

**PROGRAMA CQH**  
**COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR**



**RELATÓRIO DE INDICADORES**

**VERSÃO: Fevereiro de 2009-02**

## ORIENTAÇÕES

O RELATÓRIO MENSAL DE INDICADORES DO CQH-04 -1 e o RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PELO USUÁRIO CQH-06, versão fevereiro de 2009, aplicam-se a todos os hospitais participantes do Programa.

O documento eletrônico RELATÓRIOS CQH, em Excel, contém os seguintes formulários:

- Abertura
- Identificação
- Dados Gerais
- Infecção Hospitalar
- Recursos Humanos
- Financeiro
- Treinamento
- Avaliação pelo Usuário

Serão adotadas duas casas decimais após a vírgula.

Cada planilha apresenta tabelas para a digitação dos dados coletados nos dozes meses.

**Se não tiver o dado coletado**, informar com ni (não informado) ou se a celular estiver com validação deixar em branco; **não digitar zero**.

O hospital deverá **preencher todos os campos** e **devolver** trimestralmente ao Núcleo Técnico do CQH **em formato eletrônico** (disquete ou e-mail [cqh@apm.org.br](mailto:cqh@apm.org.br)) **até 30 dias após o término do trimestre**.

**Atentar para o recebimento da confirmação por parte do CQH.**

O CQH estabelece a seguinte cronologia dos trimestres:

TRIMESTRES	MESES	PRAZO PARA ENTREGA DOS RELATÓRIOS
1º Trimestre	Janeiro, Fevereiro e Março	30 de Abril
2º Trimestre	Abril, Maio e Junho	30 de Julho
3º Trimestre	Julho, Agosto e Setembro	30 de Outubro
4º Trimestre	Outubro, Novembro e Dezembro	30 de Janeiro

Os documentos impressos em papel enviados ao Programa serão desconsiderados.

Aos hospitais participantes que enviaram os relatórios dentro do prazo estipulado, o Núcleo Técnico efetuará a consolidação dos dados fornecidos e em relatório trimestral, informará qual a posição do hospital em relação à tendência central da amostra de todos os hospitais do Programa.

## Índice

Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH.....	4
Média de Permanência - MP .....	5
Média de Permanência por Clínicas .....	6
Índice de Renovação .....	7
Índice de Intervalo de Substituição .....	8
Taxa de Mortalidade Institucional – TMI .....	9
Taxa de Mortalidade Operatória – TMO.....	10
Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio – IAM.....	11
Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar – RN com peso menor que 1.000 g.....	12
Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar – RN com peso entre 1.101 até 1.500 g .....	13
Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar – RN com peso entre 1.501 até 2.500 g .....	14
Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar – RN com peso maior ou igual a 2.500 g .....	15
Taxa de Cirurgia Suspensa.....	16
Taxa de Reinternação não Programada .....	17
Taxa de Reingresso na UTI-Adulto durante a mesma internação .....	18
Índice de Exames Laboratoriais por Internação .....	19
Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação .....	20
Taxa de Cesáreas.....	21
Taxa de Cesáreas em Primíparas.....	22
Taxa de Apgar no 1º minuto .....	23
Taxa de Apgar no 5º minuto .....	24
Taxa de Infecção Hospitalar - TIH.....	25
Densidade de Infecção Hospitalar - DIH.....	26
Distribuição de Infecção Hospitalar por Clínica/Serviço .....	27
Distribuição Percentual de Infecção Hospitalar por Localização Topográfica.....	28
Agentes Microbianos Identificados nos Casos de Infecção Hospitalar .....	29
Relação Enfermeiro/Leito .....	30
Relação Enfermagem/Leito.....	31
Relação Pessoal/Leito .....	32
Taxa de Absenteísmo .....	33
Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos .....	34
Taxa de Acidente de Trabalho .....	35
Índice de Treinamento .....	36
Atividades de Treinamento por Setor.....	37
Taxa de Preenchimento das Avaliações pelo Usuário.....	38

<b>Ficha número 01</b>
<b>Indicador: Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH</b>
<b>Objetivo:</b> Medir o grau de ocupação do hospital
<p><b>1. Cálculo</b></p> <p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{\text{Número de pacientes-dia}}{\text{Número de leitos-dia}} \times 100</math></p> <p><b>1.2 Unidade:</b> %</p>
<p><b>2. Definição:</b> Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período.</p> <p><b>2.1 Número de pacientes-dia:</b> É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída. Não confundir pacientes-dia com diárias hospitalares.</p> <p><b>2.2 Número de leitos-dia:</b> É o número que representa a quantidade de leitos disponíveis para internação em um dia hospitalar. Os leitos-dia correspondem a leitos operacionais ou disponíveis, aí incluídos os leitos extras com pacientes internados acima de 24 horas, o que significa que o número de leitos-dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio e desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras.</p> <p><b>Não considerar:</b> leitos de observação, recuperação pós-anestésica ou pós-operatória, berços de recém-nascidos saudáveis, leitos de pré-parto e bloqueado por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).</p>

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Recepção, Internação, SAME, Enfermagem ou Informática
<p><b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b></p> <p><b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b> <b>Número de pacientes-dia:</b> É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório. <b>Número de leitos-dia:</b> É controlado pelo setor de Internação através da planilha.</p>
<p><b>4. Periodicidade:</b></p> <p><b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral <b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral <b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”</p>
<p><b>5. Partes interessadas:</b> Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.</p>

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

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				

<b>Ficha número 02</b>
<b>Indicador: Média de Permanência - MP</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar o tempo de internação dos pacientes
<p><b>1. Cálculo</b></p> <p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{\text{Número de pacientes-dia}}{\text{Total de saídas}}</math></p> <p><b>1.2 Unidade:</b> dia</p>
<p><b>2. Definição:</b> Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa a média de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados no hospital.</p> <p><b>2.1 Número de pacientes-dia:</b> Ver a ficha número 01.</p> <p><b>2.2 Total de saídas:</b> É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas). O óbito fetal ou natimorto, com menos de 20 semanas, peso menor que 500 gramas (ou 1000 gramas) e sem nenhum sinal de vida (respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical etc.) não deverão ser contabilizados como saídas.</p>

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Recepção Internação
<p><b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b></p> <p><b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b> <b>Número de pacientes-dia:</b> É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório. <b>Total de saídas:</b> São contabilizadas pelo sistema através do relatório, que é o número de saídas dos pacientes internados.</p>
<p><b>4. Periodicidade:</b></p> <p><b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( )Diário, ( )Mensal, ( ) Trimestral</p> <p><b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( )Diário, ( )Mensal, ( ) Trimestral</p> <p><b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( )Mensal, ( ) Trimestral “CQH”</p>
<p><b>5. Partes interessadas:</b> Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.</p>

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 03</b>	
<b>Indicador: Média de Permanência por Clínicas</b>	
<b>Objetivo:</b> Acompanhar o tempo de internação de pacientes por clínica/serviço	
<b>1. Cálculo</b>	
<b>1.1 Fórmula:</b>	$\frac{\text{Número de pacientes-dia por clínica}}{\text{Total de saídas por clínica}}$
<b>1.2 Unidade:</b>	dia
<b>2. Definição:</b>	
Relação entre o número de pacientes-dia por clínica e total de saídas por clínica em determinado período. Representa a média de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados em cada clínica.	
<b>2.1 Número de pacientes-dia por clínica:</b> É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.	
<b>2.2 Total de saídas por clínica:</b> É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa, interna ou óbito. <i>Transferência interna:</i> Mudança de um paciente de uma clínica para outra, por exemplo, da clínica médica para a cirúrgica. O paciente não recebe alta e não é realizada nova internação, ou seja, toda a permanência de um paciente dentro de um hospital corresponde a uma única internação, porém em diferentes clínicas.	

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados: Recepção Internação</b>				
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>				
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>				
<b>Número de pacientes-dia:</b> É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.				
<b>Total de saídas por clínica:</b> São contabilizadas pelo sistema através do relatório.				
<b>4. Periodicidade:</b>				
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral				
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral				
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”				
<b>5. Partes interessadas:</b>				
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.				

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 04</b>
<b>Indicador: Índice de Renovação</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar quantos pacientes ocuparam o mesmo leito no período
<b>1. Cálculo</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Total de saídas}}{\text{Número de leitos}}$
<b>1.2 Unidade:</b> Paciente por leito
<b>2. Definição:</b>
Relação entre o total de saídas e o número de leitos no período.
<b>2.1 Total de saídas:</b> Ver a ficha número 02.
<b>2.2 Número de leitos:</b> É o número total de cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro do hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital. Na prática, calcula-se pela média de leitos operacionais no período.
<b>Não considerar:</b> leitos de observação, recuperação pós-anestésica ou pós-operatória, berços de recém-nascidos saudáveis, leitos de pré-parto e parto e bloqueado por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).
<b>Leito operacional:</b> É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.
<b>Notas técnicas:</b> Inclui o leito extra que estiver sendo utilizado.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Recepção Internação
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Total de saídas:</b> São contabilizadas pelo sistema através do relatório que é o número de saídas dos pacientes internados, seja ela por alta, óbito, ou transferência externa.
<b>Número de leitos:</b> São os leitos disponíveis diariamente para a internação, ou seja, com os quais o hospital está efetivamente operando com os pacientes, sendo controlados pelo setor de Internação.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 05</b>
<b>Indicador: Índice de Intervalo de Substituição</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar dias de ociosidade dos leitos
<b>1. Cálculo</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{(1 - \text{taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{média de permanência}}{\text{Taxa de ocupação hospitalar}}$
<b>1.2 Unidade:</b> Dia
<b>2. Definição:</b> Relação de um menos a taxa de ocupação hospitalar multiplicado pela média de permanência; dividido pela taxa de ocupação hospitalar.
<b>2.1 Número de pacientes-dia:</b> Ver a ficha número 01.
<b>2.2 Número de leitos-dia:</b> Ver a ficha número 01.
<b>2.3 Total de saídas:</b> Ver a ficha número 02.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Recepção Internação
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b> <b>Taxa de ocupação hospitalar:</b> É a relação percentual entre o número de <b>pacientes-dia</b> e o número de <b>leitos-dia</b> em determinado período. (Ver a ficha número 01) <b>Média de permanência:</b> É a relação entre o total de <b>pacientes-dia</b> e o total de saídas do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. (Ver a ficha número 02)
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b> Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 06</b>
<b>Indicador: Taxa de Mortalidade Institucional – TMI</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de óbitos após 24 horas de internação}}{\text{Total de saídas}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período
<b>2.1 Número de óbitos após 24 h de internação:</b> É o número total de óbitos que ocorrem após 24 horas da internação.
<b>2.2 Total de saídas:</b> Ver a ficha número 02.

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Recepção Internação
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de óbito após 24h de internação:</b> São alimentados no setor de internação especificando o horário exato do óbito do paciente ou é coletado via sistema.
<b>Total de saídas:</b> São contabilizadas pelo sistema através do relatório que é o número de saídas dos pacientes internados.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 07</b>
<b>Indicador: Taxa de Mortalidade Operatória – TMO</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante ou pós-operatório até 7 dias .
<p><b>1. Cálculo:</b></p> <p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{\text{Número de óbitos operatórios}}{\text{Número de cirurgias realizadas}} \times 100</math></p> <p><b>1.2 Unidade:</b> %</p>
<p><b>2. Definição:</b> Relação percentual entre o número de óbitos operatórios e o número de cirurgias realizadas, em determinado período.</p> <p><b>2.1 Número de óbitos operatórios:</b> É o número total de óbitos ocorridos no mês, durante o ato cirúrgico ou pós-operatório até 7 (sete) dias, inclusive em cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambientes cirúrgicos. O óbito após a alta, antes de 7 dias, deverá ser contabilizado. Incluir as cesáreas.</p> <p><b>2.2 Número de cirurgias realizadas:</b> Preencher o número total de cirurgias do mês efetuadas em ambiente cirúrgico (Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Unidade de Cirurgia Ambulatorial). Incluir as cesáreas. Não incluir procedimentos cirúrgicos realizados no PS, UTI ou no Consultório.</p>

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório
<p><b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b></p> <p><b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b></p> <p><b>Número de óbitos operatórios:</b> É coletado mensalmente através do sistema, o número total de pacientes que foram a óbito no ato cirúrgico ou dentro do período de 7 dias após a cirurgia.</p> <p><b>Número de cirurgias realizadas:</b> É coletado mensalmente através de planilha preenchida no centro cirúrgico. São contabilizadas por pacientes e não por procedimentos, isso ocorre devido a alguns pacientes sofrerem em um ato cirúrgico mais de um procedimento.</p>
<p><b>4. Periodicidade:</b></p> <p><b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral</p> <p><b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral</p> <p><b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”</p>
<p><b>5. Partes interessadas:</b> Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.</p>

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 08</b>
<b>Indicador: Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio – IAM</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar os totais de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos durante o período
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de óbitos por infarto agudo miocárdio}}{\text{Número de casos de infarto agudo do miocárdio}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de óbitos por infarto agudo do miocárdio e o número de casos de infarto agudo do miocárdio, em determinado período.
<b>2.1 Número de óbitos por infarto agudo do miocárdio:</b> É o número total de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos no mês. Para o cálculo do infarto agudo do miocárdio deverá ser considerado somente as pacientes de ambos os sexos, maiores que 18 anos, internados há mais de 24 horas e com diagnóstico de IAM.
<b>2.2 Número de casos de infarto agudo do miocárdio:</b> Preencher o número total de casos de infarto agudo do miocárdio.

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de óbitos por infarto agudo do miocárdio:</b> Para o cálculo do infarto agudo do miocárdio deverá ser considerado somente as pacientes de ambos os sexos, maiores que 18 anos, internados há mais de 24 horas e com diagnóstico de IAM.
<b>Número de casos de infarto agudo do miocárdio:</b> É coletado mensalmente através de planilha preenchida no SAME.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral, ( ) Anual
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”, ( ) Anual
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 09</b>
<b>Indicador: Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar – RN com peso menor que 1.000 g</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar os totais de óbitos neonatais ocorridos durante o período.
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de óbitos de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g}}{\text{Número de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de óbitos de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g e o número de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g, em determinado período.
<b>2.1 Número de óbitos de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g:</b> É o número total de óbitos de recém-nascidos ocorridos no mês. O natimorto não deverá ser contabilizado. Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.
<b>2.2 Número de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g:</b> Preencher o número total de recém-nascidos ocorridos no mês. O natimorto não deverá ser contabilizado. Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de óbitos de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g:</b> Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.
<b>Número de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g:</b> Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral, ( ) Anual
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”, ( ) Anual
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 10</b>
<b>Indicador: Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar – RN com peso entre 1.101 até 1.500 g</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar os totais de óbitos neonatais ocorridos durante o período.
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.001 até 1.500 g}}{\text{Número de recém-nascidos com peso entre 1.001 até 1.500 g}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g e o número de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g, em determinado período.
<b>2.1 Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g:</b> É o número total de óbitos de recém-nascidos ocorridos no mês. O natimorto não deverá ser contabilizado. Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.
<b>2.2 Número de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g:</b> Preencher o número total de recém-nascidos ocorridos no mês. O natimorto não deverá ser contabilizado. Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g:</b> Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.
<b>Número de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g:</b> Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral, ( ) Anual
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”, ( ) Anual
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 11</b>
<b>Indicador: Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar – RN com peso entre 1.501 até 2.500 g</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar os totais de óbitos neonatais ocorridos durante o período.
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.501 até 2.500 g}}{\text{Número de recém-nascidos com peso entre 1.501 até 2.500 g}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.501 até 2.500 g e o número de recém-nascidos com peso entre 1.501 até 2.500 g, em determinado período.
<b>2.1 Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.500 g:</b> É o número total de óbitos de recém-nascidos ocorridos no mês. O natimorto não deverá ser contabilizado. Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.
<b>2.2 Número de recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.500 g:</b> Preencher o número total de recém-nascidos ocorridos no mês. O natimorto não deverá ser contabilizado. Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.500 g:</b> Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.
<b>Número de recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.500 g:</b> Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral, ( ) Anual
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”, ( ) Anual
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 12</b>
<b>Indicador: Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar – RN com peso maior ou igual a 2.500 g</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar os totais de óbitos neonatais ocorridos durante o período.
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de óbitos de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g}}{\text{Número de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de óbitos de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g e o número de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g, em determinado período.
<b>2.1 Número de óbitos de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g:</b> É o número total de óbitos de recém-nascidos ocorridos no mês. O natimorto não deverá ser contabilizado. Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.
<b>2.2 Número de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g:</b> Preencher o número total de recém-nascidos ocorridos no mês. O natimorto não deverá ser contabilizado. Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de óbitos de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g:</b> Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.
<b>Número de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g:</b> Para o cálculo do peso do recém-nascido o dado deverá ser coletado na primeira hora após o nascimento.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral, ( ) Anual
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”, ( ) Anual
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 13</b>
<b>Indicador: Taxa de Cirurgia Suspensa</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar as cirurgias suspensas por motivos que não dependeram do paciente
<b>1. Cálculo</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de cirurgias suspensas for fatores extra-pacientes}}{\text{Número de cirurgias agendadas}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b> Relação percentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês.
<b>2.1 Número de cirurgias suspensas:</b> É o total de cirurgias suspensas dentro do período analisado cuja causa não dependeu do paciente, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambiente cirúrgico. <b>Ex.:</b> cirurgias suspensas por falta de material, ausência do cirurgião, ausência do anestesista, falta de salas, falta de acomodações, falta de hemocomponentes. Quando a suspensão ocorre antes da internação, por motivos extra-pacientes, o dado não deve ser contabilizado. Se houver suspensão no dia da cirurgia, a mesma deverá ser contabilizada.
<b>2.2 N° de cirurgias agendadas:</b> Cirurgias programadas e previamente agendadas.

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Centro Cirúrgico /Hospital Dia Centro Cirúrgico /Ambulatório
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b> <b>Número de cirurgias suspensas:</b> É coletado mensalmente através de planilha (excel), preenchida pelo Centro Cirúrgico. <b>Número de cirurgias agendadas:</b> É coletado mensalmente através de planilha (excel), preenchida pelo Centro Cirúrgico.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b> Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	N° da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 14</b>
<b>Indicador: Taxa de Reinternação não Programada</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar as causas de reinternações até 15 dias após a alta
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar}}{\text{Total de saídas}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b> É a relação percentual entre o número de reinternações não programadas pela mesma causa, ou causa associada, até 15 dias da alta hospitalar e o total de saídas. <b>2.1 Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar:</b> É o número total de reinternações não programadas no prazo de 15 dias pela mesma causa da saída anterior. <b>2.2. Total de Saídas:</b> ver a ficha número 02.

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Recepção Internação
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b> <b>Número de reinternações não programadas pela mesma causa ou causa associada até 15 dias da alta hospitalar:</b> É coletado via sistema ou através de relatório, onde são listados todos os pacientes nesta situação . <b>Número de internações:</b> É coletado via sistema ou através de relatório.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b> Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 15</b>
<b>Indicador: Taxa de Reingresso na UTI-Adulto durante a mesma internação</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar as reinternações na UTI-Adulto
<b>1. Cálculo:</b>
<p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{\text{Número de reingressos na UTI Adulto durante a mesma internação}}{\text{Número de saídas da UTI Adulto}} \times 100</math></p> <p><b>1.2 Unidade:</b> %</p>
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de reingressos na UTI-Adulto durante a mesma internação e o número de saídas da UTI-Adulto no mesmo período.
<b>2.1 Número de reingresso na UTI Adulto durante a mesma internação:</b> É o número de reingressos UTI Adulto durante a mesma internação.
<b>2.2 Número de saída da UTI Adulto:</b> É o número total de saídas da UTI (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> UTI
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de reingresso da UTI-Adulto durante a mesma internação:</b> São coletados mensalmente através de planilha ou gerada através do sistema, preenchida pelo enfermeiro responsável da unidade.
<b>Número de saída da UTI-Adulto:</b> São coletados mensalmente através de planilha (excel) gerada através do sistema, preenchida pela enfermeira responsável da unidade.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 16</b>
<b>Indicador: Índice de Exames Laboratoriais por Internação</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a quantidade de exames laboratoriais realizados por paciente internado
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de exames laboratoriais}}{\text{Total de saídas}}$
<b>1.2 Unidade:</b> Exames por paciente
<b>2. Definição:</b>
Relação entre o número de exames laboratoriais e o total de saídas.
<b>2.1 Número de exame laboratorial:</b> É o número total de exames laboratoriais realizados em pacientes internados (não considerar exames de pacientes ambulatoriais e pronto socorro). O hemograma completo deverá ser contabilizado como um exame. O número de itens para este exame dependerá da metodologia adotada pelo hospital.
<b>2.2 Total de saídas:</b> Ver a ficha número 02.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> S.A.D.T.
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de exames laboratoriais:</b> São lançados diariamente no sistema pelo setor de laboratório, nesses lançamentos são discriminadas as origens dos exames de pronto socorro, ambulatório, ou internado, quando compiladas as informações se obtém o número total de exames realizados. Considerar somente paciente internados. O dado deverá ter como base as informações coletadas pelo Faturamento.
<b>Total de saídas:</b> São contabilizadas pelo sistema ou através de relatório que é o número de saídas dos pacientes internados, seja ela por alta, óbito, ou transferência externa.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 17</b>
<b>Indicador: Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a quantidade de exames de diagnóstico por imagem realizados por paciente internado
<b>1. Cálculo</b>
<p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{\text{Número de exames de diagnóstico por imagem}}{\text{Total de saídas}}</math></p> <p><b>1.2 Unidade:</b> Exames por paciente</p>
<p><b>2. Definição:</b> Relação entre o número de exames de diagnóstico por imagem e o total de saídas.</p> <p><b>2.1 Número de exames de diagnóstico por imagem:</b> É o número total de exames de diagnóstico por imagem realizados em pacientes internados independente do local da realização. (não considerar exames de pacientes ambulatoriais e pronto socorro: não considerar procedimentos, por exemplo: endoscopia, colonoscopia etc).</p> <p><b>2.2 Total de saídas:</b> Ver a ficha número 02.</p>

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> S.A.D.T.
<p><b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b></p> <p><b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b> <b>Número de exames de diagnóstico por imagem:</b> São lançados diariamente pelos setores de RX, US, TC, RMN, nesses lançamentos são discriminadas as origens dos exames, quando compiladas as informações se obtém o número total de exames realizados. <b>Total de saídas:</b> São contabilizadas pelo sistema ou através do relatório que é o número de saídas dos pacientes internados.</p>
<p><b>4. Periodicidade:</b></p> <p><b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral</p> <p><b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral</p> <p><b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”</p>
<p><b>5. Partes interessadas:</b> Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.</p>

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 18</b>
<b>Indicador: Taxa de Cesáreas</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a quantidade de cesáreas realizadas
<b>1. Cálculo:</b>
<p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{\text{Número de cesáreas}}{\text{Número de partos}} \times 100</math></p> <p><b>1.2 Unidade:</b> %</p>
<p><b>2. Definição:</b> Relação percentual entre o número de cesáreas e o número de partos.</p> <p><b>2.1 Número de cesáreas:</b> É o número total de cesáreas em um período. O número de cesáreas não poderá ser superior ao número de partos.</p> <p><b>2.2 Número de partos:</b> É a soma de <u>todos</u> os partos ocorridos em um período: normais, cesáreas e fórceps.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não considerar aborto (nascidos com menos de 500 gramas ou com menos de 20 semanas).</li> </ul>

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Maternidade
<p><b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b></p> <p><b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>  <b>Número de cesárea:</b> É coletado mensalmente através do livro de registro da maternidade que nele contém todos os registros dos partos ocorridos no hospital com os dados das mães e recém-nascidos.  <b>Número de partos:</b> Também é coletado mensalmente do livro de registro da maternidade.</p>
<p><b>4. Periodicidade:</b></p> <p><b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral  <b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral  <b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”</p>
<p><b>5. Partes interessadas:</b>  Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.</p>

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 19</b>
<b>Indicador: Taxa de Cesáreas em Primíparas</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a quantidade de cesáreas realizadas no primeiro parto
<b>1. Cálculo:</b>
<p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{\text{Número de cesáreas em primíparas}}{\text{Número de partos em primíparas}} \times 100</math></p> <p><b>1.2 Unidade:</b> %</p>
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de cesáreas em primíparas e o número de partos em primíparas (primeiro parto).
<b>2.1 Número de cesáreas em primíparas:</b> É o número total de cesáreas em primíparas (primeiro parto) ocorridos dentro de um período. Este número não poderá ser superior ao número de partos em primíparas.
<b>2.2 Número de partos em primíparas:</b> É a soma de <u>todos</u> os partos em primíparas ocorridos no mês: normais, cesáreas, fórceps e outros.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Maternidade
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de cesáreas em primíparas:</b> É coletado mensalmente através da DNV (declaração de nascido vivo) preenchida pela enfermeira obstetra, contendo todos os dados da mãe e do recém-nascido.
<b>Número de partos em primíparas:</b> É coletado mensalmente através DNV (declaração de nascido vivo), preenchida pela enfermeira obstetra, contendo todos os dados da mãe e do recém-nascido.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 20</b>
<b>Indicador: Taxa de Apgar no 1º minuto</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar o índice de vitalidade do recém-nascido
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto e o número de nascidos-vivos.
<b>2.1 Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto:</b> É o número de nascidos com Apgar $\geq$ a 7 no 1º minuto, sendo o Apgar valores medidos no primeiro minuto de vida. Esse índice consiste numa escala que varia de zero a dez e se refere à medida de vitalidade do recém-nascido. Essa medida de vitalidade é realizada, em geral, pelo pediatra, neonatologista ou obstetra e leva em consideração um conjunto de características: respiração, cor da pele, batimentos cardíacos, tônus muscular e resposta a estímulos nervosos.
<b>2.2 Número de nascidos vivos:</b> É o número de nascidos vivos através de expulsão ou extração completa do interior do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado, o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Maternidade
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
3.1 Coleta e origem dos dados:
<b>Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto:</b> É coletada através da DNV (declaração de nascido vivo), ou pelos registros do CO, a nota aplicada pelo pediatra ou neonatologista.
<b>Número de nascidos vivos:</b> É coletado mensalmente através do livro de registro da maternidade que contém todos os registros dos partos ocorridos no hospital com os dados das mães e recém-nascidos, nesta informação somamos apenas os nascidos-vivos.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 21</b>
<b>Indicador: Taxa de Apgar no 5º minuto</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar o índice de vitalidade do recém-nascido
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto e o número de nascidos-vivos.
<b>2.1 Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto:</b> É o número de nascidos com Apgar $\geq$ a 7 no 5º minuto, sendo o Apgar valores medidos no quinto minuto de vida. Esse índice consiste numa escala que varia de zero a dez e se refere à medida de vitalidade do recém-nascido. Essa medida de vitalidade é realizada, em geral, pelo pediatra, neonatologista ou obstetra e leva em consideração um conjunto de características: respiração, cor da pele, batimentos cardíacos, tônus muscular e resposta a estímulos nervosos.
<b>2.2 Número de nascidos vivos:</b> Ver a ficha número 20.

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Maternidade
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto:</b> É coletada através da DNV (declaração de nascido vivo), ou pelos registros do CO, a nota aplicada pelo pediatra ou neonatologista.
<b>Número de nascidos vivos:</b> É coletado mensalmente através do livro de registro da maternidade que contém todos os registros dos partos ocorridos no hospital com os dados das mães e recém-nascidos, nesta informação somamos apenas os nascidos-vivos.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 22</b>
<b>Indicador: Taxa de Infecção Hospitalar - TIH</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a taxa de infecção hospitalar
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Total de saídas}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares e o número de saídas no período.
<b>2.1 Número de episódios de infecções hospitalares:</b> É o número total de infecções adquirida após 72h da admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta.
Obs.: Um mesmo paciente pode apresentar um ou mais episódios de Infecção Hospitalar.
<b>2.2 Total de saídas:</b> Ver a ficha número 02.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> SCIH
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de episódios de infecções hospitalares:</b> É coletado através de busca ativa entre os pacientes internados, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção, utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo ministério da saúde, caso seja necessário é realizada a revisão do prontuário.
Para pacientes clínicos não há tempo definido.
Para pacientes cirúrgicos o tempo é de 30 dias em cirurgias e 1 ano se houver implante de prótese.
<b>Total de saídas:</b> São contabilizadas pelo sistema através do relatório que é o número de saídas dos pacientes internados.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 23</b>
<b>Indicador: Densidade de Infecção Hospitalar - DIH</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a taxa de infecção hospitalar
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Total de pacientes-dia}} \times 1000$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação porcentual entre o número de episódios de infecções hospitalares e o total de pacientes-dias no período.
<b>2.1 Número de episódios de infecções hospitalares:</b> Ver a ficha número 22.
<b>2.2 Total de saídas:</b> Ver a ficha número 01.

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> SCIH
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de episódios de infecções hospitalares:</b> É coletado através de busca ativa entre os pacientes internados, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção, utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo ministério da saúde, caso seja necessário é realizada a revisão do prontuário. Para pacientes clínicos não há tempo definido. Para pacientes cirúrgicos o tempo é de 30 dias em cirurgias e 1 ano se houver implante de prótese.
<b>Total de saídas:</b> São contabilizadas pelo sistema através do relatório que é o número de saídas dos pacientes internados.
Obs.: Se o número de episódios de infecção hospitalar informado for “zero” essa informação não será considerada na construção da curva do indicador.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 24</b>
<b>Indicador: Distribuição de Infecção Hospitalar por Clínica/Serviço</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a taxa de infecção hospitalar por clínicas
<p><b>1. Cálculo:</b></p> <p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{\text{Número de episódios de infecções hospitalares por clínica}}{\text{Saídas por clínica}} \times 100</math></p> <p><b>1.2 Unidade:</b> %</p>
<p><b>2. Definição:</b> Relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares por clínica e o número de saídas por clínica no período.</p> <p><b>2.1 Número de episódios de infecções hospitalares por clínica:</b> É o número total de infecções adquirida após 72 horas da admissão do paciente na em determinada clínica e que se manifesta durante a internação ou após a alta. Obs:Um mesmo paciente pode apresentar um ou mais episódios de infecções hospitalares.</p> <p><b>2.2 Saídas por clínicas:</b> É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa interna ou óbito. <i>Transferência interna:</i> Mudança de um paciente de uma clínica para outra, por exemplo, da clínica médica para a cirúrgica. O paciente não recebe alta e não é realizada nova internação, ou seja, a permanência do paciente dentro do hospital corresponde a uma única internação, em diferentes clínicas.</p>

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> SCIH
<p><b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b></p> <p><b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b> <b>Número de episódios de infecções hospitalares por clínica:</b> É coletado através de busca ativa entre os pacientes internados em determinada clínica, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção, utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo ministério da saúde, caso seja necessário é realizada a revisão do prontuário. Para pacientes clínicos não há tempo definido. Para pacientes cirúrgicos o tempo é de 30 dias em cirurgias e 1 ano se houver implante de prótese. <b>Saídas por clínica:</b> São contabilizadas pelo sistema ou planilha.</p>
<p><b>4. Periodicidade:</b></p> <p><b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral</p> <p><b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral</p> <p><b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”</p>
<p><b>5. Partes interessadas:</b> Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.</p>

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 25</b>
<b>Indicador: Distribuição Percentual de Infecção Hospitalar por Localização Topográfica</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar os casos de infecção por localização topográfica
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de episódios de infecções hospitalares por localização topográfica}}{\text{Total de episódios de infecções hospitalares}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares por localização topográfica e o número de episódios de Infecção Hospitalar no período.
<b>2.1 Número de infecções hospitalares por localização topográfica:</b> É o número total de infecções adquirida após 72h da admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta nas diferentes localizações: Sistêmica, Acesso Vascular, Cutânea, Gastrointestinal, Ferida Cirúrgica, Pneumonia, Trato Urinário e Outras.
<b>2.2 Total de episódios de infecções hospitalares:</b> É o número total de infecções adquirida após 72h da admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta. Obs:Um mesmo paciente pode apresentar um ou mais episódios de infecção hospitalar.

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> SCIH
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de episódios de infecções hospitalares por localização topográfica:</b> É coletado através de busca ativa e seguindo os critérios estabelecidos pelo ministério da saúde.
<b>Total de episódios de infecções hospitalares:</b> É coletado através de busca ativa entre os pacientes internados, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção, utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo ministério da saúde, caso seja necessário é realizada a revisão do prontuário.
Para pacientes clínicos não há tempo definido.
Para pacientes cirúrgicos o tempo é de 30 dias em cirurgias e 1 ano se houver implante de prótese.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 26</b>
<b>Indicador: Agentes Microbianos Identificados nos Casos de Infecção Hospitalar</b>
<b>Objetivo:</b> Identificar as causas mais frequentes de infecções
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de casos por agente microbiano}}{\text{Total de episódios de infecções hospitalares}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de casos por agente microbiano e o número de episódios de infecções hospitalares no período.
<b>2.1 Número de casos por agente microbiano:</b> É o número total de microorganismos recuperados dos casos de infecção hospitalar.
<b>2.2 Número de episódios de infecções hospitalares:</b> É o número total de infecções adquiridas após 72 horas da admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta.
Obs: Um mesmo paciente pode apresentar um ou mais episódios de infecção hospitalar.

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> SCIH
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de caso por agente microbiano:</b> É identificado a partir dos resultados dos exames de cultura positiva, que são realizados pelo laboratório.
<b>Número de episódios de infecções hospitalares:</b> É coletado através de busca ativa entre os pacientes internados, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção, utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo ministério da saúde, caso seja necessário é realizada a revisão do prontuário.
Para pacientes clínicos não há tempo definido.
Para pacientes cirúrgicos o tempo é de 30 dias em cirurgias e um ano se houver implante de prótese.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 27</b>
<b>Indicador: Relação Enfermeiro/Leito</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar o número de enfermeiros por leito
<b>1. Cálculo:</b>
<p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{\text{Número de enfermeiros}}{\text{Número de leitos}}</math></p> <p><b>1.2 Unidade:</b> Enfermeiro por leito</p>
<b>2. Definição:</b>
Relação entre o número de enfermeiros e o número de leitos.
<b>2.1 Número de enfermeiros:</b> É o número total de enfermeiros registrados no COREN, independente do vínculo empregatício e que estejam ligados a área assistencial. Não incluir afastados por mais de 15 dias.
<b>2.2 Número de leitos:</b> Ver a ficha número 04.

## Operacionalização

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

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 28</b>
<b>Indicador: Relação Enfermagem/Leito</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar o número de pessoal de enfermagem por leito
<p><b>1. Cálculo:</b></p> <p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{\text{Número de pessoal de enfermagem}}{\text{Número de leitos}}</math></p> <p><b>1.2 Unidade:</b> Pessoal de enfermagem por leito</p>
<p><b>2. Definição:</b> Relação entre o número de pessoal de enfermagem e o número de leitos.</p> <p><b>2.1 Número de pessoal de enfermagem:</b> É o número total de pessoal de enfermagem (somente incluir técnicos, auxiliares de enfermagem registrados no COREN), independente do vínculo empregatício. Não incluir afastados por mais de 15 dias.</p> <p><b>2.2 Número de leitos:</b> Ver a ficha número 04.</p>

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Recursos Humanos
<p><b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b></p> <p><b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>  <b>Número de pessoal de enfermagem:</b> O RH preenche em uma planilha (excel) a quantidade de Técnicos e Auxiliares de enfermagem registrados no COREN independente do tipo de vínculo empregatício.  <b>Número de leitos:</b> É controlado pelo setor de Internação através da planilha (excel) de leitos-dia.</p>
<p><b>4. Periodicidade:</b></p> <p><b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral  <b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral  <b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”</p>
<p><b>5. Partes interessadas:</b> Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.</p>

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

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

## Operacionalização

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

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 30</b>
<b>Indicador: Taxa de Absenteísmo</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar as horas ausentes dos funcionários
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de horas/homem ausentes}}{\text{Número de horas/homem trabalhadas}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação percentual entre o número de horas/homem ausentes e o número de horas/homem trabalhadas.
<b>2.1 Número de horas/homem ausentes:</b> É o número mensal de horas ausentes dos funcionários próprios em qualquer regime de contratação do hospital pelo número de horas que cada um deveria trabalhar. Considerar todas as faltas, inclusive as justificadas.
<b>Não incluir:</b> férias e licenças legais (acima de 15 dias ininterruptos).
<b>2.2 Número de horas/homem trabalhadas:</b> É o número total de horas trabalhadas de funcionários próprios do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho.
Não incluir médicos (CLT ou não) em função assistencial.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados::</b> Recursos Humanos
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de horas/homem ausentes:</b> É preenchido pelo RH em uma planilha com os dados extraídos do sistema e enviado mensalmente.
<b>Número de horas/homem trabalhadas:</b> É preenchido pelo RH em uma planilha com os dados extraídos do sistema e enviado mensalmente.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 31</b>
<b>Indicador: Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a rotatividade dos funcionários do hospital
<b>1. Cálculo:</b>
<p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{(\text{Número de admissões} + \text{desligamentos})/2}{\text{Número de funcionários ativos no cadastro do hospital}} \times 100</math></p> <p><b>1.2 Unidade:</b> %</p>
<b>2. Definição:</b>
<p>Relação percentual entre a soma de admissões e desligamento dividido por dois, e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital.</p> <p><b>2.1 Número de admissões:</b> É o número total de funcionários admitidos no mês.</p> <p><b>2.2 Número de desligamentos:</b> É o número total de funcionários próprios desligados do hospital no mês.</p> <p><b>Incluir:</b> demissões espontâneas e/ou provocadas pelo hospital.</p> <p><b>2.3 Número de funcionários ativos no cadastro do hospital:</b> É o número total de pessoas que compõem a força de trabalho independente do vínculo empregatício (CLT, CLF, RJFP, Cooperados e Autônomos). Incluir apenas empresas prestadoras de serviços exclusivos do hospital.</p> <p><b>OBS.:</b> Não incluir os médicos em função assistencial. Não incluir médicos dos hospitais de corpo clínico aberto, que no modelo são considerados clientes. Não incluir as pessoas que trabalham menos de 20 horas semanais.</p> <p><b>Força de trabalho:</b> Pessoas que compõem uma organização e que contribuem para a consecução de suas estratégias, objetivos e metas, tais como empregados em tempo integral ou parcial, temporários, autônomos e contratados de terceiros que trabalham sob a coordenação direta da organização.</p>

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Recursos Humanos
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de desligamentos:</b> É preenchido pelo RH e enviado mensalmente.
<b>Número de funcionários contratados:</b> É preenchido pelo RH e enviado mensalmente.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 32</b>
<b>Indicador: Taxa de Acidente de Trabalho</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar o número de acidentes de trabalho
<b>1. Cálculo:</b>
<p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{\text{Número de acidentes de trabalho}}{\text{Número de funcionários ativos no cadastro do hospital}} \times 100</math></p> <p><b>1.2 Unidade:</b> %</p>
<p><b>2. Definição:</b> Relação percentual entre o número de acidentes de trabalho e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital.</p> <p><b>2.1 Número de acidentes de trabalho:</b> É o número total de acidentes de trabalho na força de trabalho independente do vínculo empregatício (CLT, CLF, RJFP, Cooperados e Autônomos), ocorridos durante o mês.</p> <p><b>OBS:</b> Não incluir acidentes de percurso.</p> <p><b>2.2 Número de funcionários ativos no cadastro do hospital:</b> ver a ficha número 31.</p>

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Segurança do Trabalho
<p><b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b></p> <p><b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>  <b>Número de acidentes de trabalho:</b> É coletado através de busca ativa e preenchido uma planilha pelo RH e enviado mensalmente.  <b>Número de funcionários contratados:</b> É preenchido uma planilha pelo RH e enviado mensalmente.</p>
<p><b>4. Periodicidade:</b></p> <p><b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral  <b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral  <b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”</p>
<p><b>5. Partes interessadas:</b> Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.</p>

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 33</b>
<b>Indicador: Índice de Treinamento</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar as atividades de treinamentos do hospital
<b>1. Cálculo:</b>
<p><b>1.1 Fórmula:</b> <math display="block">\frac{(\text{Número funcionários ouvintes no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + (\text{Número funcionários ouvintes no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes no curso n} \times \text{carga horária curso n})}{\text{Número de horas/homem trabalhadas}} \times 1000</math></p>
<b>1.2 Unidade:</b> Horas/homem treinadas por 1000 horas/homem trabalhadas.
<b>2. Definição:</b>
Relação entre o número de horas dos funcionários ouvintes nos cursos e o número de horas trabalhadas.
<b>2.1 Número de funcionários ouvintes em todos os cursos do hospital:</b> É a somatória de todos os funcionários ouvintes dos cursos no período determinado.
Obs: Caso o colaborador participe de vários cursos, será computado o total de horas de todos os cursos.
<b>2.2 Carga horária do curso:</b> É a somatória das horas de todos os cursos ministrados no período determinado. Deverão ser contabilizados cursos realizados no hospital; cursos externos pagos integralmente pelo hospital e treinamento para operação de novos equipamentos. Os cursos de graduação, pós-graduação financiados pelo hospital deverão ser informados na época da sua conclusão. Não incluir: reuniões e reunião promocional de produtos.
<b>2.3 Número de horas/homem trabalhadas:</b> É o número de funcionários ativos no cadastro do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Recursos Humanos
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de funcionários ouvintes em todos os cursos do hospital:</b> É coletado através do formulário “Planilha de Treinamento” que esta disponível em toda instituição. A pessoa responsável pelo treinamento deverá preencher e devolver à Gerência de Qualidade para compilação dos dados.
<b>Carga horária dos cursos:</b> É coletado através do formulário “Planilha de Treinamento”.
<b>Número de horas/homem trabalhadas:</b> É preenchido pelo RH em uma planilha com os dados extraídos do sistema e enviado mensalmente.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 34</b>
<b>Indicador: Atividades de Treinamento por Setor</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar as atividades de treinamentos no hospital por setor
<b>1. Cálculo:</b>
<p><b>1.1 Fórmula:</b></p> $\frac{(\text{Número funcionários ouvintes do setor no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + (\text{Número funcionários ouvintes do setor no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes do setor no curso n} \times \text{carga horária curso n})}{(\text{Número funcionários ouvintes no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + (\text{Número funcionários ouvintes no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes no curso n} \times \text{carga horária curso n})} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação entre o número de horas dos funcionários treinados por setor em determinado período e o número total de horas/homem treinadas no período.
<b>2.1 Número de funcionários ouvintes por setor:</b> São todos os funcionários ouvintes por setor, dos cursos (treinamentos) no período determinado. Ver Anexo 1.
<b>2.2 Carga horária do curso:</b> É a somatória de horas de cada curso ministrado no período.
<b>2.3 Número de funcionários ouvintes em cada curso:</b> É a somatória de todos os funcionários ouvintes do curso.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b> Recursos Humanos
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
<b>Número de funcionários ouvintes por setor em todos os cursos do hospital:</b> É coletado através do formulário “Planilha de Treinamento” que esta disponível em toda instituição. A pessoa responsável pelo treinamento deverá preencher e devolver a Gerência de Qualidade para compilação dos dados.
<b>Carga horária dos cursos:</b> É coletado através do formulário “Planilha de Treinamento”.
<b>Número de funcionários ouvintes em todos os cursos:</b> É coletado através do formulário “Planilha de Treinamento” que esta disponível em toda instituição. A pessoa responsável pelo treinamento deverá preencher e devolver a Gerência de Qualidade para compilação dos dados.
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 35</b>
<b>Indicador: Taxa de Preenchimento das Avaliações pelo Usuário</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar o retorno das avaliações pelos usuários
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Número de avaliações preenchidas}}{\text{Total de saídas}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b> Relação percentual entre o número de avaliações preenchidas e o total de saídas no mês.
<b>2.1 Número de avaliações preenchidas:</b> É a somatória dos impressos que foram preenchidos pelos pacientes internados ou pelos respectivos acompanhantes.
<b>2.2 Total de saídas:</b> Ver a ficha número 02.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b>
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b> O setor responsável pela consolidação dos questionários, pelas planilhas e por sua digitação deverá preencher a planilha CQH 06-01
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral “CQH”
<b>5. Partes interessadas:</b> Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 36</b>
<b>Indicador: Taxa de Satisfação dos Clientes Internados</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a satisfação dos clientes internados
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Total de avaliações preenchidas com ótimo e bom}}{\text{Total de avaliações preenchidas corretamente}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação porcentual entre o total de avaliações preenchidas com ótimo e bom e o total de avaliações preenchidas com ótimo, bom, ruim e péssimo.
<b>2.1 Total de avaliações preenchidas com ótimo e bom:</b> É a somatória dos itens preenchidos com ótimo e bom nos requisitos: atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto e roupa de cama
<b>2.2 Total de avaliações preenchidas corretamente (com ótimo, bom, ruim e péssimo):</b> É a somatória dos itens preenchidos com ótimo, bom, ruim e péssimo nos requisitos: atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto e roupa de cama
Obs.: Não serão consideradas as avaliações em branco ou com múltiplas opções para o mesmo requisito.

## Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b>
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b>
O setor responsável pela consolidação dos questionários, pelas planilhas e por sua digitação deverá preencher a planilha CQH 06-01
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral "CQH"
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

<b>Ficha número 37</b>
<b>Indicador: Taxa de Insatisfação dos Clientes Internados</b>
<b>Objetivo:</b> Acompanhar a insatisfação dos clientes internados
<b>1. Cálculo:</b>
<b>1.1 Fórmula:</b> $\frac{\text{Total de avaliações preenchidas com ruim e péssimo}}{\text{Total de avaliações preenchidas corretamente}} \times 100$
<b>1.2 Unidade:</b> %
<b>2. Definição:</b>
Relação porcentual entre o total de avaliações preenchidas com ruim e péssimo e o total de avaliações preenchidas com ótimo, bom, ruim e péssimo.
<b>2.1 Total de avaliações preenchidas com ruim e péssimo:</b> É a somatória dos itens preenchidos com ruim e péssimo nos requisitos: atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto e roupa de cama
<b>2.2 Total de avaliações preenchidas corretamente:</b> Ver a ficha número 36.

### Operacionalização

<b>Setor responsável pelos dados:</b>
<b>3. Metodologia de Apuração do Indicador</b>
<b>3.1 Coleta e origem dos dados:</b> O setor responsável pela consolidação dos questionários, pelas planilhas e por sua digitação deverá preencher a planilha CQH 06-01
<b>4. Periodicidade:</b>
<b>4.1 Compilação e apuração:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.2 Apresentação para as partes interessadas:</b> ( ) Diário, ( ) Mensal, ( ) Trimestral
<b>4.3 Apresentação Institucional:</b> ( ) Mensal, ( ) Trimestral "CQH"
<b>5. Partes interessadas:</b>
Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.

Data de Origem	Última Revisão	Nº da Revisão	Itens Alterados	Próxima Revisão
02/2009				
❖				

## Anexo 1

### ATIVIDADES DE TREINAMENTO - CLASSIFICAÇÃO DE SERVIÇOS POR SETORES

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