

ESTRUTURA

E-EST -01 - Proporção de enfermeiros/profissionais de enfermagem por leito

Sigla	E- EST-01
Nome	Proporção de enfermeiros/profissionais de enfermagem por leito * * Adaptado do indicador Número de Enfermeiros por Leito Hospitalar da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Disponível em http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_E.17.pdf. Acesso em: 04 abr. 2016.
Conceituação	Avaliar a proporção de enfermeiros em relação ao total de profissionais de enfermagem do hospital por leito
Domínio	Estrutura
Relevância	Essencial
Importância	<p>A enfermagem é constituída por um quadro de 80% de técnicos e auxiliares e 20% de enfermeiros no Brasil (Brasil, 2015). O enfermeiro possui como uma de suas competências o dimensionamento do quadro quantitativo de profissionais necessário para a prestação de Assistência de enfermagem, baseando-se nas características da instituição, do serviço de enfermagem e da clientela para realizar tal dimensionamento (Brasil, 2004).</p> <p>O técnico e a auxiliar de enfermagem podem assistir os pacientes, sob a supervisão do enfermeiro. Tal assistência inclui higienização, alimentação e até a administração de medicamentos prescritos. Muitas vezes número de técnicos e auxiliares cuidando de pacientes supera o número de enfermeiros. Além disso, a literatura aponta que para uma alta qualidade de assistência, há a necessidade de quantidade e nível adequado de pessoal de enfermagem (Rossetti e Gaidzinski, 2011).</p> <p>Muitas instituições de saúde no Brasil possuem número reduzido de enfermeiros, impactando de forma negativa a manutenção de assistência com qualidade e a supervisão do serviço. Essa situação também pode prejudicar a segurança do paciente, pois, atividades exclusivas do enfermeiro são delegadas ao pessoal de nível técnico (Cucolo e Perroca, 2010).</p>

	<p>É importante destacar que, conforme a Regulamentação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, cabe exclusivamente ao enfermeiro a realização de cuidados de enfermagem diretamente ao paciente grave com risco de vida, além de prestar cuidados com maior complexidade técnica, para os quais são exigidos conhecimentos de base científica e capacidade de decidir de maneira imediata. Portanto, um percentual reduzido dos enfermeiros pode produzir sobrecarga de trabalho e diminuir a qualidade da assistência ao paciente (Mendes e al., 2013).</p> <p>Nessa direção este indicador buscará identificar os padrões encontrados na realidade brasileira, proporcionando visibilidade para a proporção enfermeiro/profissional de enfermagem podendo contribuir, assim, simultaneamente tanto a melhoria da qualidade da assistência ao paciente e como para a saúde dos profissionais de enfermagem.</p>
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de enfermeiros}}{\text{Número de profissionais de enfermagem}} \times \frac{1}{\text{Número de leitos}}$
Definição dos termos utilizados no indicador	<p>a) Numerador: Número total de enfermeiros no hospital.</p> <p>b) Denominador: Número total de profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) no hospital e número total de leitos do hospital.</p>
Interpretação	<p>Mensura a disponibilidade de trabalho de enfermeiros e profissionais de enfermagem em geral na assistência hospitalar. É influenciado pelas políticas de regulação e financiamento de saúde, bem como por diversos aspectos do modelo assistencial adotado nesses setores.</p>
Periodicidade de envio dos dados	<p>Mensal</p>
Público-alvo	<p>Todos os profissionais de enfermagem do hospital (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem)</p>
Usos	<p>1-Analisar variações geográficas na disponibilidade de postos de trabalho de enfermeiros e profissionais de enfermagem em geral na assistência hospitalar, como uma aproximação da qualidade da assistência prestada aos pacientes internados.</p> <p>2- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas</p>

	públicas voltadas para a prestação de serviços de saúde, assim como para a formação de enfermeiros e profissionais de enfermagem em geral e sua inserção no mercado de trabalho.
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	<p>Não foram encontrados parâmetros para este indicador na literatura, por isso, abaixo, consta os parâmetros de um indicador próximo:</p> <p>Número de enfermeiros por leito hospitalar, segundo a esfera administrativa do estabelecimento:</p> <p>Brasil e grandes regiões, 1999, 2002 e 2005</p> <p>Público Privado Total</p> <p>Regiões 1999 2002 2005 1999 2002 2005 1999 2002 2005</p> <p>Brasil 17,8 18,7 22,2 6,7 8,2 11,4 10,0 11,5 15,0</p> <p>Norte 10,8 14,2 16,3 4,7 4,7 5,6 7,5 9,4 11,8</p> <p>Nordeste 13,6 13,5 16,7 5,6 7,5 10,7 8,7 10,0 13,4</p> <p>Sudeste 25,1 25,9 31,7 8,2 9,9 13,5 12,4 14,1 18,6</p> <p>Sul 14,7 16,9 17,5 6,3 7,2 10,0 8,0 9,1 11,5</p> <p>Centro-Oeste 14,1 15,5 17,5 3,3 5,0 6,2 6,4 8,2 10</p> <p>Fonte: IBGE: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS)</p> <p>Em 2005, havia 15,0 enfermeiros para cada cem leitos no Brasil, alcançando um máximo de 18,6 na Região Sudeste e um mínimo de 10,4 na Região Centro-Oeste. Essa relação no setor público (22,2) alcançava mais que o dobro do setor privado (11,4). Entre 1999 e 2005, tanto o setor público quanto o setor privado melhoraram sua posição no que concerne a esse indicador, em todas as regiões. O setor público passou de 17,8 a 22,2 enfermeiros por cem leitos, enquanto o setor privado passou de 6,7 a 11,4.</p>
Meta	Não há meta estabelecida
Fonte dos dados	Setor de gestão (recursos humanos e gestão em geral) do hospital
Ações esperadas para causar impacto no	1 – A divulgação dos resultados para os prestadores pela ANS deve estimular discussões sobre o dimensionamento da equipe de enfermagem de cada hospital podendo, ao proporcionar visibilidade a estes resultados, promover melhor adequação dos profissionais aos diferentes setores do hospital.

indicador	2- Ações corretivas de gestão e monitoramento do indicador devem ser assumidas pelo próprio prestador.
Limitações e vieses	<p>Desconsidera a duração efetiva da jornada de trabalho do enfermeiro, o que dificulta comparações internacionais. Estas costumam tomar o equivalente de tempo integral para os indicadores de disponibilidade de capacidade de trabalho, que é o número de empregos ajustados para uma jornada de trabalho de 40 horas semanais ¹.</p> <p>Não discrimina os profissionais em atividade assistencial ou gerencial.</p> <p>¹. No entanto, sabe-se que a média de trabalho do enfermeiro no Brasil é próxima de 40 horas. Segundo dados de 2002 da Relação Anual de Informações Sociais (Rais), do Ministério do Trabalho e Emprego, mais de 75% dos enfermeiros existentes no país trabalham 31 a 44 horas semanais, com a média individual de 37 horas. Para simplicidade do cálculo, não é feito o ajuste de horas trabalhadas.</p>
Referências	<p>BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, de 21 de setembro de 2004 . Resolução 293. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html. Acesso em:04 abr. 2016.</p> <p>BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. Disponível em http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em: 04 abr. 2016.</p> <p>CUCOLO, D.F.; PERROCA, M.G. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. Revista. Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 18, n. 2, p. 175-181, abr. 2010 .</p> <p>MENDES, R.N.C. et al. Sizing personnel: evaluation of nursing in obstetric and mixed pediatric intensive care units. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [Internet], v.5, n.2, p. 3706-3716, jun. 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2262. Acesso em: 04 abr. 2016.</p> <p>ROSSETTI, A.C.; GAIDZINSKI, R.R. Estimativa do quadro de pessoal de</p>

	enfermagem em um novo hospital. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 19, n. 4, p. 1011-1017, ago. 2011.
--	--

E-EST -02 - Monitoramento do Uso de Prontuários Eletrônicos

Sigla	E-EST-02
Nome	Monitoramento do Uso de Prontuários Eletrônicos
Conceituação	Avaliar a utilização dos prontuários eletrônicos
Domínio	Estrutura
Relevância	Essencial
Importância	<p>O prontuário eletrônico consiste no documento legal, no qual se pode obter dados de pacientes, desde informações pessoais como data de nascimento e endereço, como sua história pregressa de saúde e doença: registros de doenças, cirurgias e exames realizados, uso de medicamentos, isto é, um conjunto de dados que pode subsidiar a tomada de decisão pelo profissional da saúde mediante a necessidade do paciente. Além disso, o prontuário eletrônico do paciente tem auxiliado significativamente todos os atores envolvidos nesse processo, como a equipe multidisciplinar (enfermeiros, biólogos, farmacêuticos, nutricionistas, médicos, etc.) e também o usuário, impactando qualitativamente os resultados, desde uma intervenção até um registro de toda sua história de saúde/doença (Martins e Lima, 2014).</p> <p>O prontuário eletrônico do paciente possui diferentes finalidades, tais como incentivar a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças ao propiciar ao médico o histórico completo do paciente no momento, garantindo também ao paciente a continuidade e segurança do tratamento. Desse modo, trabalhando de forma integrada médicos, operadoras e pacientes podem reduzir custos, diminuir a burocracia no manuseio de documentos e proporcionar melhor aproveitamento do tempo de todos (Pompilio Júnior e Ermetice, 2011).</p> <p>Estudo de revisão da literatura sobre a implantação do prontuário eletrônico do paciente apontou que o sucesso ou o fracasso da iniciativa estão fortemente relacionados ao envolvimento dos usuários no planejamento e nas várias fases de implantação do sistema. Este estudo</p>

	<p>observou também que há uma preocupação de que o uso da informática não elimine o contato com o paciente (Jenal e Évora, 2012).</p> <p>É muito importante a utilização de sistemas de informação que incluam o prontuário eletrônico no âmbito do sistema de saúde brasileiro, para identificar os usuários, facilitar a gestão dos serviços, a comunicação e o compartilhamento das informações em um país de grandes dimensões e vasta diversidade cultural. O prontuário eletrônico do paciente contribuirá no sentido de propiciar mais qualidade ao atendimento e à gestão, e, desse modo, os desafios para sua implantação e sua generalização na prática nas instituições de saúde poderão ser superados (Patrício et al, 2011).</p>
<p>Método de cálculo</p>	<p>A resposta para cada questão pode ser atribuída em uma escala de 1 a 5, onde 5 é a melhor nota e 1 a pior nota. O significado de cada nota é explicado com maiores detalhes na sessão “Definição dos termos usados no indicador”.</p> <hr/> <p>Nota atribuída pelo respondente para a pergunta em questão</p>
<p>Definição dos termos utilizados no indicador</p>	<p>Abaixo segue o significado de cada nota para a pergunta: “Qual é a forma de prontuário utilizada na instituição?” **</p> <p>1-Não sabe.</p> <p>2-Prontuários totalmente em papel.</p> <p>3-Maior parte dos prontuários é em papel, mas há prontuários eletrônicos.</p> <p>4-Maior parte dos prontuários é eletrônica, mas há prontuários em papel.</p> <p>5-Prontuários totalmente eletrônicos.</p> <p>A nota final do serviço deve ser interpretada conforme abaixo:</p> <p>1,0 – A instituição não possui avaliação sobre a forma de prontuário utilizada.</p> <p>2,0 – A instituição apresenta somente prontuários em papel</p> <p>3,0 – A maioria dos prontuários da instituição está em papel.</p> <p>4,0– A maioria dos prontuários da instituição é eletrônica.</p> <p>5,0- A instituição apresenta somente prontuários eletrônicos.</p> <p>** Respostas extraídas de indicador integrante da pesquisa TIC Saúde 2014 B1 - PROPORÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, POR FORMA UTILIZADA PARA REGISTRO DAS INFORMAÇÕES NOS PRONTUÁRIOS DOS</p>

	<p>PACIENTES</p> <p>Percentual sobre o total de estabelecimentos que utilizaram a Internet nos últimos 12 meses. Disponível em http://cetic.br/tics/saude/2014/estabelecimentos/B1/. Acesso em: 05 abr. 2016.</p>
Interpretação	Quanto maior a nota, maior o uso de prontuário eletrônico pela instituição.
Periodicidade de envio dos dados	Mensal
Público-alvo	Pacientes da instituição
Usos	<p>1- Identificar a forma de prontuário utilizada na instituição</p> <p>2- Encontrar oportunidades de melhoria para a gestão dos hospitais</p>
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	<p>Pesquisa realizada no Brasil em 2013 mostra que quase todos os estabelecimentos de saúde já utilizam computador (94%) e Internet (91%) em suas atividades. Porém, há uma defasagem localizada, sobretudo, nos centros de saúde responsáveis pelo atendimento básico, que não há internação: 14% deles não utilizaram computadores nos últimos doze meses. Situação parecida ocorre quanto ao uso da Internet: 100% dos estabelecimentos com internação e mais de 50 leitos utilizaram a Internet nos doze meses que precederam a realização da pesquisa, no entanto, tal proporção é reduzida para 80% entre aqueles sem internação. Tais resultados apontam uma ausência ainda relevante de conectividade em estabelecimentos de atenção básica. Assim como ocorre no indicador de uso de computador, a utilização de Internet também foi maior nos estabelecimentos privados, 99%, que nos públicos, 80% (Senne et al., 2014).</p>
Meta	Nota igual ou maior a 3,0 na média do ano.
Fonte dos dados	Setor de gestão do hospital
Ações esperadas para causar impacto no	<p>1- Por parte da ANS a divulgação dos resultados para os prestadores deve estimular a implantação progressiva dos prontuários eletrônicos.</p> <p>2- Ações corretivas de gestão e monitoramento do indicador devem ser</p>

indicador	assumidas pelo próprio prestador
Limitações e vieses	<p>A relevância da classificação dos prontuários pode ser não ser tão alta, uma vez que, como Senne e colaboradores (2014) apontam, informações de natureza clínica estão menos presentes eletronicamente do que os dados cadastrais do paciente. Ainda segundo estes autores a manutenção de informações de saúde em formato eletrônico não necessariamente significa a presença de um sistema eletrônico em funcionamento, e também pode não expressar totalmente a complexidade e capacidade de registro e cobertura deste sistema, já que os dados coletados no Brasil permitem indicar que as informações de natureza administrativa estão entre as mais disseminadas, sendo que informações cadastrais e demográficas referentes à admissão, transferência e alta são as mais presentes.</p> <p>A maturidade do processo de implantação dos prontuários eletrônicos, contudo, está relacionada ao incentivo a seu uso. Nesse sentido, é importante lembrar que os processos passam por etapas a serem desenvolvidas e implementadas a fim de alcançar melhorias e progredir de modo consistente. O modelo de maturidade estabelece cinco níveis (Barbosa, 2015):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicial : processo imprevisível , mal controlado e reativo. - Gerenciado : processo caracterizado por projetos e, muitas vezes reativo. - Definido: processo caracterizado pela organização. - Quantitativamente gerenciado: processo mensurado e controlado. - Otimizado: foco na melhoria contínua do processo, após sua mensuração e controle. <p>Desse modo, apenas superando os desafios das etapas iniciais de implantação dos prontuários eletrônicos do paciente nas instituições pode-se alcançar os objetivos destacados por Martins e Lima (2014) tais como continuidade do tratamento, gerenciamento de informações, agilidade no atendimento, fornecimento de dados para pesquisa, aumento de tempo para a equipe se dedicar ao paciente, economia de espaço e material de escritório e legibilidade das informações.</p>

Referências	<p>BARBOSA, A.F. TIC Saúde 2014 : pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiro. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2015. Disponível em http://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic_saude_2014_livro_eletronico.pdf. Acesso em: 05 abr. 2016.</p> <p>JENAL, S.; ÉVORA, Y.D.M. Revisão de literatura: implantação prontuário eletrônico do paciente. <i>Journal of Health Informatics</i>, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 176-181, dez. 2012.</p> <p>MARTINS, C.; LIMA, S.M. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. <i>Revista de Administração em Saúde</i>, São Paulo, v. 16, n. 63, p. 61-66, jun. 2014.</p> <p>PATRICIO, C.M. et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? <i>Scientia Medica</i>, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011. Disponível em http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8723/6722. Acesso em: 05 abr. 2016.</p> <p>POMPILIO JUNIOR, A.; ERMETICE, E. Indicadores de uso do prontuário eletrônico do paciente. <i>Journal of Health Informatics</i>, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 09-12, mar. 2011. Disponível em http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/81/43. Acesso: 05 abr. 2016.</p> <p>SENNE, F. et al. Desafios para as políticas de e-saúde no Brasil: uma análise de disponibilidade e uso das Tics em estabelecimentos de saúde brasileiros. <i>Anais da VIII Conferência CPR LATAM</i>, Bogotá, 30-31 de maio de 2014. Disponível em http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2462535. Acesso em 05 abr. 2016.</p>
-------------	---

CENTRALIDADE NO PACIENTE

E-CPA -01 - Monitoramento da capacidade do prestador em envolver o paciente nas decisões relativas à sua saúde

Sigla	E-CPA-01
Nome	Monitoramento da capacidade do prestador em envolver o paciente nas decisões relativas à sua saúde.
Conceituação	Avaliar a capacidade do prestador em envolver o paciente em decisões relativas à sua saúde.
Domínio	Centralidade no paciente
Relevância	Essencial
Importância	<p>O usuário tem sido reconhecido cada vez mais como fonte de informações estratégicas para a qualidade de serviços de saúde. Muitos autores indicam que, nas metodologias de saúde, há importância em capacitar o usuário a construir novas opiniões e fazer melhores escolhas para sua vida e sua saúde. Reconhecendo o papel central do usuário neste sistema, estes mesmos autores relevam a importância de envolvê-lo nas decisões relacionadas ao seu cuidado (Donabedian, 1988; Robinson, 2008; Hudson et al., 2011; Mead; Bower, 2000; Stewart et al., 2003; Sofaer; Firminger, 2005; Reeve et al., 2013; Pinheiro; Silva Junior, 2008; Pinheiro; Silva Junior, 2009; Nascimento-Silva; Silva Júnior; Pinheiro, 2010; Ayres, 2004; Santos-Filho, 2007).</p> <p>Dessa forma, opta-se por buscar a informação sobre a participação do usuário nas decisões relacionadas ao seu processo de cuidado diretamente com o próprio usuário através da pergunta “O paciente/familiar participou das decisões quanto ao diagnóstico e tratamento do seu problema?”. A resposta pode ser atribuída pelo usuário em uma escala de 1 a 5, onde “5” é a melhor nota e “1”, a pior nota. O significado de cada nota é explicado com maiores detalhes na sessão “Definição dos termos usados no indicador”.</p> <p>Vale a ressalva que a pergunta é formulada como “O paciente participou...”, pois se assume a possibilidade do paciente não estar em</p>

	<p>condições de responder por si mesmo em certas situações, ou que o questionário seja respondido por um familiar ou acompanhante sobre o cuidado recebido de algum ente querido.</p>
Método de cálculo	<p>A resposta para cada questão pode ser atribuída em uma escala de 1 a 5, onde 5 é a melhor nota e 1 a pior nota. O significado de cada nota é explicado com maiores detalhes na sessão “Definição dos termos usados no indicador”. Vale a ressalva que as perguntas são formuladas como “O paciente participou...”, pois se assume a possibilidade do paciente não estar em condições de responder por si mesmo em certas situações, ou que o questionário seja respondido por um familiar ou acompanhante sobre o cuidado recebido de algum ente querido.</p> <p>A nota final de cada pergunta é calculada a partir da média das notas atribuídas pelos usuários para a pergunta em questão.</p> $\frac{\text{Somatório das notas atribuídas pelos usuários para a questão}}{\text{Número de Avaliações realizadas pelos usuários para a mesma questão}}$
Definição dos termos utilizados no indicador	<p>Abaixo segue o significado de cada nota para pergunta: “O paciente/familiar participou das decisões quanto ao diagnóstico e tratamento do seu problema?”</p> <p>1 – Não participou das decisões, não compreendeu sua situação de saúde e nem percebeu esforço da equipe para mais explicações.</p> <p>2 – Não participou das decisões, mas conseguiu por conta própria entender sua situação de saúde.</p> <p>3 – Não participou das decisões, mas a equipe conseguiu explicar sua situação de saúde.</p> <p>4 – Sim, participou das decisões, mas de forma superficial e a equipe não considerou sua opinião no tratamento.</p> <p>5 – Sim, participou efetivamente das decisões, dentro do que era possível.</p> <p>Considerando que no cálculo da média dificilmente haverá os valores inteiros mínimo e máximo (1 ou 5), a nota final do serviço é interpretada de acordo com o intervalo na qual ela se encontra, como abaixo:</p> <p>1,0 a 1,9 – O serviço não costuma envolver os pacientes/familiares nas decisões do cuidado e sua equipe não se esforça para explicar a situação de saúde dos pacientes.</p>

	<p>2,0 a 2,9 – O serviço não costuma envolver os pacientes/familiares nas decisões do cuidado, mas sua equipe se esforça para explicar a situação de saúde dos pacientes.</p> <p>3,0 a 3,9 – O serviço envolve os pacientes nas decisões, de forma superficial.</p> <p>4,0 a 5,0 – O serviço envolve os pacientes nas decisões e suas opiniões são consideradas na condução do cuidado, dentro das limitações de cada caso.</p>
Interpretação	Quanto maior a média das avaliações, maior centralidade do usuário no serviço em questão.
Periodicidade de envio dos dados	Mensal.
Público-alvo	Pacientes, ou familiares, ou cuidadores ou acompanhantes de pacientes que tiveram experiência com o serviço em questão.
Usos	<p>1- Avaliar a centralidade do usuário nos prestadores em questão.</p> <p>2- Identificar oportunidades de melhorias para a gestão dos hospitais.</p>
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	<p>Como referência de “envolvimento do usuário nas decisões”, pode ser citado o NHS choices (www.nhs.uk). Trata-se do maior portal de saúde do Reino Unido, acumulando hoje cerca de 27 milhões de visitantes ao mês, com um crescimento de 76% em 2014 ao comparar com os dados de 2011. Seu objetivo é prover informações de forma acessível ao público com a finalidade de promover mais autonomia do paciente no cuidado à saúde. Dentre os vários critérios que os ingleses podem avaliar os prestadores de serviços de saúde, destaca-se uma que pergunta formulada diretamente aos usuários se “o prestador os envolve nas decisões de cuidado e tratamento”.</p> <p>Outra referência que pode servir de exemplo é o CQC (Care Quality Commission), um órgão independente, regulador da saúde e serviço social na Inglaterra, que faz uso de inspeções in loco em prestadores no Reino Unido para avaliar a qualidade de prestadores. Suas inspeções são baseadas em pesquisas qualitativas com gestores, usuários e profissionais. Dentre as dimensões analisadas, há a dimensão “caring”, ou seja: “cuidado”, a qual, dentre outros parâmetros, procura avaliar se os familiares e usuários foram envolvidos nas decisões de seu cuidado. As</p>

	<p>notas atribuídas aos serviços podem variar entre “excelente”, “bom”, “requer melhoras” ou “inadequado”. Sua página pode ser acessada em: http://www.cqc.org.uk/.</p> <p>Analogamente, temos outro exemplo na América do Norte, o NCQA – National Committee for Quality Assurance (Comitê Nacional de Garantia da Qualidade), que é uma organização sem fins lucrativos dedicada a melhorar a qualidade da assistência à saúde nos EUA. Fundado em 199 , o NCQA trabalha com a ideia de “selo de qualidade”. Organizações que ostentam este símbolo precisam, antes disso, passar por uma revisão rigorosa e reportar seu desempenho anualmente aos avaliadores do NCQA. Hoje o próprio órgão estima a cobertura de 136 milhões de pessoas assistidas pelas instituições que participam de seus programas.</p> <p>Entre seus programas de avaliação de prestadores, o de reconhecimento de Patient Centered Medical Homes (PCMH) apresenta critérios que incluem o envolvimento de pacientes, familiares e cuidadores na tomada de decisão (NCQA, 2 1). Para referência, este critério é o fator 4, do elemento “Suporte e Gerência da Assistência”.</p> <p>Embora não haja parâmetros ou dados estatísticos para este tipo de indicador, seu uso cresce de importância ao passo que o usuário se torna peça central dos sistemas de saúde.</p>
Meta	Maior ou igual a 4,0 na média do ano.
Fonte dos dados	Sistemas via web de avaliação por metodologia centrada no usuário, com questionários direcionados aos usuários.
Ações esperadas para causar impacto no indicador	<p>1- Por parte da ANS, estímulo à participação dos usuários e divulgação dos resultados para os prestadores.</p> <p>2-Ações corretivas de gestão e monitoramento do indicador devem ser assumidas pelo próprio prestador.</p>
Limitações e vieses	<p>A limitação desta metodologia é a confusão de conceitos (Robinson, 2008).</p> <p>No caso em questão, é perguntado se o paciente/familiar participou das decisões relacionadas ao seu cuidado. Entretanto, o critério usado pelo paciente para analisar a pergunta e sua experiência para responder a questão pode não se referir ao que constitui o “envolvimento nas</p>

	<p>decisões”.</p> <p>Isso reforça a necessidade formativa da avaliação. Uma forma de contornar essa limitação é ofertar, no processo avaliativo do usuário, conteúdo informativo e interativo sobre o tema a ser avaliado.</p>
Referências	<p>AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). National Healthcare Quality Report,. p. 79-82., 2005</p> <p>AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.</p> <p>BARON, G.; MONNI R, . Un approche pluraliste et participative: Coproduire l'évaluation avec la société civile. <i>Revue "Informations sociales" nº 11</i> , Septembre, 2 3.</p> <p>BOSI, MLM, MERCADO, FJ, organizadores. <i>Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes</i>. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006</p> <p>BOSI, MLM, UCHIMURA, KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, MLM; MERCADO, F J, organizadores. <i>Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes</i>. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006. p. 87-117.</p> <p>DEMO, P. <i>Avaliação Qualitativa</i>. Campinas: Autores Associados Ltda, 1987.</p> <p>DONABEDIAN. The quality of Care: how Can It be Assessed? In: <i>Journal of American Medical Association</i>. EUA, vol. 260 nº 12, p.1743-1748, 1988.</p> <p>ENGLAND DEPARTMENT OF HEALTH (EDH). NHS choices. Disponível em: < http://www.nhs.uk/>. Acesso em: 11 fev. 2015.</p> <p>FURTADO JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. <i>Ciênc. saúde coletiva</i>. 2001; 6(1): 165-181.</p> <p>LEE, A.; SKÖTT, L.S; HANSEN, H.P. Organizational and patient-related assessments in HTAs: State of the art. <i>International Journal of Technology Assessment in Health Care</i>. Oct 1;25(4):530-536, 2009</p> <p>MEAD, N.; BOWER, P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. In: <i>Social Science & Medicine</i>, nº 51, vol. 7, p. 1087-1110, 2000</p> <p>MERCADO FJ, BOSI MLM. Avaliação não tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: BOSI MLM, MERCADO FJ,</p>

	<p>organizadores. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ : Vozes; 2006. p. 11-21.</p> <p>MERCADO FJ, HERNÁNDEZ N, TEJADA LM, SPRINGETT J, CALVO A. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: BOSI MLM, MERCADO FJ, organizadores. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ : Vozes; 2006. p. 22-62.</p> <p>NASCIMENTO-SILVA, V.M; SILVA JUNIOR, A.G; PINHEIRO, R. O caráter formativo da avaliação e a integralidade: reflexões teóricas. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. (orgs.). Por uma Sociedade Cuidadora. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ/ABRASCO, 2010. p. 307- 316</p> <p>NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE (NCQA). NCQA. Disponível em <www.ncqa.org>. Acesso em 11 fev 2015</p> <p>NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE (NCQA). NCQA. Standards and Guidelines for PCSP Recognition.EUA, 2013. Disponível em <www.ncqa.org>. Acesso em 11 fev 2015.</p> <p>PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.) Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ/ABRASCO; Recife: EdUFPE, 2009, p. 37-52.</p> <p>PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A; (org.). Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p.215-224.</p> <p>REEVE, B.B. et al. ISOQOL recommends minimum standards for patient-reported outcome measures used in patient-centered outcomes and comparative effectiveness research. In: Quality of Life Research. Springer Science+Business Media Dordrecht, 22, p.1889-1905, 2013</p> <p>ROBINSON, J.H. et al. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes: Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, vol.20. p. 600-607, 2008.</p> <p>ROCKVILLE, W. et al. 2014 Chartbook What Consumers Say About Their Experiences with Their Health Plans and Medical Care In: CAHPS Health Plan Survey Database. Agency for Healthcare Research and Quality. Out.</p>
--	--

	<p>2014</p> <p><https://cahpsdatabase.ahrq.gov/files/2014CAHPSHealthPlanChartbook.pdf> Data de acesso: 11 fev 2015.</p> <p>SANTOS-FILHO, S B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciênc. saúde coletiva.v.12(4) 2007:999-1010</p> <p>SPRINGETT J. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In: ROOTMAN I, GOODSTADT M, HYNDMAN B, MACQUEEN DV, POTVIN L, SPRINGETT J, ET AL. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Denmark: WHO Regional Publications, 2001. p. 83-105</p> <p>STEWART, M. et al. Patient-Centered Medicine: Transforming Clinical Method. Radcliffe Medical Press, 2ª ed., Reino Unido, 2003</p>
--	--

E-CPA -02 – Monitoramento da capacidade de escuta e comunicação do prestador

Sigla	E-CPA-02
Nome	Monitoramento da capacidade de escuta e comunicação do prestador.
Conceituação	Monitorar a capacidade de escuta atenta e comunicação do prestador pela perspectiva do paciente.
Domínio	Centralidade no paciente
Relevância	Essencial
Importância	<p>O acolhimento se concretiza no momento em que o prestador se esforça em interpretar os problemas do usuário, assim como em ofertar opções de intervenção, discriminar riscos, responder às demandas individuais ou coletivas e construir projetos terapêuticos individualizados (Silva Junior; Mascarenhas, 2004).</p> <p>Para tal, são necessários dois fatores estratégicos: a escuta atenta e a capacidade de correlacionar o relato do usuário com suas necessidades e contexto de vida (Silva Junior; Mascarenhas, 2004). Nesse sentido, opta-se pela busca da informação sobre a existência dessa “escuta atenta e comunicação” diretamente com o usuário. Mas, antes, é necessário dizer que a comunicação deve ser avaliada em seus dois pólos: na capacidade do profissional compreender as demandas do paciente (e traduzi-la em uma conduta ou decisão) e na capacidade do usuário compreender a conduta proposta pelo profissional.</p>
Método de cálculo	<p>Propõe-se que duas questões sejam direcionadas aos usuários:</p> <ol style="list-style-type: none">1) “Como foi a atenção recebida do profissional/equipe?”; e2) “O paciente/familiar entendeu as orientações e prescrições?” <p>Para cada pergunta, a resposta pode ser atribuída pelo usuário em uma escala de 1 a 5, onde “5” é a melhor nota e “1” a pior nota. O significado de cada nota é explicado com maiores detalhes na sessão “Definição dos termos usados no indicador”. Vale a ressalva que a pergunta é formulada como “O paciente participou...”, pois se assume a possibilidade do</p>

	<p>paciente não estar em condições de responder por si mesmo em certas situações, ou que o questionário seja respondido por um familiar ou acompanhante sobre o cuidado recebido de algum ente querido.</p> <p>A nota final é calculada a partir da média das notas atribuídas pelos usuários.</p> $\frac{\text{Somatório das notas atribuídas pelos usuários}}{\text{Número de Avaliações realizadas pelos usuários}}$
<p>Definição dos termos utilizados no indicador</p>	<p>Abaixo segue o significado de cada nota para a pergunta “Como foi a atenção recebida do profissional/equipe?”.</p> <p>1 – O profissional/equipe não demonstrou nenhum interesse, não entendeu qual o seu problema e você se sentiu desrespeitado (a).</p> <p>2 – O profissional/equipe não demonstrou nenhum interesse, não entendeu qual o seu problema, mas você ainda se sentiu respeitado (a).</p> <p>3 – O profissional/equipe demonstrou pouco interesse e quase não escutou, mas ainda entendeu algo sobre o seu problema.</p> <p>4 – O profissional/equipe demonstrou algum interesse e escutou, mas foi o suficiente para entender seu problema.</p> <p>5 – O profissional/equipe demonstrou interesse e escutou com atenção suficiente para entender o problema.</p> <p>Considerando que no cálculo da média dificilmente haverá os valores inteiros mínimo e máximo (1 ou 5), a nota final do serviço é interpretada de acordo com o intervalo na qual ela se encontra, como abaixo:</p> <p>1,0 a 2,0 – O serviço tem acolhimento inexistente ou não efetivo e o profissional/equipe não demonstra atenção para os usuários, com problemas graves de comunicação e relacionamento.</p> <p>2,0 a 3,0 – O serviço tem acolhimento inexistente ou não efetivo. O profissional/equipe não demonstra atenção para os usuários.</p> <p>3,0 a 4,0 – O profissional/equipe demonstra algum interesse para os usuários, mas o acolhimento ainda carece de melhorias.</p> <p>4,0 a 5,0 – O acolhimento do serviço possui escuta atenta, capaz de entender os problemas dos usuários.</p> <p>Abaixo segue o significado de cada nota para a pergunta “O paciente/familiar entendeu as orientações e prescrições?”.</p> <p>1 – Não entendeu nada e o profissional/equipe não está disponível para</p>

	<p>explicar.</p> <p>2 – Não entendeu perfeitamente e precisou de ajuda de outras pessoas, que não fazem parte do serviço de saúde, para entender.</p> <p>3 – Não entendeu perfeitamente, o profissional/equipe não está disponível para explicar, mas você sabe do que se trata.</p> <p>4 – Não entendeu perfeitamente, mas o profissional/equipe está disponível para explicar.</p> <p>5 – Sim, entendeu perfeitamente.</p> <p>Considerando que no cálculo da média dificilmente haverá os valores inteiros mínimo e máximo (1 ou 5), a nota final do serviço é interpretada de acordo com o intervalo na qual ela se encontra, como abaixo:</p> <p>1,0 a 2,0 – O serviço tem acolhimento inexistente ou não efetivo e os pacientes sequer entendem suas situações de saúde.</p> <p>2,0 a 3,0 – O serviço tem acolhimento inexistente ou não efetivo, mas os pacientes ainda têm acesso a informação de sua situação de saúde por outros meios.</p> <p>3,0 a 4,0 – Os pacientes que visitaram este serviço têm acesso a informação sobre sua situação de saúde, mas o acolhimento do serviço ainda carece de melhorias.</p> <p>4,0 a 5,0 – O acolhimento do serviço possui escuta atenta, com capacidade de comunicação que ajuda os usuários a entender suas situações de saúde.</p>
Interpretação	<p>e- Quanto maior a média das avaliações de cada indicador, a capacidade de escuta atenta e, conseqüentemente, de um acolhimento efetivo, no serviço em questão.</p> <p>2- Uma boa avaliação não garante a existência de um acolhimento efetivo, mas aponta na direção do mesmo ao avaliar a qualidade da comunicação entre usuário e prestador.</p> <p>3- Vale dizer que cada indicador deve ser interpretado de forma independente, pois avaliam etapas distintas da comunicação entre prestador e usuário.</p>
Periodicidade de envio dos dados	Mensal.

Público-alvo	Pacientes, ou familiares, cuidadores ou acompanhantes de pacientes que tiveram experiência com o serviço em questão.
Usos	<p>e- Avaliar a capacidade de escuta atenta e comunicação com os usuários nos prestadores em questão.</p> <p>2- Identificar oportunidades de melhorias para a gestão dos hospitais.</p>
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	<p>Não existem parâmetros ou dados estatísticos para este indicador em âmbito nacional, contudo, podem ser citados exemplos de experiências internacionais de amplo reconhecimento em seus países de origem.</p> <p>Nos EUA, o órgão acreditador NCQA (Comitê Nacional de Garantia da Qualidade) trabalha com a ideia de escuta atenta em seu selo de qualidade para Patient Centered Medical Homes (PCMH).</p> <p>Na sessão de “avaliação do desempenho e melhoria da qualidade”, do programa de Reconhecimento dos PCMH, é mensurado se a clínica realiza pesquisa com qualquer instrumento para avaliar a experiência do paciente ou família com a comunicação. Segundo o próprio NCQA, a “comunicação” é entendida no sentido do usuário se sentir respeitado e de que alguém o escutou.</p> <p>O NCQA também faz uso da pesquisa CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) para avaliar diretamente com os usuários uma série de critérios de diversos tipos de serviços. A modalidade para hospitais é conhecida como HCAHPS (http://www.hcahponline.org/) e possui critérios de avaliação da comunicação com médicos e enfermeiros. A pesquisa engloba outros critérios e, a partir de um “balanced scorecard”, atribui uma nota de 1 a 5 estrelas para cada hospital. A distribuição das notas, em pesquisa realizada com 3.548 hospitais, nos EUA, em estrelas foi: 3%(1); 13%(2); 37%(3); 37%(4) e 9%(5). Estes critérios indiretos mostraram-se bem mais relevantes para a avaliação da escuta do que os mensurados diretamente pelos programas. A pesquisa CAHPS é realizada diretamente com o usuário: se ele achou fácil entender as questões técnicas e se sentiu escutado é porque provavelmente ocorreu escuta qualificada. Neste caso, o profissional teve o esforço de tradução e mediação entre a realidade do paciente e o conhecimento técnico, tornando tal conhecimento realmente útil para o paciente.</p>

Meta	Maior ou igual a 4,0 na média do ano.
Fonte dos dados	Sistemas via web de avaliação por metodologia centrada no usuário, questionários direcionados aos usuários.
Ações esperadas para causar impacto no indicador	<p>e- Por parte da ANS, estímulo à participação dos usuários e divulgação dos resultados para os prestadores.</p> <p>2- Ações corretivas de gestão e monitoramento do indicador devem ser assumidas pelo próprio prestador.</p>
Limitações e vieses	<p>A limitação desta metodologia é a confusão de conceitos (Robinson, 2008).</p> <p>No caso em questão, é perguntado se o paciente/familiar entendeu as orientações e prescrições. Entretanto, o critério usado pelo paciente para analisar a pergunta, sua experiência e para responder a questão pode não referir-se o que constitui o “entender as orientações e prescrições”.</p> <p>Isso reforça a necessidade formativa da avaliação. Uma forma de contornar essa limitação é ofertar, no processo avaliativo do usuário, conteúdo informativo e interativo sobre o tema a ser avaliado.</p>
Referências	<p>AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). National Healthcare Quality Report,. P. 79-82., 2005</p> <p>AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.</p> <p>BARON, G.; MONNI R, . Un approche pluraliste et participative: Coproduire l'évaluation avec la société civile. Revue “Informations sociales” nº 11 , Septembre, 2 3.</p> <p>BOSI, MLM, MERCADO, FJ, organizadores. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006</p> <p>BOSI, MLM, UCHIMURA, KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, MLM; MERCADO, F J, organizadores. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006. P. 87-117.</p> <p>DEMO, P. Avaliação Qualitativa. Campinas: Autores Associados Ltda, 1987.</p> <p>DONABEDIAN. The quality of Care: how Can It be Assessed? In: Journal of</p>

	<p>American Medical Association. EUA, vol. 260 nº 12, p.1743-1748, 1988.</p> <p>ENGLAND DEPARTMENT OF HEALTH (EDH). NHS choices. Disponível em: <http://www.nhs.uk/>. Acesso em: 11 fev. 2015.</p> <p>FURTADO JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciênc. Saúde coletiva. 2001; 6(1): 165-181.</p> <p>HUDSON, C. et al. Measuring Patients' Perception of Patient-Centered Care: a Systematic Review of Tools for Family Medicine. In: Annals of Family Medicine. Vol 9, nº2 , p.155-164, março/abril, 2011.</p> <p>LEE, A.; SKÖTT, L.S; HANSEN, H.P. Organizational and patient-related assessments in HTAs: State of the art. International Journal of Technology Assessment in Health Care. Oct 1;25(4):530-536, 2009</p> <p>MEAD, N.; BOWER, P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. In: Social Science & Medicine, nº 51, vol. 7, p. 1087-1110, 2000</p> <p>MERCADO FJ, BOSI MLM. Avaliação não tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: BOSI MLM, MERCADO FJ, organizadores. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ : Vozes; 2006. P. 11-21.</p> <p>MERCADO FJ, HERNÁNDEZ N, TEJADA LM, SPRINGETT J, CALVO A. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: BOSI MLM, MERCADO FJ, organizadores. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ : Vozes; 2006. P. 22-62.</p> <p>NASCIMENTO-SILVA, V.M; SILVA JUNIOR, A.G; PINHEIRO, R. O caráter formativo da avaliação e a integralidade: reflexões teóricas. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. (orgs.). Por uma Sociedade Cuidadora. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ/ABRASCO, 2010. P. 307- 316</p> <p>NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE (NCQA). NCQA. Disponível em <www.ncqa.org>. Acesso em 11 fev 2015</p> <p>POTVIN, L; GENDRON, S; BILODEAN, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, MLM; MERCADO, FJ (Org). Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes – Petrópolis, RJ: Vozes, 2006 p. 65-86</p>
--	--

	<p>PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.) Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ/ABRASCO; Recife: EdUFPE, 2009, p. 37-52.</p> <p>PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A; (org.). Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. P.215-224</p> <p>REEVE, B.B. et al. ISOQOL recommends minimum standards for patient-reported outcome measures used in patient-centered outcomes and comparative effectiveness research. In: Quality of Life Research. Springer Science+Business Media Dordrecht, 22, p.1889-1905, 2013</p> <p>ROBINSON, J.H. et al. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes: Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, vol.20. p. 600-607, 2008.</p> <p>ROCKVILLE, W. et al. 2014 Chartbook What Consumers Say About Their Experiences with Their Health Plans and Medical Care In: CAHPS Health Plan Survey Database. Agency for Healthcare Research and Quality. Out. 2014</p> <p><https://cahpsdatabase.ahrq.gov/files/2014CAHPSHealthPlanChartbook.pdf> Data de acesso: 11 fev 2015.</p> <p>SANTOS-FILHO, S B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciênc. Saúde coletiva. V.12(4) 2007:999-1010</p> <p>SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Hucitec. São Paulo, 2004.</p> <p>SPRINGETT J. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In: ROOTMAN I, GOODSTADT M, HYNDMAN B, MACQUEEN DV, POTVIN L, SPRINGETT J, ET AL. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Denmark: WHO Regional Publications, 2001. P. 83-105</p> <p>STEWART, M. et al. Patient-Centered Medicine: Transforming Clinical Method. Radcliffe Medical Press, 2ª ed., Reino Unido, 2003</p>
--	--

	<p>STEWART, M. et al. Patient-Centered Medicine: Transforming Clinical Method. Radcliffe Medical Press, 2ª ed., Reino Unido, 2003</p> <p>STEWART, M. Towards a global definition of patient-centred care. British Medical Journal, v. 322, p. 444–445, fev. 2001.</p> <p>STEWART, M; BROWN, J. B; DONNER, A; MCWHINNEY, I. R; OATES, J; WESTON, W.W; et al. The impact of patient-centered care on outcomes. Journal of Family Practice, v. 49, n. 9, p. 796–804, set. 2000.</p>
--	--

SEGURANÇA

E-SEG-01 - Conformidade com os padrões de identificação do paciente.

Sigla	E-SEG-01
Nome	Conformidade com os padrões de identificação do paciente.
Conceituação	Monitorar o processo de identificação do paciente pelo prestador hospitalar de acordo com os padrões estabelecidos.
Domínio	Segurança
Relevância	Essencial
Importância	<p>“O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina” (Brasil, 2013 e). A correta identificação do paciente minimiza a ocorrência de incidentes que podem causar danos ao paciente.</p> <p>Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.</p> <p>Entre 2003 e 2005, The United Kingdom National Patient Safety Agency apresentou 236 incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas. A má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas pelo The United States Department of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety entre 2000 e 2003. Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa” (Brasil, 2013 e).</p>
Método de cálculo	$\frac{\text{Pacientes internados com pulseira padronizada}}{\text{Pacientes internados}} \times 100$

Definição dos termos utilizados no indicador	<p>a) Numerador: total de pacientes internados no hospital com pulseira de identificação padronizada no período</p> <p>b) Denominador: total de pacientes internados no hospital no período.</p> <p>Pulseira padronizada: pulseira de identificação do paciente definida no protocolo de identificação do paciente do hospital, elaborado segundo o protocolo de identificação do paciente do Ministério da Saúde. (Brasil, 2013 e)</p>
Interpretação	<p>1- Quanto maior o percentual de pacientes com identificação maior a adesão dos profissionais, que participam na assistência ao paciente, ao protocolo Identificação do Paciente.</p> <p>2- Quanto maior o percentual de pacientes com identificação mais seguro é o ambiente do cuidado.</p>
Periodicidade de envio dos dados	Mensal
Público-alvo	Todos os pacientes em regime de internação no hospital.
Usos	<p>1- “Incentivar a implantação de uma cultura de segurança nos estabelecimentos hospitalares” (European Union Network for Patient Safety, 2010)</p> <p>2- Melhorar a estrutura e os processos organizacionais na prestação do cuidado.</p> <p>3- Subsidiar o planejamento de ações educativas sobre a importância do uso do protocolo de identificação do paciente.</p>
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	“Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente.” (Brasil, 2013e)
Meta	100% de adesão dos profissionais, que participam da assistência ao paciente, ao Protocolo Identificação do Paciente do hospital.
Fonte dos dados	Censo diário, registro no prontuário do processo de identificação do paciente.
Ações esperadas para causar impacto no	<p>1- Investigação dos casos de incidentes com dano para o paciente devido a falhas na identificação do paciente.</p> <p>2- Promoção de ações educativas sobre segurança do paciente com ênfase</p>

indicador	<p>na importância da identificação correta do paciente.</p> <p>3- Revisão periódica do Protocolo Identificação do Paciente.</p> <p>4- Incentivar a notificação de incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente.</p>
Limitações e vieses	<p>1- O indicador pode ser influenciado pela dificuldade da organização de disponibilizar os recursos necessários para a identificação do paciente.</p> <p>2- A qualidade e atualização do protocolo são fatores que intervêm negativamente na adesão dos profissionais ao protocolo.</p>
Referências	<p>Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.</p> <p>Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 (a). Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.</p> <p>Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília; 2013 (b).</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. Diário Oficial da União, 2 abril 2013 (c).</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1377 de 09 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 10 jul 2013 (d)</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Anexo 2 - Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.2013 (e) www.saude.gov.br/segurancadopaciente Acessado em setembro 2015 ou http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 25 set 2013 (f) http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2095_2013.pdf acesso setembro de 2015</p>

	<p>Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, Volume 1, nº 1 jan-jul-2011 (a). http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES acesso setembro 2015</p> <p>Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, Volume 1, nº 3 jan-jul-2011 (b). http://portal.anvisa.gov.br/wps/</p> <p>European Union Network for Patient Safety. Patient Safety Culture Report. Focusing on Indicators. 2010. http://www.hope.be/03activities/docsactivities/eunetpas/4-eunetpas-patient_safety_culture-report_focusing_on_indicators.pdf Acesso em setembro de 2015</p> <p>Gouvêa, C. S. D.; Travassos, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1061-1078, jun, 2010: http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf Acesso em setembro de 2015</p> <p>Hoffmeister, L. V.I; Moura, G. M. S. S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev. 2015;23(1):36-43 http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf - Acesso em setembro de 2015</p> <p>Organização Mundial da Saúde. Direção-geral da saúde. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: relatório técnico final. Portugal; 2011 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf acesso em setembro 2015</p> <p>Reis CT et al.A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 18(7):2029-2036, 2013</p> <p>World Health Organization WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient Identification. Patient Safety Solutions. volume 1, solution 2 May 2007 (a). http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-</p>
--	--

	<p>Solution2.pdf?ua=1 - Acesso em setembro de 2015</p> <p>World Health Organization. Patient safety solutions. 2007 (b). Disponível em http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/ - Acesso em setembro de 2015</p>
--	---

E-SEG-02 - Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Adulto.

Sigla	E-SEG-02
Nome	Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Adulto.
Conceituação	Taxa de densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) – IPCSL, associada à utilização de CVC em pacientes internados em UTI Adulto, por 1000 cateteres-dia. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a infecção.
Domínio	Segurança
Relevância	Essencial
Importância	<p>A qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC está diretamente relacionada ao risco de infecção. Assim sendo, a taxa de densidade de IPCSL associada a CVC se mostrou um indicador de resultado no domínio das infecções hospitalares útil para divulgação pública. Embora as IPCSL sejam menos frequentes que outras infecções hospitalares, como as infecções do trato urinário, sítio cirúrgico e pneumonias, elas estão associadas a morbidade e mortalidade substanciais e a altos custos para os sistemas de saúde.</p> <p>Ao mesmo tempo, as estratégias de prevenção das IPCSL são muito bem estabelecidas, e, portanto, o monitoramento da taxa de densidade de IPCSL permite avaliar a aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC.</p>
Método de cálculo	$\frac{\text{(Número de casos novos de IPCSL no período)}}{\text{(Número de CVCs–dia no período)}} \times 1000$

<p>Definição dos termos utilizados no indicador</p>	<p>a) Numerador – Somatório do número de infecções primárias de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) – IPCSL, detectadas na UTI Adulto em um mês. O número de IPCSL deve ser obtido pela busca ativa de infecções com confirmação microbiológica.</p> <p>b) Denominador – Número de cateteres venosos centrais-dia na UTI Adulto em um mês.</p> <p>A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo (CVC), sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção primária de corrente sanguínea.</p> <p>O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro CVC e a data de retirada do último CVC, no caso de pacientes em uso de mais de um CVC.</p> <p>Definições</p> <p>1. Cateter Venoso Central (CVC): cateter vascular inserido no coração ou próximo dele ou em grandes vasos para infusão de medicamentos ou nutrição, coleta de sangue ou monitorização hemodinâmica. São considerados grandes vasos: artérias pulmonares, veia cava superior, veia cava inferior, tronco braquiocefálico, veias jugulares internas, veias subclávias, veia ílica externa e veia femoral. Em neonatos, cateteres umbilicais são considerados centrais.</p> <p>2. IPCSL em adultos: é aquela que preenche um dos seguintes critérios:</p> <p>Critério 1 Paciente com uma ou mais hemoculturas positivas para microrganismo patogênico (não contaminantes comuns de pele), e o patógeno não está relacionado com infecção em outro sítio.</p> <p>Critério 2 Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (>38°C), tremores, oligúria (volume urinário <20 ml/h), hipotensão (pressão sistólica ≤ 9 mmHg), e esses sintomas não estão relacionados com infecção em outro sítio;</p>
---	---

	<p>E</p> <p>Duas ou mais hemoculturas (em diferentes punções com intervalo máximo de 48h) com contaminante comum de pele (ex.: difteroides, Bacillus spp, Propionibacterium spp, Staphylococcus coagulase negativo, micrococos).</p> <p>3. Unidade de Terapia Intensiva – UTI (ANVISA Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.</p> <p>4. Unidade de Terapia Intensiva Adulto (ANVISA Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.</p> <p>5. Número de cateteres venosos centrais-dia: ao final de cada mês, o denominador deverá ser gerado pelo somatório do tempo de exposição de cada paciente em particular ao CVC, como no exemplo a seguir:</p> <table border="1" data-bbox="475 1055 1361 1485"> <thead> <tr> <th colspan="5">UNIDADE: UTI ADULTO</th> </tr> <tr> <th colspan="5">MÊS/ANO: Agosto/2012</th> </tr> <tr> <th>Prontuário</th> <th>Data de inserção do cateter</th> <th>Data de retirada do cateter</th> <th>Data de confirmação de IPCSL</th> <th>CVC-dia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0001</td> <td>21/07</td> <td>07/08</td> <td>04/08</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>0002</td> <td>28/07</td> <td>02/09</td> <td>-</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>0003</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>0004</td> <td>15/08</td> <td>20/08</td> <td>-</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> </tr> <tr> <td>0074</td> <td>01/08</td> <td>13/08</td> <td>13/08</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>0075</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TOTAL PARA O PERÍODO (Agosto/2012)</td> <td>Nº de IPCSL: 1+0+0+0+...+1+0 = 8 (Numerador)</td> <td>Somatório: 7+31+0+6+...+13 +0 = 1080 CVCs-dia (Denominador)</td> </tr> </tbody> </table>	UNIDADE: UTI ADULTO					MÊS/ANO: Agosto/2012					Prontuário	Data de inserção do cateter	Data de retirada do cateter	Data de confirmação de IPCSL	CVC-dia	0001	21/07	07/08	04/08	7	0002	28/07	02/09	-	31	0003	-	-	-	-	0004	15/08	20/08	-	6	0074	01/08	13/08	13/08	13	0075	-	-	-	-	TOTAL PARA O PERÍODO (Agosto/2012)			Nº de IPCSL: 1+0+0+0+...+1+0 = 8 (Numerador)	Somatório: 7+31+0+6+...+13 +0 = 1080 CVCs-dia (Denominador)
UNIDADE: UTI ADULTO																																																								
MÊS/ANO: Agosto/2012																																																								
Prontuário	Data de inserção do cateter	Data de retirada do cateter	Data de confirmação de IPCSL	CVC-dia																																																				
0001	21/07	07/08	04/08	7																																																				
0002	28/07	02/09	-	31																																																				
0003	-	-	-	-																																																				
0004	15/08	20/08	-	6																																																				
...																																																				
0074	01/08	13/08	13/08	13																																																				
0075	-	-	-	-																																																				
TOTAL PARA O PERÍODO (Agosto/2012)			Nº de IPCSL: 1+0+0+0+...+1+0 = 8 (Numerador)	Somatório: 7+31+0+6+...+13 +0 = 1080 CVCs-dia (Denominador)																																																				
Interpretação	Quanto maior a taxa, maior o número de IPCSL que estão acometendo os pacientes que utilizam CVC.																																																							
Periodicidade de envio dos dados	Mensal																																																							
Público-alvo	Adultos internados em unidades de terapia intensiva.																																																							
Usos	1. Identificar hospitais com alta taxa de densidade de IPCSL associada a CVC para a tomada de ações de investigação das causas do resultado																																																							

	<p>obtido, com vistas à melhoria da qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC.</p> <p>2. Avaliar indiretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes em uso de CVC, em especial a aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC, elementos que têm impacto sobre a aquisição das IPCSL.</p>
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	<p>No primeiro semestre de 2011, em um levantamento de 4.197 notificações de infecções relacionadas à assistência à saúde, enviadas por 800 hospitais do país, a ANVISA encontrou uma taxa de densidade de IPCSL associada a CVC, em UTI Adulto, de 6,2 por 1.000 CVCs-dia. Os percentis 25%, 50%, 75% e 90% da distribuição das densidades institucionais no período foram 1,2, 4,2, 9,0 e 15,1 infecções por 1.000 CVCs-dia.</p> <p>A ANAHP, para um universo de 34 hospitais notificantes, encontrou no ano de 2010 uma taxa de densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea, confirmada laboratorialmente, ou clinicamente por sinais/sintomas de sepse, em pacientes em uso de CVC, internados em UTI Adulto, de 3,3 por 1.000 CVCs-dia.</p> <p>Os hospitais dos EUA relataram, para o período de 2006 – 2008, taxas de densidade de IPCSL associada a CVC de 1,5 em UTI Adulto (clínica/cirúrgica) e 2,1 em UTI Adulto (clínica/cirúrgica) em grandes hospitais de ensino por 1.000 CVCs-dia.</p>
Meta	Taxa de incidência média anual de I CSL associada a CVC \leq percentil 25 % do grupo em que o hospital for classificado.
Fonte dos dados	Registros mantidos, de forma manual ou eletrônica, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar -CCIH.
Ações esperadas para causar impacto no indicador	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigação das causas de alta taxa de densidade de infecções pela CCIH da unidade hospitalar, para a tomada de ações com vistas à melhoria da qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC. 2. Ações educativas e de incentivo à aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC. 3. Implantação de pacote (“bundle”) de medidas de alto impacto na prevenção da infecção da corrente sanguínea associada ao acesso venoso. Estas intervenções são boas práticas que individualmente resultam em

	<p>melhoria da assistência, mas quando implementadas em conjunto, resultam em melhorias ainda mais substanciais. As evidências científicas que corroboram cada elemento do pacote estão suficientemente estabelecidas a ponto de serem consideradas o cuidado padrão.</p> <p>4. O pacote (“bundle”) do CVC recomendado pelo Institute for Healthcare Improvement tem componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienização das mãos; 2. Precauções máximas de barreira na passagem do cateter; 3. Antissepsia com clorexidina; 4. Escolha de sítio de inserção adequado, com preferência para a veia subclávia nos casos de cateteres não tunelizados; 5. Reavaliação diária da necessidade de manutenção do cateter, com pronta remoção daqueles desnecessários.
<p>Limitações e vieses</p>	<p>Alta taxa de densidade de infecções (> percentil 90%) não necessariamente significa má qualidade da assistência médico-hospitalar, mas reforça a necessidade de investigações adicionais da situação pela CCIH da unidade hospitalar.</p> <p>Por outro lado, baixa taxa de densidade de infecções (< percentil 10%) pode refletir uma busca ativa por infecções hospitalares inadequada.</p>
<p>Referências</p>	<p>ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. Edição 03, 2011. Acesso em: 22maio2012. Disponível em: http://www.anahp.com.br/files/OBSERVAT%C3%93RIO%20FINAL.PDF</p> <p>ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010. Acesso em: 22maio2012. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/97e4d40047457b4b8804dc3fbc4c6735/INSTRUCAO_NORMATIVA_N_4_2010.pdf?MOD=AJPERES</p> <p>ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Setembro de 2010. Acesso em: 23fev2012. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1ff4120047457e9b8a6ede3fbc4c6735/INDICADORES+NACIONAIS+DE+INFEC%C3%87%C3%83O+-+Setembro+2010+-+NOVO.pdf?MOD=AJPERES</p> <p>ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, ano II, nº 04,</p>

	<p>fevereiro de 2012. Acesso em: 22maio2012. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/72f03e004b2028b0a4c5afa337aba9d/Seguran%C3%A7a+e+qualidade+em+servi%C3%A7os+e+sa%C3%BAde+n4+1+coluna+corrigido.pdf?MOD=AJPERES</p> <p>Edwards JR, Peterson KD, Mu Y, Banerjee S, Allen-Bridson K, Morrell G, et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. Am J Infect Control 2009;37:783-805. Acesso em: 24maio2012. Disponível em: http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/dataStat/2009NHSNReport.PDF</p> <p>National Healthcare Safety Network - NHSN. NHSN Patient Safety Component Manual. Device-Associated Module. Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) Event, January 2012. Acesso em: 22maio2012. Disponível em: http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/4PSC_CLABScurrent.pdf</p> <p>Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Infecção Hospitalar. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos, janeiro 2011. Acesso em: 24maio2012. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/IH11_MANUAL_CRITERIOS_DIAG.pdf</p> <p>5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Central Line Infections Howto Guide. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. Disponível em: http://repositorio.proqualis.net/files/server.php?fileid=2877. Acesso em: 22 mai 2012</p>
--	--

E-SEG-03 - Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Pediátrica.

Sigla	E-SEG-03
Nome	Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Pediátrica.
Conceituação	Taxa de densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) – IPCSL, associada à utilização de CVC em pacientes internados em UTI Pediátrica, por 1000 cateteres-dia. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a infecção.
Domínio	Segurança
Relevância	Essencial
Importância	<p>A qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC está diretamente relacionada ao risco de infecção. Assim sendo, a taxa de densidade de IPCSL associada a CVC se mostrou um indicador de resultado no domínio das infecções hospitalares útil para divulgação pública. Embora as IPCSL sejam menos frequentes que outras infecções hospitalares, como as infecções do trato urinário, sítio cirúrgico e pneumonias, elas estão associadas a morbidade e mortalidade substanciais e a altos custos para os sistemas de saúde.</p> <p>Ao mesmo tempo, as estratégias de prevenção das IPCSL são muito bem estabelecidas, e, portanto, o monitoramento da taxa de densidade de IPCSL permite avaliar a aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC.</p>
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de casos novos de IPCSL no período}}{\text{Número de CVCs-dia no período}} \times 1000$
Definição dos termos utilizados no indicador	a) Numerador – Somatório do número de infecções primárias de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) – IPCSL, detectadas na UTI Pediátrica em um mês. O número de IPCSL deve ser obtido pela busca ativa de infecções com confirmação microbiológica.

	<p>b) Denominador – Número de cateteres venosos centrais-dia na UTI Pediátrica em um mês.</p> <p>A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade.</p> <p>Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo (CVC), sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção primária de corrente sanguínea.</p> <p>O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro CVC e a data de retirada do último CVC, no caso de pacientes em uso de mais de um CVC.</p> <p>Definições:</p> <p>1. Cateter Venoso Central (CVC): cateter vascular inserido no coração ou próximo dele ou em grandes vasos para infusão de medicamentos ou nutrição, coleta de sangue ou monitorização hemodinâmica. São considerados grandes vasos: artérias pulmonares, veia cava superior, veia cava inferior, tronco braquiocefálico, veias jugulares internas, veias subclávias, veia ilíaca externa e veia femoral. Em neonatos, cateteres umbilicais são considerados centrais.</p> <p>2. IPCSL em crianças: é aquela que preenche um dos seguintes critérios:</p> <p>Critério 1 - Crianças/adolescentes (>28 dias a 18 anos):</p> <p>Uma ou mais hemoculturas positivas para microrganismo patogênico (não contaminantes comuns de pele), e o patógeno não está relacionado com infecção em outro sítio.</p> <p>Critério 2 - Em crianças > 1 ano e adolescentes:</p> <p>Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (>38°C), tremores, oligúria (volume urinário <2 ml/h), hipotensão (pressão sistólica ≤ 9 mmHg), e esses sintomas não estão relacionados com infecção em outro sítio;</p> <p>Duas ou mais hemoculturas (em diferentes punções com intervalo máximo de 48h) com contaminante comum de pele (ex.: difteroides, Bacillus spp,</p>
--	--

	<p>Propionibacterium spp, Staphylococcus coagulase negativo, micrococcos).</p> <p>Critério 3 - Em crianças > 28 dias e < 1 ano:</p> <p>Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (>38°C), hipotermia (<36°C), bradicardia ou taquicardia (não relacionados com infecção em outro sítio);</p> <p>Duas ou mais hemoculturas (em diferentes punções com intervalo máximo de 48h) com contaminante comum de pele (ex.: difteroides, Bacillus spp, Propionibacterium spp, Staphylococcus coagulase negativo, micrococcos).</p> <p>3. Unidade de Terapia Intensiva – UTI (ANVISA Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.</p> <p>4. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (ANVISA Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010): UTI destinada à assistência de pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.</p> <p>5. Número de cateteres venosos centrais-dia: ao final de cada mês, o denominador deverá ser gerado pelo somatório do tempo de exposição de cada paciente em particular ao CVC, como no exemplo a seguir.</p> <table border="1" data-bbox="470 1265 1382 1697"> <thead> <tr> <th colspan="5">UNIDADE: UTI PEDIÁTRICA</th> </tr> <tr> <th colspan="5">MÊS/ANO: Agosto/2012</th> </tr> <tr> <th>Prontuário</th> <th>Data de inserção do cateter</th> <th>Data de retirada do cateter</th> <th>Data de confirmação de IPCSL</th> <th>CVC-dia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0001</td> <td>21/07</td> <td>07/08</td> <td>04/08</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>0002</td> <td>28/07</td> <td>02/09</td> <td>-</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>0003</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>0004</td> <td>15/08</td> <td>20/08</td> <td>-</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> </tr> <tr> <td>0074</td> <td>01/08</td> <td>13/08</td> <td>13/08</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>0075</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TOTAL PARA O PERÍODO (Agosto/2012)</td> <td>Nº de IPCSL: 1+0+0+0+...+1+0 = 8 (Numerador)</td> <td>Somatório: 7+31+0+6+...+13+0 = 1080 CVCs-dia (Denominador)</td> </tr> </tbody> </table>	UNIDADE: UTI PEDIÁTRICA					MÊS/ANO: Agosto/2012					Prontuário	Data de inserção do cateter	Data de retirada do cateter	Data de confirmação de IPCSL	CVC-dia	0001	21/07	07/08	04/08	7	0002	28/07	02/09	-	31	0003	-	-	-	-	0004	15/08	20/08	-	6	0074	01/08	13/08	13/08	13	0075	-	-	-	-	TOTAL PARA O PERÍODO (Agosto/2012)			Nº de IPCSL: 1+0+0+0+...+1+0 = 8 (Numerador)	Somatório: 7+31+0+6+...+13+0 = 1080 CVCs-dia (Denominador)
UNIDADE: UTI PEDIÁTRICA																																																								
MÊS/ANO: Agosto/2012																																																								
Prontuário	Data de inserção do cateter	Data de retirada do cateter	Data de confirmação de IPCSL	CVC-dia																																																				
0001	21/07	07/08	04/08	7																																																				
0002	28/07	02/09	-	31																																																				
0003	-	-	-	-																																																				
0004	15/08	20/08	-	6																																																				
...																																																				
0074	01/08	13/08	13/08	13																																																				
0075	-	-	-	-																																																				
TOTAL PARA O PERÍODO (Agosto/2012)			Nº de IPCSL: 1+0+0+0+...+1+0 = 8 (Numerador)	Somatório: 7+31+0+6+...+13+0 = 1080 CVCs-dia (Denominador)																																																				
Interpretação	Quanto maior a taxa, maior o número de IPCSL que estão acometendo os pacientes que utilizam CVC.																																																							
Periodicidade de envio dos dados	Mensal																																																							

Público-alvo	Crianças e adolescentes internados em unidades de terapia intensiva.
Usos	<p>1. Identificar hospitais com alta taxa de densidade de IPCSL associada a CVC para a tomada de ações de investigação das causas do resultado obtido, com vistas à melhoria da qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC.</p> <p>2. Avaliar indiretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes em uso de CVC, em especial a aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC, elementos que têm impacto sobre a aquisição das IPCSL.</p>
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	<p>No primeiro semestre de 2011, em um levantamento de 4.197 notificações de infecções relacionadas à assistência à saúde, enviadas por 800 hospitais do país, a ANVISA encontrou uma taxa de densidade de IPCSL associada a CVC, em UTI Pediátrica, de 8,0 por 1.000 CVCs-dia. Esta taxa foi significativamente maior que a observada em UTI Adulto (6,2 por 1.000 CVCs-dia).</p> <p>Os hospitais dos EUA relataram, para o período de 2006 – 2008, uma taxa média de densidade de IPCSL associada a CVC de 3,0 em UTI Pediátrica (clínica/cirúrgica) por 1.000 CVCs-dia. Também naquele país a taxa foi significativamente maior que a observada em UTI Adulto clínica/cirúrgica), 1,5 por 1.000 CVCs-dia).</p>
Meta	Taxa de incidência média anual de I CSL associada a CVC \leq percentil 25 % do grupo em que o hospital for classificado.
Fonte dos dados	Registros mantidos, de forma manual ou eletrônica, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).
Ações esperadas para causar impacto no indicador	<p>1. Investigação das causas de alta taxa de densidade de infecções pela CCIH da unidade hospitalar, para a tomada de ações com vistas à melhoria da qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC.</p> <p>2. Ações educativas e de incentivo à aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC.</p> <p>3. Implantação de pacote (“bundle”) de medidas de alto impacto na prevenção da infecção da corrente sanguínea associada ao acesso venoso. Estas intervenções são boas práticas que individualmente resultam em melhoria da assistência, mas quando implementadas em conjunto,</p>

	<p>resultam em melhorias ainda mais substanciais. As evidências científicas que corroboram cada elemento do pacote estão suficientemente estabelecidas a ponto de serem consideradas o cuidado padrão.</p> <p>4. O pacote (“bundle”) do CVC recomendado pelo Institute for Healthcare Improvement tem componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienização das mãos; 2. Precauções máximas de barreira na passagem do cateter; 3. Antissepsia com clorexidina; 4. Escolha de sítio de inserção adequado, com preferência para a veia subclávia nos casos de cateteres não tunelizados; 5. Reavaliação diária da necessidade de manutenção do cateter, com pronta remoção daqueles desnecessários.
<p>Limitações e vieses</p>	<p>Alta taxa de densidade de infecções (> percentil 90%) não necessariamente significa má qualidade da assistência médico-hospitalar, mas reforça a necessidade de investigações adicionais da situação pela CCIH da unidade hospitalar.</p> <p>Por outro lado, baixa taxa de densidade de infecções (< percentil 10%) pode refletir uma busca ativa por infecções hospitalares inadequada.</p>
<p>Referências</p>	<p>ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. Edição 03, 2011. Acesso em: 22maio2012. Disponível em: http://www.anahp.com.br/files/OBSERVAT%C3%93RIO%20FINAL.PDF</p> <p>ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010. Acesso em: 22maio2012. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/97e4d40047457b4b8804dc3fbc4c6735/INSTRUCAO_NORMATIVA_N_4_2010.pdf?MOD=AJPERES</p> <p>ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Setembro de 2010. Acesso em: 23fev2012. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1ff4120047457e9b8a6ede3fbc4c6735/INDICADORES+NACIONAIS+DE+INFECCOES+RELACIONADAS+A+ASSISTENCIA+A+SAUDE+SETEMBRO+2010+-+NOVO.pdf?MOD=AJPERES</p> <p>ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, ano II, nº 04, fevereiro de 2012. Acesso em: 22maio2012. Disponível em:</p>

	<p>http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/72f03e004b2028b0a4c5afa337aba</p> <p>e9d/Seguran%C3%A7a+e+qualidade+em+servi%C3%A7os+e+sa%C3%BAde+n4+1+coluna+corrigido.pdf?MOD=AJPERES</p> <p>Edwards JR, Peterson KD, Mu Y, Banerjee S, Allen-Bridson K, Morrell G, et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. <i>Am J Infect Control</i> 2009;37:783-805. Acesso em: 24maio2012. Disponível em: http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/dataStat/2009NHSNReport.PDF</p> <p>National Healthcare Safety Network - NHSN. NHSN Patient Safety Component Manual. Device-Associated Module. Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) Event, January 2012. Acesso em: 22maio2012. Disponível em: http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/4PSC_CLABScurrent.pdf</p> <p>Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Infecção Hospitalar. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos, janeiro 2011. Acesso em: 24maio2012. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/IH11_MANUAL_CRITERIOS_DIAG.pdf</p> <p>5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Central Line Infections Howto Guide. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. Acesso em: 22maio2012. Disponível em: http://repositorio.proqualis.net/filesserver.php?fileid=2877</p>
--	--

E-SEG-04 - Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Neonatal.

Sigla	E-SEG-04
Nome	Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Neonatal.
Conceituação	Taxa de densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) – IPCSL, associada à utilização de CVC em pacientes internados em UTI Neonatal, por 1000 cateteres-dia. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a infecção.
Domínio	Segurança
Relevância	Essencial
Importância	<p>A qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC está diretamente relacionada ao risco de infecção. Assim sendo, a taxa de densidade de IPCSL associada a CVC se mostrou um indicador de resultado no domínio das infecções hospitalares útil para divulgação pública. Embora as IPCSL sejam menos frequentes que outras infecções hospitalares, como as infecções do trato urinário, sítio cirúrgico e pneumonias, elas estão associadas a morbidade e mortalidade substanciais e a altos custos para os sistemas de saúde.</p> <p>Ao mesmo tempo, as estratégias de prevenção das IPCSL são muito bem estabelecidas, e, portanto, o monitoramento da taxa de densidade de IPCSL permite avaliar a aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC.</p>
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de casos novos de IPCSL no período}}{\text{Número de CVCs-dia no período}} \times 1000$
Definição dos termos utilizados no indicador	<p>a) Numerador – Somatório do número de infecções primárias de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) – IPCSL, detectadas na UTI Neonatal em um mês. O número de IPCSL deve ser obtido pela busca ativa de infecções com confirmação microbiológica.</p> <p>b) Denominador – Número de cateteres venosos centrais-dia na UTI</p>

	<p>Neonatal em um mês.</p> <p>A coleta de dados para cálculo do denominador deve ser realizada diariamente, em horário pré-definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade. Recomenda-se coletar os dados necessários para determinar o tempo de exposição de cada paciente em particular ao dispositivo (CVC), sendo para isso fundamental obter a data de inserção do cateter e a data de retirada do cateter, além obviamente da data de confirmação diagnóstica da infecção primária de corrente sanguínea.</p> <p>O número total de dias em que todos os pacientes foram expostos ao dispositivo será calculado a partir destes dados individuais. Será considerada a data de inserção do primeiro CVC e a data de retirada do último CVC, no caso de pacientes em uso de mais de um CVC.</p> <p>Definições:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cateter Venoso Central (CVC): cateter vascular inserido no coração ou próximo dele ou em grandes vasos para infusão de medicamentos ou nutrição, coleta de sangue ou monitorização hemodinâmica. São considerados grandes vasos: artérias pulmonares, veia cava superior, veia cava inferior, tronco braquiocefálico, veias jugulares internas, veias subclávias, veia ílica externa e veia femoral. Em neonatos, cateteres umbilicais são considerados centrais.2. I CSL em neonatos (crianças \leq 28dias): é aquela que preenche um dos seguintes critérios: Critério 1 – Pacientes com Uma ou mais hemoculturas positivas para microrganismo patogênico (não contaminantes comuns de pele), e o patógeno não está relacionado com infecção em outro sítio. Critério 2 - Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas sem outra causa não infecciosa reconhecida e sem relação com infecção em outro local:<ol style="list-style-type: none">1. Instabilidade térmica2. Bradicardia3. Apneia4. Intolerância alimentar5. Piora do desconforto respiratório
--	--

	<p>6. Intolerância à glicose</p> <p>7. Instabilidade hemodinâmica</p> <p>8. Hipoatividade/letargia</p> <p>E pelo menos um dos seguintes:</p> <p>a) Duas ou mais hemoculturas (em diferentes punções com intervalo máximo de 48h) com contaminante comum de pele (ex.: difteroides, Bacillus spp, Propionibacterium spp, Staphylococcus coagulase negativo, micrococos).</p> <p>b) Staphylococcus coagulase negativo isolado em pelo menos 01 hemocultura periférica de recém-nascido com cateter vascular central.</p> <p>3. Unidade de Terapia Intensiva – UTI (ANVISA Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.</p> <p>4. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (ANVISA Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.</p> <p>5. Número de cateteres venosos centrais-dia: ao final de cada mês, o denominador deverá ser gerado pelo somatório do tempo de exposição de cada paciente em particular ao CVC, como no exemplo a seguir:</p> <table border="1" data-bbox="470 1317 1361 1727"> <thead> <tr> <th colspan="5">UNIDADE: UTI NEONATAL</th> </tr> <tr> <th colspan="5">MÊS/ANO: Agosto/2012</th> </tr> <tr> <th>Prontuário</th> <th>Data de inserção do cateter</th> <th>Data de retirada do cateter</th> <th>Data de confirmação de IPCSL</th> <th>CVC-dia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0001</td> <td>21/07</td> <td>07/08</td> <td>04/08</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>0002</td> <td>28/07</td> <td>02/09</td> <td>–</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>0003</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>0004</td> <td>15/08</td> <td>20/08</td> <td>–</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> </tr> <tr> <td>0074</td> <td>01/08</td> <td>13/08</td> <td>13/08</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>0075</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TOTAL PARA O PERÍODO (Agosto/2012)</td> <td>Nº de IPCSL: 1+0+0+0+...+1+0 = 8 (Numerador)</td> <td>Somatório: 7+31+0+6+...+13+0 = 1080 CVCs-dia (Denominador)</td> </tr> </tbody> </table>	UNIDADE: UTI NEONATAL					MÊS/ANO: Agosto/2012					Prontuário	Data de inserção do cateter	Data de retirada do cateter	Data de confirmação de IPCSL	CVC-dia	0001	21/07	07/08	04/08	7	0002	28/07	02/09	–	31	0003	–	–	–	–	0004	15/08	20/08	–	6	0074	01/08	13/08	13/08	13	0075	–	–	–	–	TOTAL PARA O PERÍODO (Agosto/2012)			Nº de IPCSL: 1+0+0+0+...+1+0 = 8 (Numerador)	Somatório: 7+31+0+6+...+13+0 = 1080 CVCs-dia (Denominador)
UNIDADE: UTI NEONATAL																																																								
MÊS/ANO: Agosto/2012																																																								
Prontuário	Data de inserção do cateter	Data de retirada do cateter	Data de confirmação de IPCSL	CVC-dia																																																				
0001	21/07	07/08	04/08	7																																																				
0002	28/07	02/09	–	31																																																				
0003	–	–	–	–																																																				
0004	15/08	20/08	–	6																																																				
...																																																				
0074	01/08	13/08	13/08	13																																																				
0075	–	–	–	–																																																				
TOTAL PARA O PERÍODO (Agosto/2012)			Nº de IPCSL: 1+0+0+0+...+1+0 = 8 (Numerador)	Somatório: 7+31+0+6+...+13+0 = 1080 CVCs-dia (Denominador)																																																				
Interpretação	Quanto maior a taxa, maior o número de IPCSL que estão acometendo os pacientes que utilizam CVC.																																																							
Periodicidade de envio dos dados	Mensal																																																							


Público-alvo	Neonatos internados em unidades de terapia intensiva.
Usos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar hospitais com alta taxa de densidade de IPCSL associada a CVC para a tomada de ações de investigação das causas do resultado obtido, com vistas à melhoria da qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC. 2. Avaliar indiretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes em uso de CVC, em especial a aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC, elementos que têm impacto sobre a aquisição das IPCSL.
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	<p>A partir dos dados divulgados pela Anvisa, referentes ao levantamento de 4.197 notificações de infecções relacionadas à assistência à saúde, enviadas por 800 hospitais do país, no primeiro semestre de 2011, pode-se calcular uma taxa de densidade de IPCSL associada a CVC, em UTI Neonatal, de 9,7 por 1.000 CVCs-dia.</p> <p>A ANAHP, para um universo de 37 hospitais notificantes, encontrou no ano de 2011 uma taxa de densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea confirmada laboratorialmente, ou clinicamente por sinais e sintomas de sepse, em pacientes em uso de CVC, internados em UTI Neonatal, de 7,7 por 1.000 CVCs-dia).</p>
Meta	Taxa de incidência média anual de I CSL associada a CVC \leq percentil 25 % do grupo em que o hospital for classificado.
Fonte dos dados	Registros mantidos, de forma manual ou eletrônica, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).
Ações esperadas para causar impacto no indicador	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigação das causas de alta taxa de densidade de infecções pela CCIH da unidade hospitalar, para a tomada de ações com vistas à melhoria da qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC. 2. Ações educativas e de incentivo à aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC. 3. Implantação de pacote (“bundle”) de medidas de alto impacto na prevenção da infecção da corrente sanguínea associada ao acesso venoso. Estas intervenções são boas práticas que individualmente resultam em melhoria da assistência, mas quando implementadas em conjunto, resultam em melhorias ainda mais substanciais. As evidências científicas

	<p>que corroboram cada elemento do pacote estão suficientemente estabelecidas a ponto de serem consideradas o cuidado padrão.</p> <p>4. O pacote (“bundle”) do CVC recomendado pelo Institute for Healthcare Improvement tem componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienização das mãos; 2. Precauções máximas de barreira na passagem do cateter; 3. Antissepsia com clorexidina; 4. Escolha de sítio de inserção adequado, com preferência para a veia subclávia nos casos de cateteres não tunelizados; 5. Reavaliação diária da necessidade de manutenção do cateter, com pronta remoção daqueles desnecessários.
<p>Limitações e vieses</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. O risco de infecção de corrente sanguínea associada ao uso de CVC é muito dependente do peso do recém-nascido ao nascer, pois recém-nascidos de baixo peso e de muito baixo peso apresentam maior gravidade e, por conseguinte, uso mais intensivo de dispositivos invasivos. Dessa forma, instituições em que predominam recém-nascidos de baixo peso e de muito baixo peso podem apresentar alta taxa de infecção, sem que isto implique em não aderência às boas práticas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC. 2. Alta taxa de densidade de infecções (> percentil 90%) não necessariamente significa má qualidade da assistência médico-hospitalar, mas reforça a necessidade de investigações adicionais da situação pela CCIH da unidade hospitalar. Por outro lado, baixa taxa de densidade de infecções (< percentil 10%) pode refletir uma busca ativa por infecções hospitalares inadequada.
<p>Referências</p>	<p>ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. Edição 04, 2012.</p> <p>ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010. Acesso em: 22maio2012. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/97e4d40047457b4b8804dc3fbc4c6735/INSTRUCAO_NORMATIVA_N_4_2010.pdf?MOD=AJPERES</p> <p>ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Setembro de 2010. Acesso em: 23fev2012.</p>

E-SEG-05- Conformidade com os padrões de cirurgia segura

Sigla	E-SEG-05
Nome	Conformidade com os padrões de cirurgia segura.
Conceituação	Monitorar a implantação, nos prestadores hospitalares, de protocolos que ajudem a garantir a segurança das intervenções cirúrgicas. Esses protocolos (padrões de cirurgia segura) envolvem a conclusão de uma sequência de etapas críticas na assistência pelas equipes cirúrgicas (enfermeiros, cirurgiões, anesthesiologistas e outros), de forma a minimizar os riscos mais comuns e evitáveis, impedindo expor os pacientes cirúrgicos a eventos adversos que resultam em incapacidade permanente ou morte.
Domínio	Segurança
Relevância	Essencial
Importância	A assistência cirúrgica é um componente essencial da assistência em saúde, com tendência a crescimento à medida que as incidências de injúrias traumáticas, cânceres e doenças cardiovasculares continuam a aumentar. Contudo, a falha de segurança nos processos de assistência cirúrgica pode causar danos consideráveis, muitos dos quais são considerados evitáveis.
Método de cálculo	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes submetidos à cirurgia com verificação de checklist em um mês}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes submetidos à cirurgia, em um mês}} \times 100$
Definição dos termos utilizados no indicador	<p>a) Numerador – Número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos com documentação de aplicação das listas de verificação (checklists) de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde – OMS, conduzidas de maneira completa, isto é, aquelas em que todas as tarefas e itens das três fases dos procedimentos cirúrgicos (antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica, antes de o paciente sair da sala de operações) foram cumpridos, em um mês.</p> <p>b) Denominador – Número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos realizados em centros cirúrgicos, em um mês.</p> <p>Critérios de exclusão:</p> <p>1. Cirurgias de urgência;</p>

	<p>2. Cirurgias realizadas sob anestesia local, uso de sedação e/ou analgesia, sem uso de anestesia assistida;</p> <p>3. Biópsias ou procedimentos classificados como pequenas cirurgias superficiais ou diagnósticas realizadas em centros cirúrgicos exclusivamente ambulatoriais (simplificados).</p> <p>Definições:</p> <p>1. Lista de Verificação (Checklist) de Segurança Cirúrgica da OMS: é uma sequência de elementos-chave de segurança cirúrgica elaborada por especialistas, médicos e pacientes convocados pela OMS, com base em evidências para intervenções que podem melhorar a assistência ao paciente cirúrgico (Organização Mundial da Saúde, 2009b; a). A Lista de Verificação é uma ferramenta prática e simples que pode ser usada por qualquer equipe cirúrgica no mundo para assegurar que uma sequência rotineira de itens, nas etapas pré, trans e pós-operatórias sejam seguidos de uma maneira oportuna e eficiente (Organização Mundial da Saúde, 2010).</p> <p>Os hospitais poderão padronizar checklists próprios desde que contemplem no mínimo todos os elementos-chave da Lista de Verificação (Checklist) de Segurança Cirúrgica da OMS para as três fases dos procedimentos cirúrgicos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica, antes de o paciente sair da sala de cirurgia.</p> <p>2. Centro Cirúrgico: unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata (Ministério da Saúde, 1987). Os ambientes obrigatórios, bem como o dimensionamento mínimo e as instalações, para os centros cirúrgicos são definidos pela ANVISA por meio da Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002).</p>
--	---



Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica
<p>(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)</p> <p>O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?</p> <input type="checkbox"/> Sim	<p>(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão</p> <p>A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<p>(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)</p> <p>O membro da equipe de enfermagem confirma verbalmente:</p> <input type="checkbox"/> O nome do procedimento <input type="checkbox"/> A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas <input type="checkbox"/> A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente) <input type="checkbox"/> Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos
<p>O local está demarcado?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<p>Prevenção de Eventos Críticos</p> <p>Para o Cirurgião:</p> <input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? <input type="checkbox"/> Qual a duração do caso? <input type="checkbox"/> Qual a quantidade de perda de sangue prevista? <p>Para o Anestesiológico:</p> <input type="checkbox"/> Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente? <p>Para a Equipe de Enfermagem:</p> <input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados dos indicadores)? <input type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos? <p>Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<p>Para o Cirurgião, o Anestesiológico e a Equipe de Enfermagem:</p> <input type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?
<p>Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?</p> <input type="checkbox"/> Sim		
<p>O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?</p> <input type="checkbox"/> Sim		
<p>O paciente possui:</p> <p>Alergia conhecida?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
<p>Via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e equipamentos/assistência disponíveis		
<p>Risco de perda sanguínea > 500 ml (7 ml/kg para crianças)?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos (01 acesso central e fluidos previstos)		

Esta lista não pretende ser exaustiva. Acréscimos e modificações para a adaptação à prática local são incentivados. Revisado 1/2012 © WHO, 2012

Interpretação	Quanto maior o percentual, maior a adesão das equipes cirúrgicas aos padrões de cirurgia segura.
Periodicidade de envio dos dados	Mensal
Público-alvo	Pacientes de todas as idades submetidos a intervenções cirúrgicas eletivas realizadas em centro cirúrgico.
Usos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incentivar a implantação de uma cultura de segurança nos estabelecimentos hospitalares (European Union Network for Patient Safety, 2010). 2. Encorajar os profissionais de saúde a reconhecer os riscos associados ao cuidado à saúde e a aceitar sua responsabilidade na redução destes riscos (European Union Network for Patient Safety, 2010). 3. Melhorar a estrutura e os processos organizacionais do centro cirúrgico e das equipes cirúrgicas (European Union Network for Patient Safety, 2010).
Parâmetros,	Em países industrializados, complicações importantes são relatadas em 3-16% dos procedimentos cirúrgicos em pacientes internados, com taxas de

dados estatísticos e recomendações	<p>incapacidade permanente ou morte em aproximadamente 0,4-0,8% (Organização Mundial da Saúde, 2009b). Estas taxas são provavelmente muito maiores em países em desenvolvimento, nos quais alguns estudos sugerem uma taxa de mortalidade de 5-10% durante cirurgias mais extensas (Organização Mundial da Saúde, 2009b).</p> <p>Estudo similar realizado no Brasil mostrou que a incidência de pacientes hospitalizados com eventos adversos (EAs) cirúrgicos foi 3,5% (38 de 1.103 pacientes), correspondendo a 35,2% (38 de 108) dos EAs identificados. A maior parte dos EAs cirúrgicos era evitável – 65,8% (25 de 38 pacientes). Mais de 60% dos casos foram classificados como pouco ou nada complexo e de baixo risco de ocorrer um EA relacionado ao cuidado (Mendes et al., 2009; Moura, 2010).</p> <p>O Grupo de estudo do Programa “A Cirurgia Segura Salva Vidas” da OMS demonstrou, em um estudo realizado em oito cidades de cinco continentes, que a taxa de mortalidade cirúrgica diminuiu de 1,5% para 0,8%, enquanto a taxa de outras complicações importantes diminuiu de 11,0% para 7,0%, após a implantação da Lista de Verificação (Checklist) de Segurança Cirúrgica da OMS (Haynes et al., 2009).</p>
Meta	100% de adesão das equipes cirúrgicas aos padrões de cirurgia segura em três anos.
Fonte dos dados	Registros do perioperatório/transoperatório, contendo a lista de verificação (checklist), em papel ou eletrônica, preenchida e assinada pelos responsáveis pela verificação da segurança cirúrgica confirmando que os membros da equipe cirúrgica cumpriram as suas tarefas e/ou verificaram os itens da lista de verificação nas três etapas: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala de operações.
Ações esperadas para causar impacto no indicador	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoria frequente do processo de verificação de segurança cirúrgica, com compartilhamento dos resultados com todas as partes interessadas (Hamilton Health Sciences, 2011). 2. Investigação dos casos em que a lista de verificação de segurança cirúrgica não foi conduzida, ou foi cumprida de forma incompleta, para entender as barreiras à conformidade com os padrões de cirurgia segura (Hamilton Health Sciences, 2011).

	3. Implantação de checklist que contenha as intervenções pré-operatórias relacionadas à segurança do paciente.
Limitações e vieses	<p>1. A determinação pelos gestores hospitalares de obrigatoriedade da lista de verificação pode resultar em uma superestimação tanto da adesão das equipes cirúrgicas quanto do cumprimento completo da lista (Fourcade et al., 2012).</p> <p>2. A presença de um coordenador ou observador externo para verificar a condução da lista de verificação também pode produzir essa mesma superestimação (Vogts et al., 2011; Fourcade et al., 2012).</p>
Referências	<p>Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. 2002. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf. Acesso em: 19/06/2012.</p> <p>European Union Network for Patient Safety. Patient Safety Culture Report. Focusing on indicators. 2010. Disponível em: http://www.hope.be/03activities/docsactivities/eunetpas/4-eunetpaspatient_safety_culture-report_focusing_on_indicators.pdf. Acesso em: 19/06/2012.</p> <p>Fourcade, A., et al. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. <i>BMJ Qual Saf</i>, v.21, n.3, Mar, p.191-197. 2012.</p> <p>Hamilton Health Sciences. Part B: Improvements Targets and Initiatives. Hamilton, Canadá. 2011. Disponível em: http://www.hhsc.ca/workfiles/QUALITY_PERFORMANCE/HHS%20QIP%202011_FINAL%20PART%20B.pdf. Acesso em: 19/06/2012.</p> <p>Haynes, A. B., et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. <i>N Engl J Med</i>, v.360, n.5, Jan 29, p.491-499. 2009.</p> <p>Mendes, W., et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. <i>Int J Qual Health Care</i>, v.21, n.4, Aug, p.279-284. 2009.</p> <p>Ministério da Saúde. Terminologia básica em saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1987. 47 p. (Série B: Textos</p>

<p>básicos de saúde)</p> <p>Moura, M. d. L. d. O. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. (Dissertação - Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. 97 p.</p> <p>Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Tradução: M. S. Nilo e I. A. Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2009a. 211 p.</p> <p>Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Tradução: M. S. Nilo e I. A. Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2009b. 29 p.</p> <p>Organização Mundial da Saúde. Lista de verificação de segurança cirúrgica (primeira edição). Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: http://repositorio.proqualis.net/filesserver.php?fileid=2169. Acesso em: 19/06/2012.</p> <p>Vogts, N., et al. Compliance and quality in administration of a Surgical Safety Checklist in a tertiary New Zealand hospital. N Z Med J, v.124, n.1342, Sep 9, p.48-58. 2011.</p>

EFETIVIDADE

E-EFT-01- Monitoramento da implantação de diretrizes e protocolos clínicos

Sigla	E-EFT-01
Nome	Monitoramento da implantação de diretrizes e protocolos clínicos
Conceituação	Monitorar a implantação de protocolos clínicos institucionais nos prestadores hospitalares a partir de diretrizes para a prática clínica baseadas em evidências.
Domínio	Efetividade
Relevância	Essencial
Importância	<p>O avanço tecnológico na área da saúde proporciona inúmeras opções diagnósticas e terapêuticas para o cuidado à saúde. Entretanto, esta variabilidade não necessariamente está relacionada às melhores práticas assistenciais e às melhores opções de tratamento.</p> <p>A utilização de diretrizes clínicas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, por meio de protocolos clínicos aumenta a efetividade e a segurança na assistência. A aplicação de protocolos clínicos permite a implementação de recomendações válidas preconizadas nas diretrizes clínicas, padronizando o fluxo e as principais condutas diagnósticas e terapêuticas para o agravo selecionado.</p>
Método de cálculo	<p>Evidências de elaboração, desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos para sepse e isolamento, há, pelo menos, quatro meses.</p> <p>Devem ser explicitadas as estratégias de disseminação dos protocolos na instituição.</p> <p>A observação deverá ser objetiva: ocorreu ou não a implantação dos protocolos.</p>
Definição dos termos utilizados no indicador	<p>a) Numerador: Não se aplica</p> <p>b) Denominador: Não se aplica.</p> <p>Os protocolos deverão ser baseados em Diretrizes Clínicas atualizadas, nacionais, para sepse (Salomão et al., 2011; Westphal, Gonçalves, et al., 2011; Westphal, Silva, et al., 2011) e isolamento.</p>

	<p>Igualmente serão aceitáveis Diretrizes Clínicas internacionais validadas, aplicáveis ao contexto nacional, para sepse (Dellinger et al., 2008) e isolamento. Outras Diretrizes Clínicas aqui não mencionadas também poderão ser utilizadas, desde que tenham sido validadas para o Sistema de Saúde Brasileiro (público, suplementar ou privado).</p> <p>Definições:</p> <p>1. Diretrizes clínicas: recomendações desenvolvidas de forma sistemática, com o objetivo de auxiliar profissionais e pacientes, na tomada de decisão em relação à alternativa mais adequada para o cuidado de sua saúde em circunstâncias clínicas específicas (Institute of Medicine, 1990). São desenvolvidas com o objetivo de sintetizar as evidências científicas em relação à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, sistematizando o conhecimento científico em relação a determinado agravo e propondo recomendações para o atendimento efetivo e seguro dos pacientes nas condições clínicas explicitadas. As diretrizes clínicas, deste modo, são mais completas e detalhadas e devem ser atualizadas a cada dois anos. Os protocolos clínicos são adaptações das recomendações e orientações das diretrizes para os serviços em particular e definem fluxos de atendimento e algoritmos voltados para garantir o melhor cuidado em determinado serviço de saúde. Fixam-se, os protocolos clínicos, em uma parte do processo da condição ou doença e, em geral, em um único ponto de atenção à saúde (Mendes, 2007).</p> <p>2. Protocolos clínicos: conjunto de diretrizes, de estratégias, de critérios e de pautas, provenientes de uma revisão sistemática da evidência científica disponível e de uma avaliação profissional, apresentado de maneira estruturada e elaborado com o objetivo de ajudar os profissionais de saúde e os pacientes em suas decisões. Nota: nos protocolos clínicos, são estabelecidos claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado, com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados e a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos (Brasil, 2005).</p>
Interpretação	<p>O desenvolvimento e a implementação de protocolos clínicos ajuda a melhorar a qualidade das decisões clínicas e a uniformizar as condutas, com resultados significativos sobre o cuidado à saúde, diminuindo a morbidade e a mortalidade e aumentando a qualidade de vida e a segurança dos pacientes.</p>

Periodicidade de envio dos dados	Mensal
Público-alvo	Pacientes internados em hospitais.
Usos	<p>1. Padronização e sistematização das condutas, melhorando as práticas dos profissionais de saúde, minimizando a variabilidade dos processos assistenciais e a solicitação de exames e procedimentos desnecessários.</p> <p>2. Supervisão, monitoramento e acompanhamento da qualidade das ações e serviços em saúde prestados pela instituição hospitalar, incentivando a excelência profissional, o uso eficiente de recursos e o atendimento às necessidades dos pacientes.</p>
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	<p>Uma revisão sistemática sobre o efeito das diretrizes clínicas na prática clínica mostrou que 93% (55 de 59) das avaliações publicadas de diretrizes clínicas detectaram melhorias significativas no processo de cuidado após a introdução de diretrizes. No entanto, o tamanho da melhoria variou consideravelmente. Dentro da mesma revisão, 82% (9 de 11) dos estudos que avaliaram os desfechos do cuidado encontraram alguma melhoria significativa (Grimshaw e Russell, 1993).</p> <p>Segundo dados do Ministério da Saúde (DATASUS), em 2011, a taxa de mortalidade por sepse foi de 7,3% (Brasil, 2012d).</p> <p>A ANS, por intermédio do convênio estabelecido com a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), publicou protocolos clínicos para diversas condutas clínicas, diagnósticas e terapêuticas, voltadas para a sepse (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2009).</p> <p>Até maio de 2015, para um universo de 71 hospitais associados à ANAHP, 96% informaram possuírem indicadores de protocolos implantados, sendo 76% para sepse (ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados, 2015).</p>
Meta	Implantação, em um período de 12 meses a contar do início do monitoramento, de protocolos clínicos para as condições: sepse, e isolamento.
Fonte dos dados	A verificação das evidências deve ser feita através dos relatórios de CCIH.
Ações	1- Qualificar a conduta dos profissionais a partir de evidências científicas que

<p>esperadas para causar impacto no indicador</p>	<p>contribuam para melhorar a assistência ao paciente.</p> <p>2- Definição das estratégias de disseminação dos protocolos clínicos, incluindo o treinamento e a sensibilização de todos os profissionais envolvidos na sua utilização final por meio de reuniões internas amplamente divulgadas.</p> <p>3- Validação interna dos protocolos pelo corpo clínico da instituição hospitalar, com a revisão dos processos de trabalho, definição dos fluxogramas e dos instrumentos de monitoramento e avaliação dos resultados assistenciais da implantação dos protocolos, visando a identificação e correção das inconformidades.</p> <p>4- Constituição formal de Comissão de Protocolos Clínicos responsável pela condução do processo de implantação dos protocolos, bem como pela revisão periódica dos protocolos implantados.</p> <p>5- Realização de reuniões de implementação, integrando os gestores aos profissionais da linha de frente, para identificar as dificuldades dos diversos setores do hospital e propor soluções, incluindo o treinamento dos profissionais envolvidos em todas as rotinas abrangidas pelos protocolos.</p>
<p>Limitações e vieses</p>	<p>1- Diretrizes clínicas de má qualidade, baseadas em conhecimento científico incompleto ou mal interpretado, ou desatualizadas podem incentivar a disseminação de procedimentos ineficazes ou que põem em risco a segurança dos pacientes.</p> <p>2- As orientações dos protocolos clínicos podem ser vistas pelos profissionais de saúde como sendo restritivas da autonomia.</p> <p>3- Protocolos clínicos inflexíveis podem desestimular os profissionais de saúde a atender condições específicas dos pacientes e a adaptar a assistência a circunstâncias especiais.</p> <p>4- Recomendações de intervenções dispendiosas podem ser inadequadas para a prática clínica cotidiana, na qual os recursos são mais limitados, além de deslocar recursos que são necessários para outros procedimentos de maior custo-benefício para os usuários.</p>
<p>Referências</p>	<p>ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. 7 ed. São Paulo: ANAHP. 2015.</p> <p>ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil / organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Brasília, DF : OPAS ; Rio de Janeiro : ANS, 2009</p>

Brasil. Ministério da Saúde. Glossário Temático: Economia da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2005. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio na Rede de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde. Brasília. 2011a. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/linha_cuidado_iam_rede_atenc_ao_urgencia.pdf. Acesso em: 30/09/2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Brasília. 2011b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html. Acesso em: 30/09/2015.

_____. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico de Síndromes Coronarianas Agudas. Ministério da Saúde. Brasília. 2011c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_clinico_sindromes_coronarianas_agudas.pdf. Acesso em: 30/09/2015.

_____. Ministério da Saúde. Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Ministério da Saúde. Brasília. 2012a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/linha_cuidado_avc_rede_urg_e_mer.pdf. Acesso em: 30/09/2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Brasília. 2012b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt_gm_ms_664_2012.pdf. Acesso em: 30/09/2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Brasília. 2012c. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt_gm_ms_665_2012.pdf.

Acesso em:30/09/2015.

_____. Ministério da Saúde. Datasus - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2012d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012>. Acesso em: 30/09/2015.

ANVISA. Intervenções e medidas de prevenção e controle da resistência microbiana. Disponível em: www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/rede_rm/cursos/rm_controle/opas_web/modulo5/introducao.htm. Acesso em: 03/05/2016.

ANVISA. Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. Caderno C Métodos de Proteção Anti-Infecçiosa. 2000. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoC.pdf>. Acesso em: 03/05/2016.

Medeiros, Eduardo, *et al.* Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Módulo 5: Risco Ocupacional e Medidas de Precauções e Isolamento. ANVISA. UNIFESP. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/iras/M%3Dulo%205%20-%20Risco%20Ocupacional%20e%20Medidas%20de%20Precau%20E7%20F5es%20e%20Isolamento.pdf>. Acesso em 03/05/2016.

Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. Arq Bras Cardiol 2012; 98(1 supl. 1): 1-33

Bradley, J. S., *et al.* Executive summary: the management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin. Infect. Dis., v.53, n.7, Oct, p.617-630. 2011a.

Bradley, J. S., *et al.* The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis.*, v.53, n.7, Oct, p.e25-76. 2011b.

Centers for Medicare & Medicaid Services and The Joint Commission. Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures. Version 4.4a1. 2015. Disponível em: http://www.jointcommission.org/specifications_manual_for_national_hospital_inpatient_quality_measures.aspx. Acesso em: 30/09/2015.

Corrêa, R. A., *et al.* Brazilian guidelines for community-acquired pneumonia in immunocompetent adults - 2009. *J. Bras. Pneumol.*, v.35, n.6, Jun, p.574-601. 2009.

Dellinger, R. P., *et al.* Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Crit. Care Med.*, v.36, n.1, Jan, p.296-327. 2008.

E-EFT-02- Monitoramento do tempo de espera na urgência e emergência

Sigla	E-EFT-02
Nome	Monitoramento do tempo de espera na urgência e emergência para pacientes classificados nas duas categorias de maior gravidade, levando-se em conta classificações de três, quatro ou cinco níveis.
Conceituação	Tempo de espera de pacientes classificados nas duas categorias de maior gravidade: vermelho (emergente) e muito urgente (urgente)
Domínio	Efetividade
Relevância	Essencial
Importância	O tempo de espera conforme a categoria de risco é um indicador de desempenho fundamental na urgência e emergência. A redução do tempo de espera, especialmente em pacientes graves pode melhorar a assistência, proporcionando mais prontamente o acesso ao diagnóstico e ao tratamento específico para a condição do paciente (BRASIL). Trabalharemos com os dois níveis superiores da escala.
Método de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes classificados na categoria e atendidos no tempo de espera emergente e muito urgente}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes classificados em emergente e muito urgente}}$
Definição dos termos utilizados no indicador	a) Numerador: N° de pacientes classificados nas categorias emergente e muito urgente e atendidos no tempo de espera preconizado para estas categorias. b) Denominador: N° de pacientes classificados em emergente e muito urgente Obs: Considera-se que pacientes na classificação vermelha devem ser admitidos imediatamente, e na classificação muito urgente devem aguardar um máximo de 10 minutos pelo atendimento.
Interpretação	Para os pacientes classificados como emergente e muito urgente, o tempo de espera deve ser rigorosamente respeitado.
Periodicidade de envio dos dados	Mensal
Público-alvo	Pacientes que utilizam o serviço de emergência

Usos	O hospital pode usar os dados para avaliar se pacientes graves estão sendo atendidos em tempo adequado no setor de emergência
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente de menor risco sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo.
Meta	Atender todos os pacientes graves em tempo adequado (imediatamente os classificados como emergente, em até 10 minutos quando classificados como muito urgente).
Fonte dos dados	Prontuário / registros no setor de emergência
Ações esperadas para causar impacto no indicador	Reorganização do setor para que os pacientes sejam atendidos no tempo preconizado.
Limitações e vieses	Muitas vezes não é registrada no prontuário a hora em que o paciente chegou ao hospital e aquela em que foi atendido. Podem ocorrer disparidades se o hospital adota a classificação em três, quatro ou em cinco níveis, as quais podem apresentar resultados diferentes.
Referências	Agency for Healthcare Research & Quality. Emergency Severity Index (ESI) A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4. 2012 ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP 2015 ANS – Acolhimento com classificação de risco – ficha QUALISS disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-01.pdf Souza C et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(1) jan-fev 2011 Hing E, Bhuiya F. Wait time for treatment in hospital emergency departments: 2009. NCHS Data Brief. 2012 Aug;(102):1-8. (disponível em www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db102.pdf) Brasil. Portaria MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002 Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde,

	<p>Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)</p> <p>Brasil. HumanizaSUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Reception and risk classification in the urgency services Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília; Ministério da Saúde; ago. 2012. 56 p. Livroilus.(B. Textos Básicos de Saúde).</p>
--	---

E-EFT-03- Proporção de partos normais em relação ao número total de partos realizados no hospital

Sigla	E-EFT-03
Nome	Proporção de partos normais em relação ao número total de partos realizados no hospital
Conceituação	Representa a proporção de partos normais que são realizados no hospital
Domínio	Efetividade
Relevância	Essencial
Importância	Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice razoável de cesáreas é de 15% dos nascimentos. No Brasil, 55,6% dos 2,9 milhões de partos realizados anualmente são cirúrgicos. Na saúde suplementar, essa distorção é ainda maior: 84,6% dos partos foram cesáreos em 2012. A cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos à saúde da mulher e do bebê: aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados à prematuridade.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de partos normais realizados no hospital}}{\text{Número total de partos no mesmo período}}$
Definição dos termos utilizados no indicador	<p>a) Numerador: Número de partos normais realizados no hospital.</p> <p>b) Denominador: Número total de partos realizados no período.</p>
Interpretação	Avalia a proporção de partos normais realizada no hospital, avaliando subsidiariamente se a assistência pré-natal foi realizada adequadamente.
Periodicidade de envio dos dados	Mensal
Público-alvo	Gestantes admitidas no prestador

Usos	Avaliar a proporção de partos normais realizada no hospital. Realizar ações que induzam a realização do parto normal.
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	A recomendação da OMS é e que apenas 15% dos partos sejam cesáreos. No Brasil, 55,6% dos 2,9 milhões de partos realizados anualmente são cirúrgicos. Na saúde suplementar, essa distorção é ainda maior: 84,6% dos partos foram cesáreos em 2012.
Meta	55% de partos normais na média do ano.
Fonte dos dados	Serviços de Arquivo Médico e Estatísticas
Ações esperadas para causar impacto no indicador	Uma estratégia que pode ser adotada é a constituição de uma equipe, que acompanhe a gestante no pré-natal e no parto, realizando o parto apenas quando esta entrar em trabalho de parto.
Limitações e vieses	O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por um determinado prestador.
Referências	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.</p> <p>BRASIL. FIOCRUZ. Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimentos – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, 2015. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/index.php/introducao-e-justificativa</p> <p>CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Nascer no Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro - vol 30, Suplemento, 2014.</p>

	<p>DOMINGUES; DIAS et al, 2014. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S101-S116, 2014.</p> <p>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.</p> <p>ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - OECD. Health Statistics 2015 - Frequently Requested Data em: http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm</p>
--	---

E-EFT-04- Proporção de Readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar

Sigla	E-EFT-04
Nome	Proporção de Readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar
Conceituação	Proporção de readmissões ocorridas em até 30 dias após a última alta hospitalar
Domínio	Efetividade
Relevância	Essencial
Importância	<p>As readmissões hospitalares, quando não planejadas, podem representar deficiências no atendimento das necessidades correspondentes a determinada doença (Borges e Turrini, 2011).</p> <p>As readmissões hospitalares podem ser classificadas em planejadas e eventuais. As planejadas são aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêuticas. As eventuais podem ser agrupadas em potencialmente evitáveis e não evitáveis. Quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável (Kossovsky e col., 1999).</p> <p>A readmissão quando potencialmente evitável poderia ter sido evitada com melhor gerenciamento do quadro clínico do paciente, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente. As readmissões também são um reflexo da potencialidade do paciente em se auto cuidar, de seus comportamentos de saúde, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nesse processo (Kirby e col., 2010).</p> <p>A maioria das readmissões potencialmente evitáveis é causada por complicações de um procedimento cirúrgico e de doenças crônicas, que dependem da adesão do paciente ao tratamento para a estabilidade do quadro clínico. O fenômeno das readmissões hospitalares é importante, pois a partir de sua observação, e conseqüentemente dos fatores de risco envolvidos em sua ocorrência, é possível identificar a gravidade dos pacientes atendidos em um determinado serviço de saúde (Borges e Turrini, 2011).</p>
Método de cálculo	$\frac{\text{Nº total readmissões em qualquer hospital em até 30 dias da última alta hospitalar}}{\text{Número total de internações}} \times 100$
Definição dos	a) Numerador:

termos utilizados no indicador	<p>Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Admissões por questões de saúde mental não são excluídos. 2. As crianças estão incluídas neste indicador. 3. Internações por câncer e obstetrícia devem ser excluídas <p>b) Denominador:</p> <p>Número total de internações hospitalares, respeitando os critérios de exclusão a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todas as condições de internação, com exceção de câncer e obstetrícia. Casos de um dia, alta por morte, admissões na maternidade (com base na especialidade, tipo de episódio, diagnóstico), e aqueles com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia para o câncer são excluídos. 2. Pacientes com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia em qualquer lugar nos 365 dias antes da admissão também serão excluídos. 3. Quando houver mais do que uma readmissão no prazo de 30 dias, cada readmissão é contada uma vez. 4. Readmissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador.
Interpretação	<ol style="list-style-type: none"> 1. O indicador mede a taxa de internações de pessoas que retornaram ao hospital no prazo de 30 dias desde a última vez que deixaram o hospital depois de uma admissão. 2. Internações por câncer e obstetrícia são excluídos, pois, podem ser parte do plano de cuidado do paciente.
Periodicidade de envio dos dados	Anual
Público-alvo	Pacientes readmitidos até 30 dias da última alta hospitalar.
Usos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Este indicador mede a capacidade progressiva do prestador em ajudar as pessoas a se recuperarem de forma tão eficaz quanto possível. 2. Há uma série de fatores, incluindo cuidados de saúde, acompanhamento social e de reabilitação que contribuem para a recuperação efetiva depois de períodos de doença ou lesão. Se uma pessoa não se recupera bem, é mais provável que o tratamento hospitalar posterior seja necessário dentro de até 30 dias, que é a razão pela qual este indicador é utilizado para mensurar capacidade resolutiva na recuperação do paciente (NHS,2014).
Parâmetros, dados	Em um estudo retrospectivo com registros de base hospitalar do ano de 2003, no Brasil, identificou-se que, do total das admissões, 714 (12,6%) eram readmissões. As

estatísticos e recomendações	<p>readmissões ocorreram em todas as faixas etárias, aumentando a partir dos 40 anos, mas principalmente após os 80 anos. De todas as readmissões, em 57% delas os pacientes tinham o mesmo diagnóstico da primeira admissão e a maioria, 21,8%, teve como diagnóstico uma doença do aparelho circulatório, principalmente a insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial. As demais condições relacionadas às anemias, doenças endócrinas e neoplasias foram as principais causas de readmissão. Dos pacientes, 25,8% foram readmitidos até sete dias após a admissão anterior, 11,5% entre 8 e 15 dias, 13,8% entre 16 a 30 dias e 18,9% em um intervalo de 31 a 60 dias após a alta hospitalar. O diagnóstico da primeira readmissão foi o mesmo que o da admissão anterior em 57,0% dos pacientes, seguido pela não relação entre eles com 37,0% (Borges e Turrini, 2011).</p> <p>A frequente readmissão em pacientes com doenças obstrutivas pulmonares, dispneias e insuficiências cardíacas crônicas é consistente com a noção de que pacientes que apresentam sintomas associados a essas afecções estão mais propensos a acreditar que sua condição é séria o suficiente para procurar um serviço de emergência ao invés de um atendimento ambulatorial ou um serviço de atenção primária a saúde (Kirby e col., 2010).</p> <p>Nos Estados Unidos, os dados do NCHS para 2012 indicam que houve, em até 30 dias da última alta hospitalar, 18,7% readmissões hospitalares entre pacientes com pneumonia, 18,6% entre pacientes que apresentavam alguma condição aguda e 19,1% entre os que apresentaram ataque cardíaco (NCHS, 2012).</p>
Meta	≤ 20%.
Fonte dos dados	Prontuário médico
Ações esperadas para causar impacto no indicador	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhoria no gerenciamento do quadro clínico dos pacientes, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente. 2. Capacitação constante da equipe que compõe o quadro de profissionais do hospital. 3. Identificação de falhas em fluxos/protocolos de atendimento, para prover o cuidado efetivo ao paciente, a fim de que haja a desejada redução de readmissões hospitalares.
Limitações e vieses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diferenças na gravidade da doença, co-morbidades e outros fatores de risco potencial podem contribuir para uma variação nos resultados. 2. Uma série de fatores fora do controle dos hospitais, como nível socioeconômico das populações e eventos anteriores à hospitalização local, podem contribuir para a variação encontrada. 3. Variação entre hospitais em relação ao tempo médio de permanência pode levar a

	<p>diferentes proporções de complicações que ocorrem nos hospitais, ao contrário do que ocorre normalmente após a alta hospitalar.</p> <p>4. As readmissões podem não estar ligadas clinicamente à condição que levou à internação anterior, requerendo cuidado clínico diferenciado para o paciente.</p> <p>5. Hospitais especializados exclusivamente em oncologia ou obstetrícia deverão informar sua condição quando do envio dos dados.</p>
Referências	<p>BORGES, M.F.; TURRINI, R.N.T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 12, n.3, p. 453-461, 2011.</p> <p>FISCHER, C. et al. Is the readmission rate a valid quality Indicator? A review of the evidence. PLoS ONE, v.9, n.11, e112282, 2014.</p> <p>KIRBY, S.E. et al.. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. BMC Health Services Research, v.10, n.6, 2010.</p> <p>KOSSOVSKY, M.P. et al. Comparison between planned and unplanned readmissions to a Department of Internal Medicine. Journal of Clinical Epidemiology, v.52, n.2, p.151-156, 1999.</p> <p>MOREIRA, M.L. Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.</p> <p>NCHS - NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. HEALTH INDICATORS WAREHOUSE. 2012. Disponível em: <http://www.healthindicators.gov/App_Resources/Documents/HIW%20Indicator%20List.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.</p> <p>NHS, Health & Social Care Information Centre – hscic. Compendium of Population Health Indicators. The Health and Social Care Information Centre Crown Copyright, January, 2015.</p>

	<p>RIPSA – REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE . Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.</p> <p>SOUZA-PINTO B. et al. Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. Acta Médica Portuguesa, v. 26, n.6, p. 711-720, 2013.</p> <p>Van WALRAVEN, C et al. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. Canadian Medical Association Journal, v. 183, n.7, E391–E402, 2011</p>
--	---

E-EFT-05 - Taxa de Mortalidade Neonatal entre recém-nascidos de moderado baixo peso em maternidade

Sigla	E-EFT-05
Nome	Taxa de Mortalidade Neonatal entre recém-nascidos de moderado baixo peso em maternidade
Conceituação	Número de óbitos de recém-nascidos com moderado baixo peso ao nascer ($1500 \leq \text{RN} < 2.500\text{g}$), nascidos vivos no próprio hospital ou admitidos nos dois primeiros dias de vida, por 1.000 saídas de recém-nascidos vivos com moderado baixo peso ao nascer ($1500 \leq \text{RN} < 2.500\text{g}$), do próprio hospital ou admitidos nos dois primeiros dias de vida, em um mês.
Domínio	Efetividade
Relevância	Essencial
Importância	<p>No Brasil, em 2011, a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer ($< 2.500\text{g}$), com tempo de gestação considerado entre 37 e 41 semanas foi de 8,5% (Brasil, 2015b).</p> <p>A mortalidade neonatal (óbitos entre 0 a 27 dias de vida), ao contrário da mortalidade pós-neonatal, relacionada principalmente a fatores socioeconômicos e ambientais, está associada tanto a fatores biológicos quanto ao acesso e à qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (Pereira, 2007). No país em 2010, 19,2% dos óbitos neonatais ocorreram entre os recém-nascidos de moderado baixo peso ao nascer ($1500 \leq \text{RN} < 2.500\text{g}$). No mesmo ano, a taxa de mortalidade neonatal para estes recém-nascidos, 26,0 por 1000 nascidos vivos, foi cerca de dez vezes superior àquela observada para os recém-nascidos com peso ao nascer $\geq 2500\text{g}$, 2,6 por 1000 nascidos vivos (MS – SVS – DASIS, 2012a; c).</p> <p>O principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce (0 – 6 dias de vida) e grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento (França, E & Lansky, S, 2009).</p> <p>As principais causas de óbitos segundo a literatura são a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intra-parto, as infecções perinatais e os</p>

	<p>fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde (França, E & Lansky, S, 2009; Liu, L, 2002).</p> <p>A mortalidade de recém-nascidos de baixo peso ao nascer está relacionada tanto a questões que fogem à governabilidade dos hospitais (fatores socioeconômicos, condições antenatais da saúde materna e qualidade da assistência pré-natal), como também à qualidade dos cuidados neonatais imediatos na sala de parto, em unidades de terapia intensiva e berçário (Almeida et al., 2011; França, E & Lansky, S, 2009).</p> <p>Dessa forma, dado o contexto atual da assistência neonatal, os óbitos de recém-nascidos de baixo peso (RN<2.500g) constituem verdadeiros eventos-sentinelas indicando falhas no manejo obstétrico e no atendimento ao recém-nascido (Lansky, França e Leal, 2002).</p>
<p>Método de cálculo</p>	$\frac{\text{Número total de óbitos de RN com baixo peso ao nascer (1500 \leq \text{RN} < 2.500\text{g})}}{\text{Número total de saídas de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (1500 \leq \text{RN} < 2.500\text{g})}}$
<p>Definição dos termos utilizados no indicador</p>	<p>a) Numerador – Número de óbitos de recém-nascidos (entre 0 a 27 dias de vida) com baixo peso moderado ao nascer (1500<=RN<2.500g), nascidos vivos no próprio hospital ou admitidos nos dois primeiros dias de vida, que atendam aos critérios de inclusão e exclusão, em um mês.</p> <p>b) Denominador – Número de saídas de recém-nascidos vivos (entre 0 a 27 dias de vida) no próprio hospital ou admitidos nos dois primeiros dias de vida, com baixo peso moderado ao nascer (1500<=RN<2.500g), que atendam aos critérios de inclusão e exclusão, em um mês.</p> <p>Definição de peso ao nascer: compreende a primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida (OMS, 1994).</p> <p>Critérios de inclusão (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2008):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recém-nascidos com baixo peso moderado ao nascer (1500<=RN<2.500g), nascidos vivos no próprio hospital ou transferidos de outras unidades nos dois primeiros dias de vida. <p>Critérios de exclusão (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2008):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crianças admitidas do domicílio. 2. Crianças transferidas de outras instituições com mais de 2 dias de vida.

	<p>3. Crianças transferidas para outras instituições.</p> <p>4. Diagnóstico das seguintes malformações congênitas incompatíveis com a vida: anencefalia, trissomia do 18 (síndrome de Edwards), trissomia do 13 (síndrome de Patau) e agenesia renal.</p> <p>Não devem ser excluídos os recém-nascidos com malformações congênitas de elevada mortalidade, como a hérnia diafragmática, a cardiopatia congênita complexa, a atresia intestinal, a hidropisia e erros inatos do metabolismo.</p>
Interpretação	<p>A taxa de mortalidade de recém-nascidos vivos de moderado baixo peso ao nascer ($1500 \leq \text{RN} < 2.500\text{g}$) pode refletir a qualidade da assistência hospitalar à gestante e ao recém-nascido no pré-parto e parto e a qualidade dos cuidados imediatos à criança no nascimento e berçário (Lansky, França e Leal, 2002; Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2008; Almeida et al., 2011). Assim, instituições com menores taxas de mortalidade oferecem, em princípio, uma melhor qualidade assistencial.</p>
Periodicidade de envio dos dados	Mensal
Público-alvo	Recém-nascidos com baixo peso ao nascer ($1500 \leq \text{RN} < 2.500\text{g}$), nascidos vivos no próprio hospital ou transferidos de outras unidades nos dois primeiros dias de vida.
Usos	<p>1. Melhoria interna da qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.</p> <p>2. Comparação de desempenho hospitalar.</p> <p>3. Monitoramento da qualidade da assistência com vistas ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.</p>
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	<p>Ainda nos dias de hoje, a mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) tem a maior representação em termos proporcionais na mortalidade infantil no Brasil, representando até 70% do óbito infantil em todas as regiões do Brasil. Nesse contexto, o componente neonatal precoce responde por cerca de 50% das mortes infantis no Brasil, passando a ter uma grande importância, suscitando ações para o seu controle, demandando também mobilização e priorização na agenda dos gestores da saúde (Brasil, 2012).</p>

No Brasil, estima-se que cerca de 60% dos óbitos neonatais ocorram por causas evitáveis (Brasil, 2009). As principais falhas que contribuem para as altas taxas de mortalidade fetal e neonatal precoce são relacionadas à qualidade da atenção pré-natal, diagnóstico de alterações na gravidez, manejo obstétrico e atendimento do recém-nascido na sala de parto (reanimação). Dessa forma, os principais problemas que conduzem ao desfecho negativo da gestação são relacionados a falhas na capacidade prevenção e resposta em face de intercorrências durante a gestação, parto e puerpério, coincidindo com o período perinatal (Brasil, 2012).

A partir de informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (Brasil, 2015b) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (Brasil, 2015a), pode-se inferir para o país uma taxa de mortalidade no período neonatal de recém-nascidos de baixo peso ao nascer de 16,3 por 1000 nascidos vivos no ano de 2013, sendo 11,5 por 1000 nascidos vivos com peso ao nascer <1.500g e 4,8 por 1000 nascidos vivos com peso ao nascer entre 1.500g e 2.500g.

Em uma coorte realizada entre 2011 e 2012, foram identificados 24.061 nascidos vivos e 268 óbitos neonatais, resultando em uma taxa de mortalidade neonatal ponderada de 11,1 óbitos por mil nascidos vivos. Na Tabela 1 são apresentadas algumas características dos óbitos segundo a localização da maternidade onde ocorreu o parto por região do país. Os óbitos se concentraram nas regiões Nordeste (38,3%) e Sudeste (30,5%) do Brasil e entre recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer (81,7 % e 82%). A prematuridade extrema (< 32 semanas) e o muito baixo peso ao nascer (< 1.500 g) representaram 60,2% e 59,6 % dos óbitos, respectivamente, com maiores proporções nas regiões Centro-oeste e Sudeste.

As maiores taxas de mortalidade neonatal foram encontradas nas regiões Norte (22,3 por mil nascidos vivos) e Nordeste (14,5 por mil nascidos vivos) (Lansky S et al., 2014).

Tabela 1

Distribuição dos óbitos neonatais segundo variáveis selecionadas e regiões brasileiras, 2011-2012 *.

Variáveis selecionadas	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Óbito neonatal	52 (19,3)	103 (38,3)	82 (30,5)	19 (6,9)	13 (5,0)
Peso ao nascer (g)					
Baixo peso (< 2.500)	44 (84,6)	83 (80,6)	66 (81,5)	15 (83,3)	11 (84,6)
Muito baixo peso (< 1.500)	27 (52,9)	59 (57,8)	53 (65,4)	11 (57,9)	10 (76,9)
Idade gestacional (semanas)					
Prematuridade (< 37)	42 (80,8)	74 (78,7)	64 (85,3)	14 (82,4)	11(84,6)
Prematuridade extrema (< 32)	30 (57,7)	60 (63,8)	51 (68,0)	10 (58,1)	11(84,6)
Causas de óbito					
Prematuridade	11 (22,2)	34 (33,9)	23 (30,5)	3 (15,8)	7 (53,8)
Malformação congênita	12 (24,5)	7 (7,6)	27 (35,9)	8 (42,1)	3 (23,1)
Infecção	14 (26,9)	20 (20,7)	10 (13,1)	2 (10,5)	1 (7,7)
Fatores maternos	3 (5,5)	15 (15,0)	8 (11,3)	1 (5,3)	1 (7,7)
Asfixia/Hipóxia	7 (13,5)	5 (5,3)	2 (2,6)	3 (15,8)	1 (7,7)
Outras causas	4 (7,4)	17 (17,5)	5 (6,6)	2 (10,5)	0 (0,0)

* n ponderado.

Fonte: Lansky et al., 2014

No país em 2013, 6,8% dos óbitos neonatais ocorreram entre os recém-nascidos de moderado baixo peso ao nascer (≥ 1500 g e < 2500 g) e 13,4% entre os de muito baixo peso (< 1.500 g). Enquanto que, para os recém-nascidos com peso ao nascer entre 2.500g e 2.999g, a taxa de mortalidade foi de 4,4 por 1000 nascidos vivos (Brasil, 2015a).

Meta

Não será estabelecida, a priori, uma meta para este indicador. A partir da primeira rodada de envio de dados pelos hospitais participantes, a meta será estabelecida com base nas taxas de mortalidade neonatal para RNBP brutas calculadas, ajustadas pelas taxas de mortalidade para as faixas de peso ao nascer 500 –999g, 1000 – 1499g e 1500-2499g, obtidas a partir de informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (Brasil, 2015b) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (Brasil, 2015a).

Fonte dos dados

Resumo de alta ou de óbito.

Ações esperadas para

1. Aumentar a qualidade da assistência materno-infantil nas maternidades;
2.) componente precoce da taxa de mortalidade neonatal (óbitos até 6 dias de

causar impacto no indicador	<p>vida completos) é particularmente sensível à melhoria da assistência ao parto, com a obrigatoriedade da presença de neonatologista na sala de parto e treinamento dos profissionais envolvidos na assistência, aumento da disponibilidade de leitos de UTI neonatal, administração antenatal de corticosteroides para reduzir os riscos de síndrome do desconforto respiratório (Roberts, 2010; Brasil, 2012) e hemorragia intracraniana, uso de surfactante pulmonar e implantação de protocolos institucionais no atendimento ao recém-nascido (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2008);</p> <p>3. A prevenção da sepse, a principal causa de mortalidade neonatal tardia dos RNBP no Brasil, por meio de ações de controle das infecções perinatais e da contaminação hospitalar por microorganismos multirresistentes, incluindo a implantação de rotina de lavagem das mãos e a existência de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar atuante e respeitada, pode resultar em significativa redução do número de mortes entre 7 e 27 dias (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2008). A septicemia bacteriana do recém-nascido responde por 15,7% dos óbitos em RN <1.500 g e a 5,4% entre RN ≥1500 g e <2500 g em 2013 (Brasil, 2015a).</p> <p>4. A sepse é uma importante causa de mortalidade neonatal entre os recém-nascidos de moderado baixo peso, respondendo por 13,4% dos óbitos no período de 2006 a 2010 (MS – SVS – DASIS, 2012a). Se por um lado, a sepse neonatal precoce está relacionada a fatores de risco maternos, gestacionais e/ou do periparto e a características do recém-nascido, que independem da qualidade da assistência hospitalar, por outro lado, a sepse neonatal tardia pode ser reduzida pela implantação de medidas de alto impacto na prevenção de infecções associadas a cateter venoso central, ventilação mecânica e nutrição parenteral, estabelecimento de rotina de lavagem das mãos, e diminuição da permanência desnecessária na UTI Neonatal (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2008).</p>
Limitações e vieses	<p>1. Na presente ficha técnica, optou-se pela padronização da Agência Norte-Americana para a Qualidade e Pesquisa em Cuidado à Saúde – AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) com exclusão dos recém-nascidos com peso ao nascer <500g ou com malformações congênicas incompatíveis com a vida (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2008).</p>

	<p>2. A Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde – JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) disponibiliza uma taxa de mortalidade neonatal hospitalar. A taxa da JCAHO inclui óbitos institucionais de recém-nascidos que ocorrem antes de 28 dias de vida. Todos os recém-nascidos vivos são incluídos, assim como transferências (sem limite definido do dia de transferência). Recém-nascidos transferidos para outras instituições são excluídos. É realizado ajuste de risco para sexo, certas anomalias congênitas, grau de prematuridade, idade gestacional e peso ao nascer.</p> <p>3. O indicador da AHRQ, aqui adotado, inclui somente recém-nascidos vivos na própria instituição ou transferidos nos 2 primeiros dias de vida. As transferências são limitadas aos primeiros 2 dias de vida para minimizar a influência das práticas dos hospitais de origem no resultado. Admissões a partir do domicílio também são excluídas, porque nesses casos muitos fatores podem ter contribuído para a probabilidade de morte que estavam fora do controle do hospital de admissão. Recém-nascidos com peso ao nascer menor que 500 gramas são excluídos devido ao risco muito alto de óbito e viés relacionado à adoção da prática de considerá-los como abortamento, permitindo a morte fetal. Também são excluídas as crianças com trissomia 13, trissomia 18, anencefalia, doença renal policística em razão das taxas de mortalidade extremamente elevadas e o foco em cuidados paliativos associado com esses diagnósticos.</p>
Referências	<p>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Measures of Pediatric Health Care Quality Based on Hospital Administrative Data: The Pediatric Quality Indicators - Neonatal Indicator Appendix. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. 2008. Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/pdi/pdi_measures_neonatal_appendix.pdf.</p> <p>Almeida, M. F. d., et al. Sobrevida e fatores de risco para mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.27, p.1088-1098. 2011.</p>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 43 p.

_____. MS - SVS - DASIS. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Departamento de Análise de Situação de Saúde - DASIS, Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, Ministério da Saúde - MS. 2012a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe/sim/cnv/inf10uf.def>. Acesso em: 01/09/2015.

_____. MS - SVS - DASIS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC: Departamento de Análise de Situação de Saúde - DASIS, Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, Ministério da Saúde - MS. 2012b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe/sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 01/09/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

França , Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. p. 83-112. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências).

Lansky, S et al. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, Dec. 2002.

_____. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014.

Liu L, Johnson H, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, et al. Global, regional and national causes of child mortality in 2000-2010: an updated systematic analysis. Lancet 2002; 379:2151-61.

Organização Mundial de Saúde. Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão. v.2. p.13 . São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/Edusp, 1994.

Pereira, C. R. M. Mortalidade neonatal e muito baixo peso ao nascer. (Dissertação – Mestrado). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 2007. 71 p.

RIPSA - REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROBERTS, D.; DALZIEL, S. R. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1, 2010.

E-EFT-06 - Percentual de altas hospitalares a partir da UTI

Sigla	E- EFT-06
Nome	Percentual de altas hospitalares a partir da UTI
Conceituação	Representa a proporção de altas da UTI de pacientes que não passam por unidade intermediária ou quarto comum
Domínio	Efetividade
Relevância	Essencial
Importância	Espera-se que um paciente internado em UTI, quando receba alta permaneça em unidade de cuidados intermediários ou em quarto comum. A alta hospitalar diretamente da UTI ou demonstra um mau uso do leito de UTI ou pode, por prematura, colocar em risco o paciente.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de altas a partir da UTI}}{\text{Número total de altas hospitalares}}$
Definição dos termos utilizados no indicador	a) Numerador: Número de altas a partir da UTI b) Denominador: Número total de altas hospitalares
Interpretação	O indicador avalia a proporção de altas que ocorrem diretamente da UTI.
Periodicidade de envio dos dados	Mensal
Público-alvo	Pacientes internados na UTI
Usos	Avaliar a proporção de pacientes que têm alta diretamente da UTI.
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	Os critérios para alta da UTI são semelhantes àqueles para a admissão. Obs: Para a Sociedade Americana de Medicina Intensiva, nem todos os pacientes que têm alta da UTI necessitam permanecer em unidade de de cuidados intermediários.
Meta	Diminuir a proporção de pacientes que têm alta diretamente da UTI.

Fonte dos dados	Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas
Ações esperadas para causar impacto no indicador	A avaliação criteriosa para identificar pacientes que poderiam estar em uma unidade menos intensiva, como unidade de cuidados intermediários ou em quarto comum.
Limitações e vieses	Podem ocorrer casos de alta sob termo, ou em que o paciente ficou alguns dias na UTI aguardando vaga na enfermaria e já tem condições de ir para casa.
Referências	<p>ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP 2015</p> <p>Society of Critical Care Medicine – Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage – Crit Care Med 1999 Mar; 27(3):633-638</p> <p>Chawla S, et al Homeward bound: an analysis of patients discharged home from an oncologic intensive care unit. J Crit Care. 2012 Dec;27(6):681-7</p>

E-EFT-07- Taxa de retorno não planejado a sala de cirurgia

Sigla	E-EFT-07
Nome	Taxa de retorno não planejado a sala de cirurgia
Conceituação	Representa a proporção de pacientes que necessitam retornar à sala de cirurgia, após uma cirurgia eletiva, em função de intercorrência relacionada à cirurgia.
Domínio	Efetividade
Relevância	Essencial
Importância	Como na maioria das vezes retornos não planejados para a sala de cirurgia refletem problemas relacionados com o procedimento em si, as taxas de reoperação podem ser úteis no monitoramento da qualidade entre os hospitais e para identificar aquilo que pode melhorar. (Connolly)
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de retornos não planejados à sala de cirurgia}}{\text{Número total de cirurgias}}$
Definição dos termos utilizados no indicador	a) Numerador: Número de retornos não planejados à sala de cirurgia b) Denominador: Número total de cirurgias realizadas.
Interpretação	Uma taxa elevada de retorno nos primeiros sete dias pode estar relacionada à estrutura (ex: conformação do centro cirúrgico) ou ao processo (p. ex a perícia da equipe cirúrgica)
Periodicidade de envio dos dados	Mensal
Público-alvo	Pacientes submetidos a cirurgia.
Usos	Avaliar se há alta taxa de retorno à sala de cirurgia que pode estar relacionada, por exemplo, a deficiências estruturais no centro cirúrgico ou a erros na execução do procedimento.
Parâmetros,	O retorno do paciente à sala á denota defeitos de estrutura ou de processo,

dados estatísticos e recomendações	que devem ser corrigidas
Meta	Proporção média anual de pacientes que retornam < 20%
Fonte dos dados	Prontuários
Ações esperadas para causar impacto no indicador	Adoção de boas práticas no centro cirúrgico.
Limitações e vieses	Depende da especialidade e do tipo de cirurgia. Hospitais especializados podem apresentar fatores que influenciem no indicador.
Referências	<p>ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP 2015</p> <p>Birkmeyer JD et al Is unplanned return to the operating room a useful quality indicator in general surgery? Arch Surg. 2001 Apr;136(4):405-11.</p> <p>Connolly, P. Unplanned return to operating room in a community hospital-based obstetrics and gynecology residency. The Journal of the American Osteopathic Association Vol 103 No 3 March 2003</p> <p>Unplanned return to the operating room. Aust N Z J Surg. 1998 Feb;68(2):143-6.</p> <p>Ansari MZ, Collopy BT. The risk of an unplanned return to the operating room in Australian hospitals. Aust N Z J Surg. 1996 Jan;66(1):10-3.</p>

E-EFT-08- Tempo Médio de Internação

Sigla	E-EFT-08
Nome	Tempo Médio de Internação
Conceituação	Soma do tempo de permanência da internação, para todas as altas, dividido pelo número total de altas. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados.
Domínio	Efetividade
Relevância	Essencial
Importância	Muito embora a internação seja um recurso da estrutura assistencial importante para a recuperação da saúde, longos tempos de internação hospitalar afetam a qualidade assistencial, além de aumentarem custos e impedirem acesso a vagas. Avalia o tempo que em média um paciente permanece internado no hospital. Está relacionado a boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional. O leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deverá ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitem deste recurso para recuperação da saúde. A média de permanência em hospitais agudos acima de sete (7) dias está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar.
Método de cálculo	$\frac{\text{Soma do tempo de permanência para todas as altas (saídas)}}{\text{Número total de altas (saídas) do hospital}}$
Definição dos termos utilizados no indicador	a) Numerador: Soma do tempo de permanência – somatória do número de dias de permanência da internação, para todas as altas (ou saídas) do hospital, no período de um mês. b) Denominador: Número de saídas – somatória das altas, transferências externas e óbitos do hospital no período de um mês. Utilizar o censo da zero hora (00:00) de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº

	<p>312/2002 (Ministério da Saúde, 2002a).</p> <p>Saídas: Nº de saídas hospitalares registradas no período de um mês. Somatória do número de altas (independente do motivo de alta), óbitos e transferências externas ocorridas no hospital no período de um mês (Sipageh, 2006; Schout e Novaes, 2007; CQH, 2009).</p> <p>Internação ou admissão hospitalar: Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas. Todos os casos de óbito ocorridos dentro do hospital devem ser considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas.</p>
Interpretação	Avalia o tempo médio de permanência (em dias) que um paciente permanece no hospital.
Periodicidade de envio dos dados	Mensal
Público-alvo	Pacientes internados em hospitais.
Usos	<ul style="list-style-type: none"> • Eficiência da gestão do leito operacional nos hospitais • Avaliar o tempo de permanência dos pacientes no hospital • Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	<p>Em Hospitais agudos a média de permanência tende a variar entre 3 a 5 dias. A complexidade do hospital, o papel da internação via Pronto Socorro na demanda do hospital, o perfil clínico dos pacientes (severidade, faixa etária, comorbidade) e o tipo de procedimento ofertado são fatores que diferenciam a média de permanência nos hospitais de agudos.</p> <p>No SUS, excluindo-se as internações de longa permanência (cuidados prolongados, psiquiatria, pneumologia sanitária e reabilitação), observou-se uma média de permanência de 4,5 dias no período de 2009 a 2012 (Ministério da Saúde, 2012).</p> <p>Alguns hospitais gerais do SUS, sem atividade de ensino, relataram média de permanência geral entre 3,5 e 6,4 dias (Hospital Municipal Cidade Tiradentes, 2011; Secretaria Municipal de Saúde de Diadema – SP, 2011; Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia, 2012).</p>

	<p>O Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar relatou no segundo trimestre de 2011, para 85 hospitais gerais notificantes, uma mediana para o tempo médio de permanência de 4,0 dias, com uma variação de 0,2 a 18,6 dias (CQH, 2011a). Por sua vez, para 14 hospitais com selo de qualidade do Programa, a mediana para o tempo médio de permanência foi de 5,0 dias, com uma variação de 3,0 a 7,4 dias (CQH, 2011b). A ampla variabilidade relatada, em particular para os hospitais gerais, provavelmente é decorrente de diferenças na especialização de atendimento, porte e nível de complexidade das instituições notificantes.</p> <p>A ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados (2012), para um universo de 37 hospitais notificantes, encontrou no ano de 2011 uma média de permanência de 4,5 dias. Num grupo de controle, o Tempo de Permanência aumentou de 4,4 dias para 4,6 dias de 2013 para 2014. Observou-se tendência linear de crescimento da média de permanência desde 2009: 2010: 4,4; 2011: 4,6; 2012: 4,5; 2013: 4,7; 2014: 4,6.</p>
<p>Meta</p>	<p>Média anual de internação de 5 dias.</p>
<p>Fonte dos dados</p>	<p>Serviço de Arquivo Médico e Estatística – Relatório de consolidação do Censo Hospitalar realizado a zero hora (00:00) diariamente e armazenado no sistema de informação do hospital ou como relatório em papel no Serviço de Arquivo Médico e Estatística do hospital.</p>
<p>Ações esperadas para causar impacto no indicador</p>	<p>A implantação de protocolos clínicos pode contribuir para facilitar a gestão da média de permanência para as patologias de maior prevalência no hospital.</p> <p>O monitoramento de pacientes com média de permanência acima de 8 dias pode auxiliar na utilização de hospitais de retaguarda e home care, aumentando a rotatividade dos leitos e assim contribuindo para diminuir ou manter a média de permanência mesmo com o envelhecimento da demanda.</p> <p>A criação de um grupo ou comitê para gestão do leito hospitalar com três ou quatro participantes e que gerencia a utilização do leito hospitalar pode melhorar a utilização do leito. A gestão e organização da equipe clínica para planejar a alta hospitalar no momento da internação, check list de enfermagem para garantir que o paciente esteja com todos os laudos dos exames e todas as orientações do time assistencial podem agilizar a alta até as 10 h, possibilitando que os pacientes aguardando internação provenientes do Pronto Atendimento possam rapidamente ocupar um leito ou que maior número de cirurgias eletivas</p>

	<p>possam estar programadas para ocupar os leitos a partir da liberação mais rápida e otimizada dos leitos operacionais.</p> <p>Recomenda-se que os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de curta permanência (menor que 12 horas) sejam atendidos em unidades de Hospital-dia. Esta unidade deverá ter análise diferenciada, com indicadores específicos que não estão incluídos nesta ficha técnica.</p>
<p>Limitações e vieses</p>	<p>Alguns fatores influenciam o tempo de permanência. A mediana de idade da demanda – quanto mais idoso maior a chance e co-morbidades e complicações - e a agilidade na realização e disponibilidade dos resultados dos exames interferem no tempo médio de permanência. O ideal seria analisar segundo grupos homogêneos de diagnóstico. Na prática, deve-se ajustar por complexidade utilizando a Portaria nº 2224/2002 (Ministério da Saúde, 2002b) modificada.</p> <p>A alimentação do sistema ou a coleta dos dados do censo hospitalar devem estar fidedignas no momento do censo para que as informações de pacientes-dia e saídas reflitam de forma precisa a média de permanência. Hospitais com grande volume de pacientes de curta permanência tendem a ter menores médias de permanência, pois o movimento de hospital-dia (curta permanência) está misturado com a demanda de internações que exigem permanência maior de 24 horas. Recomenda-se separar essa demanda em unidades de curta permanência e analisá-las com indicadores específicos.</p>
<p>Referências</p>	<p>ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. 4 ed. São Paulo: ANAHP. 2012. 148 p.</p> <p>ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. 7 ed. São Paulo: ANAHP. 2015. 246 p.</p> <p>CQH. 3º Caderno de Indicadores CQH. Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar. São Paulo 2009. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/3%20caderno%20de%20ind%20baixa-res.pdf. Acesso em: 26/11/2012.</p> <p>CQH. Indicadores 2011 – Segundo trimestre – Hospitais Gerais. São Paulo: Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar. 2011a. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=112&p_nanexo=210. Acesso em 16/01/2013.</p> <p>CQH. Indicadores 2011 – Segundo Trimestre – Hospitais Pós-selo. São Paulo: Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar. 2011b. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=112&p_nanexo=</p>

	<p>180. Acesso em: 16/01/2013.</p> <p>Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia. Indicadores Qualitativos – Período: 14/03/2012 a 13/06/2012. Salvador: Hospital do Subúrbio. 2012. Disponível em: http://www.prodalsaude.com.br/wp-content/uploads/2012/09/Indicadores%20Qualitativos%2014-06-2012%20a%2013-09-2012.pdf. Acesso em: 01/10/2012.</p> <p>Hospital Municipal Cidade Tiradentes. Indicadores Hospitalares – Desempenho e Efetividade – 3º Trimestre de 2011. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. 2011. Disponível em: http://www.hospitalcidadetiradentes.com.br/td/downloads/prestacao_contas_2011/Tiradentes3%C2%BATrimestre2011_DesempenhoEfetividade.pdf. Acesso em: 01/10/2012.</p> <p>Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002a. 32 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)</p> <p>Ministério da Saúde. Portaria nº 2.224/GM Em 5 de dezembro de 2002. Ministério da Saúde. Brasília. 2002b. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm. Acesso em: 22/06/2012.</p> <p>Ministério da Saúde. TabNet Win 32 3.0: Internações do SUS – por local de internação – Brasil. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS. 2012. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def. Acesso em: 17/12/2012.</p> <p>Schout, D.; Novaes, H. M. Do registro do indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Cien Saude Colet, v.12, n.4, Jul-Aug, p.935-944. 2007.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde de Diadema – SP. Relatório Anual de Gestão de 2011. Prefeitura de Diadema, SP. Diadema, SP. 2011. Disponível em: http://www.diadema.sp.gov.br/dmp/comunicacao/Comunicacao/Site2/RelatorioAnualdeGestao2011SMSDiadema.pdf. Acesso em: 01/10/2012.</p> <p>Sipageh. Indicadores. Porto Alegre: Unisinos. 2006. Disponível em: http://www.projeto.unisinos.br/sipageh/index.php?option=com_content&task=view&id=86&Itemid=195&menu_ativo=active_menu_sub&marcador=195. Acesso em: 26/11/2012.</p>
--	---