



**CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS**

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

CADERNO DE INDICADORES OBRIGATÓRIOS

CQH	Nome	Data	Visto
Verificado	Jackson Fernando de Rezende Vilela	17/03/2022	
Aprovado		17/03/2022	



Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

1. OBJETIVO	4
2. ABRANGÊNCIA	4
3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA.....	4
4. REFERÊNCIA NORMATIVA	4
5. HISTÓRICO DE REVISÃO	4
6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	5
6.1. Fichas Técnicas dos Indicadores Obrigatório do Roteiro de Avaliação	5
6.1.1. Ficha Número 01 – Taxa de Ocupação Hospitalar	5
6.1.2. Ficha Número 02 – Média de Permanência	6
6.1.3. Ficha Número 03 – Média de Permanência na UTI Adulto.....	7
6.1.4. Ficha Número 04 – Média de Permanência na UTI Neonatal.....	8
6.1.5. Ficha Número 05 – Média de Permanência na UTI Pediátrica.....	9
6.1.6. Ficha Número 06 – Média de Permanência na Clínica Médica.....	10
6.1.7. Ficha Número 07 – Média de Permanência na Clínica Cirúrgica.....	11
6.1.8. Ficha Número 08 – Média de Permanência na Pediatria.....	12
6.1.9. Ficha Número 09 – Média de Permanência na Obstetrícia.....	13
6.1.10. Ficha Número 10 – Índice de Renovação	14
6.1.11. Ficha Número 11 – Índice de Intervalo de Substituição.....	15
6.1.12. Ficha Número 12 – Taxa de Mortalidade Institucional	16
6.1.13. Ficha Número 13 – Taxa de Mortalidade Operatória	17
6.1.14. Ficha Número 14 – Taxa de Cirurgia Suspensa	18
6.1.15. Ficha Número 15 – Taxa de Reinternação Não Programada.....	19
6.1.16. Ficha Número 16 – Taxa de Reingresso na UTI Adulto na Mesma Internação	20
6.1.17. Ficha Número 17 – Índice de Exames Laboratoriais por Internação	21
6.1.18. Ficha Número 18 – Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação	22
6.1.19. Ficha Número 19 – Taxa de Cesáreas.....	23
6.1.20. Ficha Número 20 – Taxa de Cesáreas em Primíparas	24
6.1.21. Ficha Número 21 – Taxa de Apgar ≥ 7 no 1º Minuto.....	25
6.1.22. Ficha Número 22 – Taxa de Apgar ≥ 7 no 5º Minuto.....	26



**CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS**

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.23.	Ficha Número 23 – Taxa de Mortalidade Neonatal.....	27
6.1.24.	Ficha Número 24 – Taxa de IRAS	28
6.1.25.	Ficha Número 25 – Densidade de Infecção Hospitalar	29
6.1.26.	Ficha Número 26 – Relação de Enfermeiro por Leito.....	30
6.1.27.	Ficha Número 27 – Relação de Equipe de Enfermagem por Leito.....	31
6.1.28.	Ficha Número 28 – Relação de Pessoal por Leito	32
6.1.29.	Ficha Número 29 – Taxa de Absenteísmo de Contratados	33
6.1.30.	Ficha Número 30 – Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos	34
6.1.31.	Ficha Número 31 – Taxa de Acidente de Trabalho dos Contratados Ativos	35
6.1.32.	Ficha Número 32 – Índice de Hora de Treinamento por Funcionário	36
6.1.33.	Ficha Número 33 – Taxa de Médicos com Título de Especialista	37
6.1.34.	Ficha Número 34 – Taxa de Preenchimento das Avaliações pelo Usuário.....	38
6.1.35.	Ficha Número 35 – Taxa de Reclamação.....	39
6.1.36.	Ficha Número 36 – Incidência de Queda de Paciente na Internação.....	40
6.1.37.	Ficha Número 37 – Incidência de Lesão por Pressão – UTI Adulto.....	41
6.1.38.	Ficha Número 38 – Índice de Consumo de Energia Elétrica por Paciente-Dia	42
6.1.39.	Ficha Número 39 – Índice de Consumo de Água por Paciente-Dia	43
6.1.40.	Ficha Número 40 – Índice de Resíduos Recicláveis por Paciente-Dia	44
6.1.41.	Ficha Número 41 – Índice de Resíduos Infectantes por Paciente-Dia.....	45



**CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS**

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

1. OBJETIVO

Este caderno destina-se a informar e orientar os hospitais participantes do Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar quanto aos indicadores a serem enviados mensalmente no Sistema CQH.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento destina-se a todas as partes interessadas do CQH, Organizações de Saúde, Associação Paulista de Medicina (APM), Sociedade Paulista de Medicina Preventiva e Administração em Saúde (SOMPAS) e Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde (ABRAMPAS).

3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

3º Caderno de Indicadores CQH – 2009 / Programa CQH – São Paulo: APM / CREMESP, 2009,92p.
Manual de Indicadores de Enfermagem – NAGEH/CQH. – 2ª.ed. São Paulo: APM / CREMESP, 2012.60p.
Livro Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Hospitalar – Manual de Orientação aos Hospitais Participantes – 3ª Edição – Editora Atheneu, 2001.

4. REFERÊNCIA NORMATIVA

Modelo de Excelência da Gestão – 21ª Edição – FNQ – Outubro, 2016.

Modelo de Excelência da Gestão – MEG Saúde - 21ª Edição – FNQ – Abril, 2019.

Transformando o Sistema de Indicadores – Avaliação do Desempenho global sob a Ótica do MEG – 1ª Edição – FNQ – São Paulo, 2015.

Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002.

Resoluções RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004 e RDC nº 222, de 28 de março de 2018.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

Revisão	Elaborado	Verificado	Aprovado	Data	Descrição da revisão
0	Marcia	Jackson / Yoná		23/03/21	Emissão inicial.
1	Marcia	Jackson		08/06/21	Revisão das fichas número 38, 39, 40 e 41.
2	Marcia	Jackson		15/06/21	Revisão da ficha número 33.
3	Marcia	Jackson		28/09/21	Alteração do logo CQH
4	Marcia	Jackson		06/12/21	Alteração da ficha 18
5	Marcia	Jackson		17/03/22	Revisão da definição das fichas número 23, 38, 39, 40 e 41
6	Marcia			11/11/22	Alteração do título do procedimento



6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

6.1. Fichas Técnicas dos Indicadores Obrigatório do Roteiro de Avaliação

6.1.1. Ficha Número 01 – Taxa de Ocupação Hospitalar

Objetivo:	Medir o grau de ocupação do hospital
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de pacientes-dia}}{\text{Número de leitos-dia}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>Relação porcentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período.</p> <p>Número de pacientes-dia: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída. Não confundir pacientes-dia com diárias hospitalares.</p> <p>Número de leitos-dia: É o número que representa a quantidade de leitos disponíveis para internação em um dia hospitalar. Os leitos-dia correspondem a leitos operacionais ou disponíveis, aí incluídos os leitos extras com pacientes internados acima de 24 horas, o que significa que o número de leitos-dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio e desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras. Não considerar: leitos de observação, recuperação pós-anestésica ou pós-operatória, berços de recém-nascidos saudáveis, leitos de pré-parto e bloqueado por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermagem, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção, Internação, SAME, Enfermagem ou Informática
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de pacientes-dia: É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.	
Número de leitos-dia: É controlado pelo setor de internação através de planilha.	
Periodicidade:	
Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 35 – Internação	

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



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.2. Ficha Número 02 – Média de Permanência

Objetivo:	Acompanhar o tempo de internação dos pacientes
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de pacientes-dia}}{\text{Total de saídas}}$
Unidade:	dia
Definição:	<p>Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados no hospital. Número de pacientes-dia: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída. Não confundir pacientes-dia com diárias hospitalares. Total de saídas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas). O óbito fetal ou natimorto, com menos de 20 semanas, peso menor que 500 gramas (ou 1000 gramas) e sem nenhum sinal de vida (respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical etc.) não deverão ser contabilizados como saídas.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de pacientes-dia:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.
Total de saídas:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório, que é o número de saídas dos pacientes internados.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH: 36 – Internação	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.3. Ficha Número 03 – Média de Permanência na UTI Adulto

Objetivo:	Acompanhar o tempo de internação dos pacientes
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de pacientes-dia da UTI adulto}}{\text{Total de saídas da UTI adulto}}$
Unidade:	dia
Definição:	<p>Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados na UTI Adulto.</p> <p>Número de pacientes-dia da UTI adulto: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado na UTI Adulto durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.</p> <p>Total de saídas da UTI adulto: É o número total de saídas da UTI Adulto (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de pacientes-dia da UTI adulto:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.
Total de saídas da UTI Adulto:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH: 37 – Internação	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.4. Ficha Número 04 – Média de Permanência na UTI Neonatal

Objetivo:	Acompanhar o tempo de internação dos pacientes
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de pacientes-dia da UTI neonatal}}{\text{Total de saídas da UTI neonatal}}$
Unidade:	dia
Definição:	<p>Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados na UTI Neonatal.</p> <p>Número de pacientes-dia da UTI neonatal: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado na UTI Neonatal durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.</p> <p>Total de saídas da UTI neonatal: É o número total de saídas da UTI Neonatal (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de pacientes-dia da UTI neonatal:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.
Total de saídas da UTI neonatal:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	38 – Internação



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.5. Ficha Número 05 – Média de Permanência na UTI Pediátrica

Objetivo:	Acompanhar o tempo de internação dos pacientes
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de pacientes-dia da UTI pediátrica}}{\text{Total de saídas da UTI pediátrica}}$
Unidade:	dia
Definição:	<p>Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados na UTI Pediátrica.</p> <p>Número de pacientes-dia da UTI pediátrica: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado na UTI Pediátrica durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.</p> <p>Total de saídas da UTI pediátrica: É o número total de saídas da UTI Pediátrica (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de pacientes-dia da UTI Pediátrica:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.
Total de saídas da UTI pediátrica:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	39 – Internação



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.6. Ficha Número 06 – Média de Permanência na Clínica Médica

Objetivo:	Acompanhar o tempo de internação dos pacientes
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de pacientes-dia da clínica médica}}{\text{Total de saídas da clínica médica}}$
Unidade:	dia
Definição:	<p>Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados na Clínica Médica.</p> <p>Número de pacientes-dia da clínica médica: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado na Clínica Médica durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.</p> <p>Total de saídas da clínica médica: É o número total de saídas da Clínica Médica (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de pacientes-dia da clínica médica:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.
Total de saídas da clínica médica:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	41 – Internação



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.7. Ficha Número 07 – Média de Permanência na Clínica Cirúrgica

Objetivo:	Acompanhar o tempo de internação dos pacientes
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de pacientes-dia da clínica cirúrgica}}{\text{Total de saídas da clínica cirúrgica}}$
Unidade:	dia
Definição:	<p>Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados na Clínica Cirúrgica.</p> <p>Número de pacientes-dia da clínica cirúrgica: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado na Clínica Cirúrgica durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.</p> <p>Total de saídas da clínica cirúrgica: É o número total de saídas da Clínica Cirúrgica (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de pacientes-dia da clínica cirúrgica:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.
Total de saídas da clínica cirúrgica:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	42 – Internação



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.8. Ficha Número 08 – Média de Permanência na Pediatria

Objetivo:	Acompanhar o tempo de internação dos pacientes
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de pacientes-dia da pediatria}}{\text{Total de saídas da pediatria}}$
Unidade:	dia
Definição:	<p>Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados na Pediatria. Número de pacientes-dia da pediatria: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado na Pediatria durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída. Total de saídas da pediatria: É o número total de saídas da Pediatria (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de pacientes-dia da pediatria:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.
Total de saídas da pediatria:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	43 – Internação



6.1.9. Ficha Número 09 – Média de Permanência na Obstetrícia

Objetivo:	Acompanhar o tempo de internação dos pacientes
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de pacientes-dia da obstetrícia}}{\text{Total de saídas da obstetrícia}}$
Unidade:	dia
Definição:	<p>Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados na Obstetrícia.</p> <p>Número de pacientes-dia da obstetrícia: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado na Obstetrícia durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.</p> <p>Total de saídas da obstetrícia: É o número total de saídas da Obstetrícia (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de pacientes-dia da obstetrícia:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.
Total de saídas da obstetrícia:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	44 – Internação



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.10. Ficha Número 10 – Índice de Renovação

Objetivo:	Acompanhar quantos pacientes ocuparam o mesmo leito no período
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Total de saídas}}{\text{Número de leitos}}$
Unidade:	Pacientes-leito
Definição:	<p>Relação entre o total de saídas e o número de leitos no período.</p> <p>Total de saídas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas). O óbito fetal ou natimorto, com menos de 20 semanas, peso menor que 500 gramas (ou 1000 gramas) e sem nenhum sinal de vida (respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical etc.) não deverão ser contabilizados como saídas.</p> <p>Número de leitos: Contabilizar todos os leitos disponíveis com internação acima de 24 horas. Desconsiderar 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).</p> <p>Leito operacional: É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Total de saídas: São contabilizadas pelo sistema através do relatório.	
Número de leitos: São os leitos disponíveis diariamente para a internação, ou seja, com os quais o hospital está efetivamente operando com os pacientes, sendo controlados pelo setor de Internação.	
Periodicidade:	
Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 45 – Internação	



**CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS**

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.11.Ficha Número 11 – Índice de Intervalo de Substituição

Objetivo:	Acompanhar dias de ociosidade dos leitos
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{(1 - \text{Taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{tempo médio de permanência}}{\text{Taxa de ocupação hospitalar}}$
Unidade:	dia
Definição:	Relação de um menos a taxa de ocupação hospitalar multiplicado pelo tempo médio de permanência; dividido pela taxa de ocupação hospitalar. Taxa de ocupação hospitalar: Ver ficha número 01. Tempo médio de permanência: Ver ficha número 02.
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Taxa de ocupação hospitalar:	Ver ficha número 01.
Tempo médio de permanência:	Ver ficha número 02.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	46 – Internação



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.12. Ficha Número 12 – Taxa de Mortalidade Institucional

Objetivo:	Acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de óbitos após 24h de internação}}{\text{Total de saídas}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	Relação porcentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período. Número de óbitos após 24h de internação: É o número total de óbitos que ocorrem após 24 horas da internação. Total de saídas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas). O óbito fetal ou natimorto, com menos de 20 semanas, peso menor que 500 gramas (ou 1000 gramas) e sem nenhum sinal de vida (respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical etc.) não deverão ser contabilizados como saídas.
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de óbitos após 24 horas de internação:	Alimentados pelo setor de internação especificando o horário exato do óbito do paciente ou é coletado do sistema.
Total de saídas:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	47 – Internação



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.13.Ficha Número 13 – Taxa de Mortalidade Operatória

Objetivo:	Acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante ou pós-operatório até 7 dias
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de óbitos operatórios}}{\text{Número de cirurgias realizadas}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>Relação porcentual entre o número de óbitos operatórios e o número de cirurgias realizadas, em determinado período.</p> <p>Número de óbitos operatórios: É o número total de óbitos ocorridos no mês, durante o ato cirúrgico ou pós-operatório até 7 (sete) dias, inclusive em cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambientes cirúrgicos.</p> <p>O óbito após a alta, antes de 7 dias, deverá ser contabilizado. Incluir as cesáreas.</p> <p>Número de cirurgias realizadas: Preencher o número total de cirurgias do mês efetuadas em ambiente cirúrgico (Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Unidade de Cirurgia Ambulatorial). Incluir as cesáreas. Não incluir procedimentos cirúrgicos realizados no PS, UTI ou no Consultório.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Centro Cirúrgico, Hospital Dia Centro Cirúrgico, Ambulatório
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de óbitos operatórios: É coletado mensalmente através do sistema.	
Número de cirurgias realizadas: É coletado mensalmente através de planilha preenchida no centro cirúrgico. São contabilizadas por pacientes e não por procedimentos, isso ocorre devido a alguns pacientes sofrerem em um ato cirúrgico mais de um procedimento.	
Periodicidade:	
Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 48 – Internação	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.14. Ficha Número 14 – Taxa de Cirurgia Suspensa

Objetivo:	Acompanhar as cirurgias suspensas por motivos que não dependeram do paciente
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de cirurgias suspensas por fatores extra pacientes}}{\text{Número de cirurgias agendadas}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>Relação porcentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês.</p> <p>Número de cirurgias suspensas por fatores extra pacientes: É o total de cirurgias suspensas dentro do período analisado cuja causa não dependeu do paciente, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambiente cirúrgico. Ex.: cirurgias suspensas por falta de material, ausência do cirurgião, ausência do anestesista, falta de salas, falta de acomodações, falta de hemocomponentes, erro de agendamento (sem cobertura de convênio). Quando a suspensão ocorre antes da internação, por motivos extra-pacientes, o dado não deve ser contabilizado. Se houver suspensão no dia da cirurgia, a mesma deverá ser contabilizada.</p> <p>Número de cirurgias agendadas: Cirurgias programadas e previamente agendadas.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Centro Cirúrgico, Hospital Dia Centro Cirúrgico, Ambulatório
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de cirurgias suspensas por fatores extra pacientes: É coletado mensalmente através de planilha, preenchida pelo Centro Cirúrgico.	
Número de cirurgias agendadas: É coletado mensalmente através de planilha, preenchida pelo Centro Cirúrgico.	
Periodicidade:	
Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 49 – Internação	



6.1.15.Ficha Número 15 – Taxa de Reinternação Não Programada

Objetivo:	Acompanhar as causas de reinternações até 15 dias após a alta
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar}}{\text{Total de saídas}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>É a relação porcentual entre o número de reinternações não programadas pela mesma causa, ou causa associada, até 15 dias da alta hospitalar e o total de saídas.</p> <p>Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar: É o número total de reinternações não programadas no prazo de 15 dias pela mesma causa da saída anterior.</p> <p>Total de saídas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas). O óbito fetal ou natimorto, com menos de 20 semanas, peso menor que 500 gramas (ou 1000 gramas) e sem nenhum sinal de vida (respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical etc.) não deverão ser contabilizados como saídas.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recepção Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar: É coletado via sistema ou através de relatório, onde são listados todos os pacientes nesta situação.	
Total de saídas: São contabilizadas pelo sistema através do relatório.	
Periodicidade:	
Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 50 – Internação	



6.1.16.Ficha Número 16 – Taxa de Reingresso na UTI Adulto na Mesma Internação

Objetivo:	Acompanhar os reingressos na UTI-Adulto
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de reingressos na UTI adulto durante a mesma internação}}{\text{Total de saídas da UTI adulto}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>É a relação porcentual entre o número de reingressos na UTI Adulto durante a mesma internação e total de saídas da UTI Adulto no mesmo período.</p> <p>Número de reingressos na UTI adulto na mesma internação: É o número de reingressos na UTI Adulto durante a mesma internação.</p> <p>Total de saídas da UTI adulto: É o número total de saídas da UTI (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	UTI
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de reingressos na UTI adulto na mesma internação:	São coletados mensalmente através de planilha ou gerada através do sistema, preenchida pelo enfermeiro responsável da unidade.
Total de saídas da UTI adulto:	São coletados mensalmente através de planilha gerada através do sistema, preenchida pela enfermeira responsável da unidade.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	51 – Internação



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.17. Ficha Número 17 – Índice de Exames Laboratoriais por Internação

Objetivo:	Acompanhar a quantidade de exames laboratoriais realizados por paciente internado
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de exames laboratoriais}}{\text{Total de saídas}}$
Unidade:	exames por paciente
Definição:	<p>Relação entre o número de exames laboratoriais e o total de saídas.</p> <p>Número de exames laboratoriais: 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.</p> <p>Total de saídas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas). O óbito fetal ou natimorto, com menos de 20 semanas, peso menor que 500 gramas (ou 1000 gramas) e sem nenhum sinal de vida (respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical etc.) não deverão ser contabilizados como saídas.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	S.A.D.T
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de exames laboratoriais:	São lançados diariamente no sistema pelo setor de laboratório, nesses lançamentos são discriminadas as origens dos exames de pronto socorro, ambulatório, ou internado, quando compiladas as informações se obtém o número total de exames realizados. Considerar somente paciente internados. O dado deverá ter como base as informações coletadas pelo Faturamento.
Total de saídas:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	52 – Internação



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.18. Ficha Número 18 – Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação

Objetivo:	Acompanhar a quantidade de exames de diagnóstico por imagem realizados por paciente internado
Cálculo:	$\frac{\text{Número de exames diagnóstico por imagem}}{\text{Total de saídas}}$
Fórmula:	
Unidade:	exames por paciente
Definição:	Relação entre o número de exames laboratoriais e o total de saídas. Número de exames de diagnóstico por imagem: É o número total de exames por imagem realizados em pacientes internados (não considerar exames de pacientes ambulatoriais e pronto socorro). Total de saídas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas). O óbito fetal ou natimorto, com menos de 20 semanas, peso menor que 500 gramas (ou 1000 gramas) e sem nenhum sinal de vida (respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical etc.) não deverão ser contabilizados como saídas.
Operacionalização	
Setor responsável:	S.A.D.T
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de exames de diagnóstico por imagem:	São lançados diariamente no sistema pelo setor de laboratório, nesses lançamentos são discriminadas as origens dos exames de pronto socorro, ambulatório, ou internado, quando compiladas as informações se obtém o número total de exames realizados. Considerar somente paciente internados. O dado deverá ter como base as informações coletadas pelo Faturamento.
Total de saídas:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	53 – Internação



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.19.Ficha Número 19 – Taxa de Cesáreas

Objetivo:	Acompanhar a quantidade de cesáreas realizadas
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de cesáreas}}{\text{Número de partos}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	Relação porcentual entre o número de cesáreas e o número de partos. Número de cesáreas: É o número total de cesáreas em um período. O número de cesáreas não poderá ser superior ao número de partos. Número de partos: É a soma de todos os partos ocorridos em um período: normais, cesáreas e fórceps.
Operacionalização	
Setor responsável:	Maternidade
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de cesáreas:	É coletado mensalmente através do livro de registro da maternidade que nele contém todos os registros dos partos ocorridos no hospital com os dados das mães e recém-nascidos.
Número de partos:	É coletado mensalmente do livro de registro da maternidade.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH: 54 – Maternidade	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.20.Ficha Número 20 – Taxa de Cesáreas em Primíparas

Objetivo:	Acompanhar a quantidade de cesáreas realizadas no primeiro parto
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de cesáreas em primíparas}}{\text{Número de partos em primíparas}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	Relação porcentual entre o número de cesáreas em primíparas e o número de partos em primíparas (primeiro parto). Número de cesáreas em primíparas: É o número total de cesáreas em primíparas (primeiro parto) ocorridos dentro de um período. Este número não poderá ser superior ao número de partos em primíparas. Número de partos em primíparas: É coletado mensalmente através DNV (declaração de nascido vivo), preenchida pela enfermeira obstetra, contendo todos os dados da mãe e do recém-nascido.
Operacionalização	
Setor responsável:	Maternidade
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de cesáreas em primíparas:	É coletado mensalmente através da DNV (declaração de nascido vivo) preenchida pela enfermeira obstetra, contendo todos os dados da mãe e do recém-nascido.
Número de partos em primíparas:	É coletado mensalmente através DNV (declaração de nascido vivo), preenchida pela enfermeira obstetra, contendo todos os dados da mãe e do recém-nascido.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	55 – Maternidade



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.21.Ficha Número 21 – Taxa de Apgar >=7 no 1º Minuto

Objetivo:	Acompanhar o índice de vitalidade do recém-nascido
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de nascimentos com Apgar } \geq 7 \text{ no } 1^{\circ} \text{ minuto}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>Relação porcentual entre o número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto e o número de nascidos-vivos.</p> <p>Número de nascimento com Apgar >=7 no 1º minuto: É o número de nascidos com Apgar > 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.</p> <p>Número de nascidos vivos: É o número de nascidos vivos através de expulsão ou extração completa do interior do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado, o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Maternidade
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de nascimento com Apgar >=7 no 1º minuto: É coletada através da DNV (declaração de nascido vivo), ou pelos registros do CO, a nota aplicada pelo pediatra ou neonatologista.	
Número de nascidos vivos: É coletado mensalmente através do livro de registro da maternidade que contém todos os registros dos partos ocorridos no hospital com os dados das mães e recém-nascidos, nesta informação somamos apenas os nascidos-vivos.	
Periodicidade:	
Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 56 – Maternidade	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.22.Ficha Número 22 – Taxa de Apgar >=7 no 5º Minuto

Objetivo:	Acompanhar o índice de vitalidade do recém-nascido
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de nascimentos com Apgar } \geq 7 \text{ no } 5^{\circ} \text{ minuto}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>Relação porcentual entre o número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto e o número de nascidos-vivos.</p> <p>Número de nascimento com Apgar >=7 no 5º minuto: É o número de nascidos com Apgar > a 7 no 5º 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.</p> <p>Número de nascidos vivos: É o número de nascidos vivos através de expulsão ou extração completa do interior do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado, o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Maternidade
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de nascimento com Apgar >=7 no 5º minuto: É coletada através da DNV (declaração de nascido vivo), ou pelos registros do CO, a nota aplicada pelo pediatra ou neonatologista.	
Número de nascidos vivos: É coletado mensalmente através do livro de registro da maternidade que contém todos os registros dos partos ocorridos no hospital com os dados das mães e recém-nascidos, nesta informação somamos apenas os nascidos-vivos.	
Periodicidade:	
Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 57 - Maternidade	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.23.Ficha Número 23 – Taxa de Mortalidade Neonatal

Objetivo:	Acompanhar os totais de óbitos neonatais intra-hospitalar
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de óbitos neonatal}}{\text{Número de recém-nascidos}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	Relação porcentual entre o número de óbitos neonatal e o número de recém-nascidos no período até 28 dias. Número de óbitos neonatal: É o número total de óbitos neonatal ocorridos no período até 28 dias. O natimorto não deverá ser contabilizado. Número de recém-nascidos: É o número total de recém-nascidos ocorridos no mesmo período até 28 dias. O natimorto não deverá ser contabilizado.
Operacionalização	
Setor responsável:	Centro Cirúrgico, Hospital Dia Centro Cirúrgico, Ambulatório
Metodologia de Apuração do Indicador: Coleta e origem dos dados: Número de óbitos neonatal: Para o cálculo do indicador deverá ser considerado o número de óbitos Intra - hospitalar de recém-nascidos. Número de recém-nascidos: Para o cálculo do indicador deverá ser considerado o número total de recém-nascidos no hospital.	
Periodicidade: Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 258 - Maternidade	



6.1.24.Ficha Número 24 – Taxa de IRAS

Objetivo:	Acompanhar a taxa de infecção hospitalar
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de casos de IRAS}}{\text{Total de saídas}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) consistem em eventos adversos persistentes nos serviços, adquiridas durante a prestação dos cuidados de saúde.</p> <p>Número de casos de IRAS: 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.</p> <p>Obs.:Um mesmo paciente pode apresentar um ou mais episódios de Infecção Hospitalar.</p> <p>Total de saídas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas).</p> <p>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	
Setor responsável:	SCIRAS (serviço de controle IRAS)
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de casos de IRAS:	É coletado através de busca ativa entre os pacientes internados, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção, utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo ministério da saúde, caso seja necessário é realizada a revisão do prontuário.
	Para pacientes clínicos não há tempo definido.
	Para pacientes cirúrgicos o tempo é de 30 dias em cirurgias e 1 ano se houver implante de prótese.
Total de saídas:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório.
Periodicidade:	
	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral
	Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral
	Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	425 – IRAS



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.25.Ficha Número 25 – Densidade de Infecção Hospitalar

Objetivo:	Acompanhar a taxa de infecção hospitalar
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de casos de IRAS}}{\text{Número de pacientes-dia}} \times 1000$
Unidade:	%
Definição:	<p>Relação porcentual entre o número de episódios de infecções hospitalares e o total de pacientes-dias no período.</p> <p>Número de casos de IRAS: 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.</p> <p>Número de pacientes-dia: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída. Não confundir pacientes-dia com diárias hospitalares.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	SCIRAS (serviço de controle IRAS)
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de casos de IRAS:	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.
Número de pacientes-dia:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório. Obs.: Se o número de episódios de infecção hospitalar informado for "zero" essa informação não será considerada na construção da curva do indicador.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH: 705 – IRAS	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.26. Ficha Número 26 – Relação de Enfermeiro por Leito

Objetivo:	Acompanhar o número de enfermeiros por leito
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de enfermeiros}}{\text{Número de leitos}}$
Unidade:	enfermeiro por leito
Definição:	<p>Relação entre o número de enfermeiros e o número de leitos.</p> <p>Número de enfermeiros: É o número total de enfermeiros registrados no COREN, independente do vínculo empregatício e que estejam ligados a área assistencial. Não incluir afastados por mais de 15 dias.</p> <p>Número de leitos: Contabilizar todos os leitos disponíveis com internação acima de 24 horas. Desconsiderar 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).</p> <p>Leito operacional: É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recursos Humanos
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de enfermeiros: O RH preenche em uma planilha a quantidade de enfermeiros em exercício no hospital em função assistencial independente do tipo de vínculo empregatício.	
Número de leitos: São os leitos disponíveis diariamente para a internação, ou seja, com os quais o hospital está efetivamente operando com os pacientes, sendo controlados pelo setor de Internação.	
Periodicidade:	
Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 118 – Pessoas	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.27. Ficha Número 27 – Relação de Equipe de Enfermagem por Leito

Objetivo:	Acompanhar o número equipes de enfermagem por leito
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de equipes de enfermagem}}{\text{Número de leitos}}$
Unidade:	equipe de enfermagem por leito
Definição:	<p>Relação entre o número de equipes de enfermagem e o número de leitos.</p> <p>Número de equipe de enfermagem: É o número total de equipe 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>Número de leitos: Contabilizar todos os leitos disponíveis com internação acima de 24 horas. Desconsiderar leitos de observação, recuperação pós-anestésica ou pós-operatória, berços de recém nascidos saudáveis, leitos de pré-parto e parto e bloqueado por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal). Leito operacional: É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recursos Humanos
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de equipe de enfermagem:	O RH preenche em uma planilha (excel) a quantidade de Técnicos e Auxiliares de enfermagem registrados no COREN independente do tipo de vínculo empregatício.
Número de leitos:	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.
Periodicidade:	<p>Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral</p> <p>Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral</p> <p>Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"</p>
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH: 119 – Pessoas	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.28. Ficha Número 28 – Relação de Pessoal por Leito

Objetivo:	Acompanhar a quantidade de funcionário por leito
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de funcionários contratados + terceiros}}{\text{Número de leitos}}$
Unidade:	funcionários e terceiros por leito
Definição:	<p>Relação entre a soma do número de funcionários ativos e terceiros; e o número de leitos do hospital.</p> <p>Número de funcionários contratados e terceiros: É o número total de funcionários exercendo atividade no hospital, independente do vínculo empregatício e terceirizados das áreas administrativas, de enfermagem, técnicas e de apoio, exercendo as atividades no hospital, no primeiro e último dia do mês.</p> <p>OBS.: Não incluir: os médicos em função assistencial; afastados por mais de 15 dias; e as pessoas que trabalham menos de 20 horas semanais. Não contar empreiteiras de obras temporárias, funcionários de estabelecimentos comerciais que utilizam as instalações do hospital (banco, lojas de conveniência, restaurante etc.).</p> <p>Número de leitos: Contabilizar todos os leitos disponíveis com internação acima de 24 horas. Desconsiderar leitos de observação, recuperação pós-anestésica ou pós-operatória, berços de recém nascidos sadios, 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).</p> <p>Leito operacional: É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recursos Humanos
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de funcionários contratados e terceiros:	O RH preenche em uma planilha a quantidade de colaboradores em exercício no hospital.
Número de leitos:	São os leitos disponíveis diariamente para a internação, ou seja, com os quais o hospital está efetivamente operando com os pacientes, sendo controlados pelo setor de Internação.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	120 – Pessoas



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.29. Ficha Número 29 – Taxa de Absenteísmo de Contratados

Objetivo:	Medir a disponibilidade de hora/funcionário para o desempenho das atividades
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de horas/homem ausente}}{\text{Número de horas/homem trabalhadas}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	Relação porcentual entre o número de horas/homem ausentes e o número de horas/homem trabalhadas. Número de horas/homem ausente: É o número mensal de horas ausentes dos funcionários próprios em qualquer regime de contratação do hospital pelo número de horas que cada um deveria trabalhar. Considerar todas as faltas, inclusive as justificadas. Não incluir: férias e licenças legais (acima de 15 dias ininterruptos). Número de horas/homem trabalhadas: É o número total de horas trabalhadas de funcionários próprios do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho. Não incluir médicos (CLT ou não) em função assistencial.
Operacionalização	
Setor responsável:	Recursos Humanos
Metodologia de Apuração do Indicador: Coleta e origem dos dados: Número de horas/homem ausente: É preenchido pelo RH em uma planilha com os dados extraídos do sistema e enviado mensalmente. Número de horas/homem trabalhadas: É preenchido pelo RH em uma planilha com os dados extraídos do sistema e enviado mensalmente.	
Periodicidade: Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 121 – Pessoas	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.30.Ficha Número 30 – Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos

Objetivo:	Acompanhar a rotatividade dos funcionários da instituição e gerar dados de acompanhamento e comparações destinadas a desenvolver diagnóstico de caráter preventivo.
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{(\text{Número de admissões} + \text{desligamentos}) / 2}{\text{Número de funcionários ativos no cadastro do hospital}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>Relação porcentual entre a soma de admissões e desligamento dividido por dois, e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital.</p> <p>Número de admissões: É o número total de funcionários admitidos no mês.</p> <p>Número de desligamentos: É o número total de funcionários próprios desligados do hospital no mês. Incluir: demissões espontâneas e/ou provocadas pelo hospital.</p> <p>Número de funcionários ativos no cadastro do hospital: É o número total de pessoas que compõem a força de trabalho independente do vínculo empregatício (CLT, CLF, RJFP, Cooperados e Autônomos). Incluir apenas empresas prestadoras de serviços exclusivos do hospital.</p> <p>OBS.: Não incluir os médicos em função assistencial. Não incluir médicos dos hospitais de corpo clínico aberto, que no modelo são considerados clientes. Não incluir as pessoas que trabalham menos de 20 horas semanais.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recursos Humanos
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de admissões:	É preenchido pelo RH e enviado mensalmente.
Número de desligamentos:	É preenchido pelo RH e enviado mensalmente.
Número de funcionários ativos no cadastro do hospital:	É preenchido pelo RH e enviado mensalmente.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	122 – Pessoas



**CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS**

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.31.Ficha Número 31 – Taxa de Acidente de Trabalho dos Contratados Ativos

Objetivo:	Acompanhar o número de acidente de trabalho e monitorar os registros de ocorrência do acidente de trabalho, utilizando esses registros para subsidiar propostas de intervenção e melhorias em Unidades com histórico de acidentes.
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de acidentes de trabalho}}{\text{Número de funcionários ativos no cadastro do hospital}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>Relação porcentual entre o número de acidentes de trabalho e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital.</p> <p>Número de acidentes de trabalho: É o número total de acidentes de trabalho na força de trabalho independente do vínculo empregatício (CLT, CLF, RJFP, Cooperados e Autônomos), ocorridos durante o mês.</p> <p>OBS: Não incluir acidentes de percurso.</p> <p>Número de funcionários ativos no cadastro do hospital: É o número total de pessoas que compõem a força de trabalho independente do vínculo empregatício (CLT, CLF, RJFP, Cooperados e Autônomos). Incluir apenas empresas prestadoras de serviços exclusivos do hospital.</p> <p>OBS.: Não incluir os médicos em função assistencial. Não incluir médicos dos hospitais de corpo clínico aberto, que no modelo são considerados clientes. Não incluir as pessoas que trabalham menos de 20 horas semanais.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Segurança do Trabalho
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de acidentes do trabalho:	É coletado através de busca ativa e preenchido uma planilha pelo RH e enviado mensalmente.
Número de funcionários ativos no cadastro do hospital:	É preenchido pelo RH e enviado mensalmente.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	123 – Pessoas



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.32. Ficha Número 32 – Índice de Hora de Treinamento por Funcionário

Objetivo:	Acompanhar as atividades de treinamentos do hospital
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{(\text{Número de func. ouvintes curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + (\text{Número de func. ouvintes curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \dots + (\text{Número de func. ouvintes curso n} \times \text{carga horária curso n})}{\text{Número de horas/homem trabalhadas}} \times 1000$
Unidade:	horas/homem treinadas por 1000 horas/homem trabalhadas
Definição:	<p>Relação entre o número de horas dos funcionários ouvintes nos cursos e o número de horas trabalhadas.</p> <p>Número de funcionários ouvintes em todos os cursos do hospital: É a somatória de todos os funcionários ouvintes dos cursos no período determinado. Obs: Caso o colaborador participe de vários cursos, será computado o total de horas de todos os cursos.</p> <p>Carga horária do curso: É a somatória das horas de todos os cursos ministrados no período determinado. Deverão ser contabilizados cursos realizados no hospital; cursos externos pagos integralmente pelo hospital e treinamento para operação de novos equipamentos. Os cursos de graduação, pós-graduação financiados pelo hospital deverão ser informados na época da sua conclusão. Não incluir: reuniões e reunião promocional de produtos.</p> <p>Número de horas/homem trabalhada: É o número de funcionários ativos no cadastro do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho. Não incluir médicos (CLT ou não) em função assistencial.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Recursos Humanos
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de funcionários ouvintes em todos os cursos do hospital:	É coletado através do formulário "Planilha de Treinamento" que esta disponível em toda instituição. A pessoa responsável pelo treinamento deverá preencher e devolver à Gerência de Qualidade para compilação dos dados.
Carga horária do curso:	É coletado através do formulário "Planilha de Treinamento". Número de horas/homem trabalhadas: É preenchido pelo RH em uma planilha com os dados extraídos do sistema e enviado mensalmente.
Número de horas/homem trabalhada:	É preenchido pelo RH em uma planilha com os dados extraídos do sistema e enviado mensalmente.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	499 – Pessoas



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.33.Ficha Número 33 – Taxa de Médicos com Título de Especialista

Objetivo:	Acompanhar o número de médicos com título de especialistas ou residência médica concluída.
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Nº médicos em função assistencial com título de especialista}}{\text{Número de médicos em função assistencial}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>Relação percentual entre o número de médicos com título de especialista ou residência médica concluída pelo número de médicos em função assistencial no hospital.</p> <p>Número de médicos em função assistencial com título de especialista: Total de médicos com título de especialista ou residência médica concluída em função assistencial no hospital independente do vínculo empregatício.</p> <p>Número de médicos em função assistencial: Total de médicos em função assistencial no hospital independente do vínculo empregatício.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Diretoria Técnica / Diretoria Clínica / RH
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de médicos em função assistencial com título de especialista: É preenchido pela Diretoria Técnica / Clínica em uma planilha com os dados e lançado no sistema através de relatório.	
Número de médicos em função assistencial: O RH e/ou a Diretoria Técnica / Diretoria Clínica preenchem em uma planilha (excel) as quantidades de médicos.	
Periodicidade:	
Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 117 – Pessoas	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.34. Ficha Número 34 – Taxa de Preenchimento das Avaliações pelo Usuário

Objetivo:	Acompanhar o retorno das avaliações pelos usuários
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de avaliações preenchidas}}{\text{Total de saídas}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>Relação porcentual entre o número de avaliações preenchidas e o total de saídas no mês.</p> <p>Número de avaliações preenchidas: É a somatória dos impressos que foram preenchidos pelos pacientes internados ou pelos respectivos acompanhantes.</p> <p>Total de saídas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas). O óbito fetal ou natimorto, com menos de 20 semanas, peso menor que 500 gramas (ou 1000 gramas) e sem nenhum sinal de vida (respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical etc.) não deverão ser contabilizados como saídas.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Administração / Recepção / SAC
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de avaliações preenchidas: É preenchido pela recepção / SAC em uma planilha com os dados e contabilizado pelo sistema através do relatório.	
Total de saídas: São contabilizadas pelo sistema através do relatório.	
Periodicidade:	
Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 160 – Clientes	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.35.Ficha Número 35 – Taxa de Reclamação

Objetivo:	Acompanhar a abrangência das reclamações dos clientes internados
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Total de oportunidade de melhoria}}{\text{Total de saídas}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>Relação percentual entre o total oportunidades de melhoria em um período pelo total de saídas no mesmo período.</p> <p>Oportunidades de melhoria: É a somatória das manifestações de oportunidades de melhoria constante nas Avaliações pelos Usuários</p> <p>Total de saídas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas). O óbito fetal ou natimorto, com menos de 20 semanas, peso menor que 500 gramas (ou 1000 gramas) e sem nenhum sinal de vida (respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical etc.) não deverão ser contabilizados como saídas.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Administração / Recepção / SAC
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Total de oportunidade de melhoria:	É preenchido pela recepção / SAC em uma planilha com os dados e contabilizado pelo sistema através do relatório.
Total de saídas:	São contabilizadas pelo sistema através do relatório.
Periodicidade:	Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	579 – Clientes



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.36. Ficha Número 36 – Incidência de Queda de Paciente na Internação

Objetivo:	Calcular incidência de queda de paciente na internação (todas as áreas de internação)
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de quedas}}{\text{Número de pacientes-dia}} \times 1000$
Unidade:	quedas por 1000 pacientes-dia
Definição:	<p>Relação entre o número de quedas e o número de pacientes-dia, multiplicado por 1000.</p> <p>Numero de quedas: Queda é um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão.</p> <p>Número de pacientes-dia: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída. Não confundir pacientes-dia com diárias hospitalares.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Enfermagem
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Numero de quedas: É preenchido pela enfermagem em uma planilha com os dados e contabilizado pelo sistema através do relatório.	
Número de pacientes-dia: É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.	
Periodicidade:	
Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 167 – Enfermagem	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.37. Ficha Número 37 – Incidência de Lesão por Pressão – UTI Adulto

Objetivo:	Calcular incidência de lesões por pressão nos pacientes internados na UTI Adulto.
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Número de casos novos de pacientes com UPP no período}}{\text{Número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP no período}} \times 100$
Unidade:	%
Definição:	<p>Relação entre o número de casos novos de pacientes com úlcera por pressão em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir úlcera por pressão no período, multiplicado por 100.</p> <p>Número de casos novos de pacientes com UPP no período: É o número de pacientes internados na UTI Adulto que apresentaram úlcera de pressão em um determinado período.</p> <p>Número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP no período: É o número de pacientes internados na UTI Adulto com escore 16 ou abaixo na Escala de Braden.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Enfermagem
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Número de casos novos de pacientes com UPP no período: É preenchido pela enfermagem em uma planilha com os dados e contabilizado pelo sistema através do relatório.	
Número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP no período: É preenchido pela enfermagem em uma planilha com os dados e contabilizado pelo sistema através do relatório.	
Periodicidade:	
Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral	
Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"	
Partes Interessadas: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.	
Código do Indicador no Sistema CQH: 171 – Enfermagem	



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.38.Ficha Número 38 – Índice de Consumo de Energia Elétrica por Paciente-Dia

Objetivo:	Monitorar o consumo de energia elétrica.
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Total de Kwh consumido}}{\text{Número de pacientes-dia}}$
Unidade:	Kwh
Definição:	<p>Relação entre a soma do total de Kwh consumido e o número de pacientes-dia no referido período.</p> <p>Total de Kwh consumido: Soma de todos os Kwh consumidos constantes nos medidores de energia elétrica instalados no hospital.</p> <p>Número de pacientes-dia: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.</p> <p>Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.</p> <p>Não confundir pacientes-dia com diárias hospitalares.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Financeiro
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Total de Kwh consumido:	É coletado através de planilha pelo serviço financeiro e contabilizado via sistema através de relatório.
Número de pacientes-dia:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.
Periodicidade:	
Compilação e apuração:	() diário () mensal () trimestral
Apresentação para as partes interessadas:	() diário () mensal () trimestral
Apresentação institucional:	() mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	701 – Hotelaria



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.39.Ficha Número 39 – Índice de Consumo de Água por Paciente-Dia

Objetivo:	Monitorar o consumo de água.
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Total de m}^3 \text{ consumido}}{\text{Número de pacientes-dia}}$
Unidade:	m ³
Definição:	<p>Relação entre a soma do total de m³ consumidos e o número de pacientes-dia no período.</p> <p>Total de m³ consumido: Soma de todos os m³ consumidos constantes nos hidrômetros instalados no hospital.</p> <p>Número de pacientes-dia: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.</p> <p>Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.</p> <p>Não confundir pacientes-dia com diárias hospitalares.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Financeiro
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Total de m³ de água consumido:	É coletado através de planilha pelo serviço de finanças e contabilizado via sistema através de relatório.
Número de pacientes-dia:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.
Periodicidade:	
Compilação e apuração:	() diário () mensal () trimestral
Apresentação para as partes interessadas:	() diário () mensal () trimestral
Apresentação institucional:	() mensal (X) bimestral "CQH"
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	702 – Hotelaria



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.40.Ficha Número 40 – Índice de Resíduos Recicláveis por Paciente-Dia

Objetivo:	Monitorar a produção de resíduos recicláveis no hospital.
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Total de resíduos recicláveis}}{\text{Número de pacientes-dia}}$
Unidade:	Kg
Definição:	<p>Relação entre o total de resíduos recicláveis e o número de pacientes-dia no período.</p> <p>Total de resíduos recicláveis: Peso (Kg) de todo resíduo reciclável produzidos pelo hospital em um determinado período.</p> <p>Número de pacientes-dia: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.</p> <p>Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.</p> <p>Não confundir pacientes-dia com diárias hospitalares.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Hotelaria e Internação
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Total de resíduos recicláveis:	É coletado através de planilha pelo serviço de hotelaria e contabilizado via sistema através de relatório.
Número de pacientes-dia:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.
Periodicidade:	<p>Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral</p> <p>Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral</p> <p>Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"</p>
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	703 – Hotelaria

Conforme determinado nas Resoluções RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004 e RDC nº 222, de 28 de março de 2018.



CADERNO DE INDICADORES
OBRIGATÓRIOS

Nº MATRÍCULA:	001
Nº CQH:	001-CQH-IND-002
REV.:	6
DATA:	11/11/2022

6.1.41.Ficha Número 41 – Índice de Resíduos Infectantes por Paciente-Dia

Objetivo:	Monitorar a produção de resíduos infectantes no hospital.
Cálculo:	
Fórmula:	$\frac{\text{Total de resíduos infectantes}}{\text{Número de pacientes-dia}}$
Unidade:	Kg
Definição:	<p>Relação entre o total de resíduos infectantes e o número de pacientes-dia no período.</p> <p>Total de resíduos infectantes: Soma do peso dos resíduos infectantes produzidos pelo hospital em um determinado período.</p> <p>Número de pacientes-dia: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.</p> <p>Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.</p> <p>Não confundir pacientes-dia com diárias hospitalares.</p>
Operacionalização	
Setor responsável:	Hotelaria
Metodologia de Apuração do Indicador:	
Coleta e origem dos dados:	
Total de resíduos recicláveis:	É coletado através de planilha pelo serviço de hotelaria e contabilizado via sistema através de relatório.
Número de pacientes-dia:	É coletado mensalmente via sistema ou através de relatório.
Periodicidade:	<p>Compilação e apuração: () diário () mensal () trimestral</p> <p>Apresentação para as partes interessadas: () diário () mensal () trimestral</p> <p>Apresentação institucional: () mensal (X) bimestral "CQH"</p>
Partes Interessadas:	Diretoria Clínica, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Hotelaria, Gerência de Qualidade Hospitalar, Presidência, Superintendência de Administração e Finanças.
Código do Indicador no Sistema CQH:	704 – Hotelaria

Conforme determinado nas Resoluções RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004 e RDC nº 222, de 28 de março de 2018.