com uso de CVC por dia, independente do número de cateteres em cada paciente. Cálculo do número de CVC-dia: contar diariamente o número de pacientes com CVC na unidade sob vigilância. Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC ou que foram admitidos na instituição já em uso de CVC. |
| ics_cvc_ui_ped | Total de infecções de corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC) em pacientes das UNIDADES de INTERNAÇÃO PEDIÁTRICAS: | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC ou que foram admitidos na instituição já em uso de CVC. |

| NOMES DAS VARIÁVEIS NO LAYOUT: | SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS: | OBSERVAÇÕES: |
|--------------------------------|--|--|
| pac_ui_ped_cvcdia | Total de pacientes das UNIDADES de INTERNAÇÃO PEDIÁTRICAS com CVC-dia: | CVC-dia é o número de pacientes com uso de CVC por dia, independente do número de cateteres em cada paciente. Cálculo do número de CVC-dia: contar diariamente o número de pacientes com CVC na unidade sob vigilância. Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC ou que foram admitidos na instituição já em uso de CVC. |
| ics_cvc_ui_adu | Total de pacientes com cateter venoso central-dia (CVC-dia) internados em UNIDADE de INTERNAÇÃO adulta com infecção de corrente sanguínea (ICS): | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC ou que foram admitidos na instituição já em uso de CVC. |
| pac_ui_adu_cvcdia | Total de pacientes das UNIDADES de INTERNAÇÃO adultas com CVC-dia: | CVC-dia é o número de pacientes com uso de CVC por dia, independente do número de cateteres em cada paciente. Cálculo do número de CVC-dia: contar diariamente o número de pacientes com CVC na unidade sob vigilância. Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC ou que foram admitidos na instituição já em uso de CVC. |
| ics_cvc_uti_neo | Total de infecções de corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC) em pacientes das UTIs NEONATAIS: | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC ou que foram admitidos na instituição já em uso de CVC. |
| pac_uti_neo_cvcdia | Total de pacientes das UTIs NEONATAIS com CVC-dia: | CVC-dia é o número de pacientes com uso de CVC por dia, independente do número de cateteres em cada paciente. Cálculo do número de CVC-dia: contar diariamente o número de pacientes com CVC na unidade sob vigilância. Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC ou que foram admitidos na instituição já em uso de CVC. |
| ics_cvc_uti_ped | Total de infecções de corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC) em pacientes das UTIs PEDIÁTRICAS: | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC ou que foram admitidos na instituição já em uso de CVC. |
| pac_uti_ped_cvcdia | Total de pacientes das UTIs PEDIÁTRICAS com CVC-dia: | CVC-dia é o número de pacientes com uso de CVC por dia, independente do número de cateteres em cada paciente. Cálculo do número de CVC-dia: contar diariamente o número de pacientes com CVC na unidade sob vigilância. Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC ou que foram admitidos na instituição já em uso de CVC. |

| NOMES DAS VARIÁVEIS NO LAYOUT: | SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS: | OBSERVAÇÕES: |
|--------------------------------|--|--|
| ics_cvc_uti_adu | Total de infecções de corrente sanguínea (ICS) associadas a cateter venoso central (CVC) em pacientes das UTIs ADULTAS: | Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC ou que foram admitidos na instituição já em uso de CVC. |
| pac_uti_adu_cvcdia | Total de pacientes das UTIs ADULTAS com CVC-dia: | CVC-dia é o número de pacientes com uso de CVC por dia, independente do número de cateteres em cada paciente. Cálculo do número de CVC-dia: contar diariamente o número de pacientes com CVC na unidade sob vigilância. Não considerar pacientes com infecção prévia ao uso de CVC ou que foram admitidos na instituição já em uso de CVC. |
| itu_cvd_ui_neo | Total de infecções de trato urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD) em pacientes das UNIDADES de INTERNAÇÃO NEONATAIS: | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J, pacientes admitidos na instituição já em uso de CVD ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos urológicos cirúrgicos (este último deverá ser enquadrado no indicador 9). |
| pac_ui_neo_cvddia | Total de pacientes das UNIDADES de INTERNAÇÃO NEONATAIS com CVD-dia: | CVD-dia é o número de pacientes com uso de CVD por dia. Cálculo do número de CVD-dia: contar diariamente o número de pacientes com CVD na unidade sob vigilância. Considera-se CVD aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção supra púbica, cateterização intermitente e pacientes admitidos na instituição já em uso de CVD. |
| itu_cvd_ui_ped | Total de infecções de trato urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD) em pacientes das UNIDADES de INTERNAÇÃO PEDIÁTRICAS: | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J, pacientes admitidos na instituição já em uso de CVD ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos urológicos cirúrgicos (este último deverá ser enquadrado no indicador 9). |
| pac_ui_ped_cvddia | Total de pacientes das UNIDADES de INTERNAÇÃO PEDIÁTRICAS com CVD-dia: | CVD-dia é o número de pacientes com uso de CVD por dia. Cálculo do número de CVD-dia: contar diariamente o número de pacientes com CVD na unidade sob vigilância. Considera-se CVD aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção supra púbica, cateterização intermitente e pacientes admitidos na instituição já em uso de CVD. |

| NOMES DAS VARIÁVEIS NO LAYOUT: | SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS: | OBSERVAÇÕES: |
|--------------------------------|--|--|
| itu_cvc_ui_adu | Total de infecções de trato urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD) em pacientes das UNIDADES de INTERNAÇÃO ADULTAS: | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J, pacientes admitidos na instituição já em uso de CVD ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos urológicos cirúrgicos (este último deverá ser enquadrado no indicador 9). |
| pac_ui_adu_cvddia | Total de pacientes das UNIDADES de INTERNAÇÃO ADULTAS com CVD-dia: | CVD-dia é o número de pacientes com uso de CVD por dia. Cálculo do número de CVD-dia: contar diariamente o número de pacientes com CVD na unidade sob vigilância. Considera-se CVD aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção supra púbica, cateterização intermitente e pacientes admitidos na instituição já em uso de CVD. |
| itu_cvd_uti_neo | Total de infecções de trato urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD) em pacientes das UTIs NEONATAIS: | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J, pacientes admitidos na instituição já em uso de CVD ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos urológicos cirúrgicos (este último deverá ser enquadrado no indicador 9). |
| pac_uti_neo_cvddia | Total de pacientes das UTIs NEONATAIS com CVD-dia: | CVD-dia é o número de pacientes com uso de CVD por dia. Cálculo do número de CVD-dia: contar diariamente o número de pacientes com CVD na unidade sob vigilância. Considera-se CVD aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção supra púbica, cateterização intermitente e pacientes admitidos na instituição já em uso de CVD. |
| itu_cvc_uti_ped | Total de infecções de trato urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD) em pacientes das UTIs PEDIÁTRICAS: | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J, pacientes admitidos na instituição já em uso de CVD ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos urológicos cirúrgicos (este último deverá ser enquadrado no indicador 9). |
| pac_uti_ped_cvddia | Total de pacientes das UTIs PEDIÁTRICAS com CVD-dia: | CVD-dia é o número de pacientes com uso de CVD por dia. Cálculo do número de CVD-dia: contar diariamente o número de pacientes com CVD na unidade sob vigilância. Considera-se CVD aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção supra púbica, cateterização intermitente e pacientes admitidos na instituição já em uso de CVD. |

| NOMES DAS VARIÁVEIS NO LAYOUT: | SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS: | OBSERVAÇÕES: |
|--------------------------------|--|--|
| itu_cvc_uti_adu | Total de infecções de trato urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD) em pacientes das UTIs ADULTAS: | Não considerar pacientes que utilizam cateter duplo J, pacientes admitidos na instituição já em uso de CVD ou pacientes com infecções relacionadas a procedimentos urológicos cirúrgicos (este último deverá ser enquadrado no indicador 9). |
| pac_uti_adu_cvddia | Total de pacientes das UTIs ADULTAS com CVD-dia: | CVD-dia é o número de pacientes com uso de CVD por dia. Cálculo do número de CVD-dia: contar diariamente o número de pacientes com CVD na unidade sob vigilância. Considera-se CVD aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção supra púbica, cateterização intermitente e pacientes admitidos na instituição já em uso de CVD. |
| prof_tev_ris_tro_cli | Total de pacientes CLÍNICOS ADULTOS com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV): | Não considerar pacientes que estão em uso de anticoagulação plena, pacientes com diagnóstico principal de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar (ou com diagnóstico secundário já no momento da admissão), internações relacionadas a gestação, parto e puerpério ou internações com informações faltantes. |
| ris_tro_cli | Total de pacientes CLÍNICOS ADULTOS com risco trombótico não baixo: | Considerar apenas pacientes com tempo de permanência previsto superior a 24 horas. |
| prof_tev_ris_tro_cir_ort | Total de pacientes CIRÚRGICOS ORTOPÉDICOS adultos com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV): | Não considerar pacientes que estão em uso de anticoagulação plena, pacientes com diagnóstico principal de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar (ou com diagnóstico secundário já no momento da admissão), internações relacionadas a gestação, parto e puerpério ou internações com informações faltantes. |
| ris_tro_cir_ort | Total de pacientes CIRÚRGICOS ORTOPÉDICOS adultos com risco trombótico não baixo: | Considerar apenas pacientes com tempo de permanência previsto superior a 24 horas. |
| prof_tev_ris_tro_cir_nao_ort | Total de pacientes cirúrgicos NÃO-ORTOPÉDICOS adultos com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV): | Não considerar pacientes que estão em uso de anticoagulação plena, pacientes com diagnóstico principal de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar (ou com diagnóstico secundário já no momento da admissão), internações relacionadas a gestação, parto e puerpério ou internações com informações faltantes. |

| NOMES DAS VARIÁVEIS NO LAYOUT: | SIGNIFICADO DAS VARIÁVEIS: | OBSERVAÇÕES: |
|--------------------------------|---|--|
| ris_tro_cir_ao_ort | Total de pacientes cirúrgicos NÃO-ORTOPÉDICOS adultos com risco trombótico não baixo: | Considerar apenas pacientes com tempo de permanência previsto superior a 24 horas. |
| quedas | Total de quedas com dano em pacientes: | Não considerar pacientes ambulatoriais, membros da equipe do hospital, visitantes e pacientes com níveis de lesão que não foi possível determinar (NPD). |
| pd | Total de pacientes-dia na instituição: | Paciente-dia é o volume de pacientes que estão pernitando no hospital em cada dia. Cálculo de paciente-dia: somatório do censo diário dos pacientes que estão hospitalizados na instituição, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. |
| eve_sentinela | Total de eventos sentinela confirmados no período de competência: | Somatório dos casos confirmados de pacientes que sofreram um evento sentinela no período de interesse. Evento sentinela é uma ocorrência inesperada envolvendo a morte ou perda grave e permanente de função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente. |

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



Disque ANS
0800 701 9656



**Formulário
Eletrônico**
www.gov.br/ans



**Atendimento presencial
em Núcleos da ANS**
Acesse o portal e
confira os endereços



**Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos**
0800 021 2105



ans.reguladora



@ANS_reguladora



company/ans_reguladora



@ans.reguladora



ansreguladoraoficial



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

