



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
NÚCLEO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR



GLOSSÁRIO DE CONCEITOS



NÚCLEO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

<http://www.nih.saude.sp.gov.br>

REVISÃO: 2012.09

São Paulo
Setembro/2012



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
NÚCLEO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR



Sebastião André de Felice
COORDENADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Débora Rita Burjato Santana
ASSISTENTE TÉCNICO DE COORDENADOR

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

Caterina Nicolas Koutras	cnkoutras@saude.sp.gov.br
Cynthia Tissot Tamer	ctamer@saude.sp.gov.br
Elaine de Moraes Kraus	emkraus@saude.sp.gov.br
Eliana de Sousa Ribeiro	eribeiro@saude.sp.gov.br
Rodrigo Gouveia Ferrão	rgferrao@saude.sp.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Av. Dr. Arnaldo, nº 351 – 4º andar.
CEP 01246-000 – Cerqueira Cesar.
São Paulo/SP

ÍNDICE

CONCEITOS GERAIS	4
ATIVIDADES DE INTERNAÇÃO	5
UNIDADES DE INTERNAÇÃO	7
DEFINIÇÕES PARA HOSPITAIS GERAIS.....	7
DEFINIÇÕES PARA HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	8
DEFINIÇÕES PARA HOSPITAIS PARA PACIENTES CRÔNICOS	9
CLASSIFICAÇÃO DE LEITOS.....	11
SAÍDAS.....	13
ATIVIDADE ASSISTENCIAL.....	15
ATIVIDADE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	15
ATIVIDADE CAPS.....	15
ATIVIDADE AMBULATORIAL.....	16
CONSULTAS AMBULATORIAIS.....	16
ATIVIDADE CIRÚRGICA AMBULATORIAL	17
ATIVIDADE DE SADT.....	18
ATIVIDADE CIRÚRGICA	19
ATIVIDADE OBSTÉTRICA.....	20
DEFINIÇÕES AUXILIARES	21
ÁREA HOSPITALAR e ÁREA AMBULATORIAL.....	21
SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA/SEGURANÇA	21
ATIVIDADE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	21
OUTRAS DEFINIÇÕES.....	23
RECURSOS HUMANOS	24
CADASTRO DE FUNCIONÁRIOS EM EXERCÍCIO	24
RELATÓRIO DE RH	27
INDICADORES DE RH	28
INDICADORES ASSISTENCIAIS	29
INDICADORES PSIQUIÁTRICOS.....	31
INDICADORES CAPS.....	32
INDICADORES AMBULATORIAIS	33
INDICADORES DE ENFERMAGEM	34
ANEXO I – RESOLUÇÃO CMF 1.845/08 - ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDAS	

CONCEITOS GERAIS

Internação hospitalar

Refere-se a pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por período igual ou superior a 24 horas (vide *Classificação de Leitos*).

Nota técnica (1): todos os casos de óbito ocorridos dentro do hospital devem ser considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas.

Nota técnica (2): os pacientes que têm grande probabilidade de permanecer dentro do hospital por menos de 24 horas devem ocupar leitos de observação, de forma e evitar a contabilização indevida de pacientes-dia no censo hospitalar diário.

Dia hospitalar

Período de 24 horas compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.

Nota técnica: o horário de fechamento do censo deve ser o mesmo todos os dias e em todas as unidades do hospital, embora possa variar de hospital para hospital. Para garantir maior confiabilidade, o hospital deve fechar o censo diário no horário que for mais adequado para sua rotina, desde que seja mantido rigorosamente o mesmo todos os dias. Essa prática impede a contagem dupla ou a não contagem de pacientes por ocasião mudança de clínica e ajusta a taxa de ocupação das diferentes clínicas.

Observação hospitalar

Refere-se a pacientes que permanecem no hospital sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas.

Nota técnica: o período de 24 horas é o limite máximo para a observação hospitalar. Idealmente, um paciente deve permanecer em observação apenas o tempo necessário para que seja tomada uma decisão sobre a internação ou não. Os leitos de observação não oferecem condições ideais de conforto e privacidade e, por razões humanitárias, deve-se restringir o período de observação ao mínimo imprescindível para a segurança do paciente e tomada da decisão clínica.

Hospital-Dia

Recurso assistencial intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de cuidados assistenciais por equipe multiprofissional, visando substituir o regime de internação tradicional e que funciona somente durante o dia. Deve obedecer a Portaria correspondente à patologia específica.

CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICO-SOCIAL)

Atendimento público em ambulatório de atenção diária em saúde mental a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em regime intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

ATIVIDADES DE INTERNAÇÃO

Censo Hospitalar

Contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de pacientes e leitos nas unidades de internação e serviços do hospital.

Nota técnica (1): devem-se levar em consideração os leitos ocupados, vagos, bloqueados e extras, bem como a contagem e o registro do número de internações, altas, óbitos, transferências internas e externas, evasões e desistência do tratamento ocorridas nas 24 horas relativas ao censo. Para efeito de censo, as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), semi-intensivo e de cuidados intermediários de neonatologia devem ser consideradas unidades de internação.

Nota técnica (2): para efeito de censo, as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), semi-intensivo e de cuidados intermediários de neonatologia devem ser consideradas unidades de internação.

Nota técnica (3): considerando-se a realidade de muitos hospitais brasileiros, em que muitos pacientes iniciam o período de internação na unidade de emergência e lá permanecem internados por vários dias, as unidades de emergência também devem realizar censo hospitalar e os leitos de observação que forem utilizados por mais de 24 horas devem ser apontados como leitos extras nas clínicas correspondentes.

Paciente-Dia

Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.

Nota técnica (1): nos hospitais psiquiátricos, os pacientes internados por demanda judicial deverão ser apontados em coluna própria e incluídos no cálculo do total de pacientes-dia.

Nota técnica (2): o dia da saída só será computado se a saída do paciente ocorrer no mesmo dia da internação.

Nota técnica (3): os pacientes de hospital-dia não deverão ser computados. Ocupam leitos de observação e não permanecem internados por um dia.

Paciente-dia Demanda Judicial

Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado por demanda judicial durante um dia hospitalar. Deve ser informado em coluna própria e somado aos outros pacientes no cálculo do total de pacientes-dia.

Leito-Dia

Unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar.

Nota técnica: os leitos-dia correspondem aos leitos operacionais ou disponíveis, aí incluídos os leitos extras e excluídos os bloqueados, ou seja, o número de leitos-dia pode variar de um dia para outro de acordo com bloqueio e utilização de leitos extras. Devem ser registrados todos os leitos disponíveis, inclusive os vagos instalados.

Leito-Dia Extra

Unidade de medida que representa a disponibilidade por um dia hospitalar de camas ou macas que não são habitualmente utilizados para internação, mas que por qualquer razão são ativados, seja em áreas que habitualmente não seriam destinadas à internação ou em áreas que passam a comportar mais leitos do que normalmente comportam, mesmo que esses leitos sejam disponibilizados em condições diferentes das habituais.

Nota técnica: a utilização de leitos extras significa que a capacidade operacional da unidade onde se localizam os leitos extras está sendo aumentada, portanto devem ser considerados no total de leitos-dia (devem ser somados).

Leito-Dia Bloqueado

Unidade de medida que representa a indisponibilidade, por um dia hospitalar, de leitos habitualmente utilizados para internação, mas que, no momento de realização do censo, não podem ser utilizados por qualquer razão: características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou reforma, manutenção de mobiliário, falta transitória de pessoal.

Nota técnica (1): a falta de roupa limpa de cama não deve ser considerada como motivo de bloqueio de leito.

Nota técnica (2): o bloqueio de leitos implica a diminuição da capacidade operacional da unidade, portanto não devem ser considerados no total de leitos-dia (devem ser subtraídos).

Nota técnica (3): considerar bloqueio de leitos somente as situações temporárias, de curta duração, que não resultem em realocação de recursos humanos ou transferência de equipamento para outro setor, caracterizando a desativação de leitos.

UNIDADES DE INTERNAÇÃO

DEFINIÇÕES PARA HOSPITAIS GERAIS

Clínica Médica

Destinada a todas as especialidades de atendimento a adultos, exceto as cirúrgicas, obstétricas e psiquiátricas. Compreende, por exemplo, os leitos de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Hansenologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia, Tisiologia.

Clínica Cirúrgica

Destinada a todas as especialidades cirúrgicas para adultos e crianças, exceto as obstétricas. Compreende, por exemplo, os leitos de Cirurgia Geral, Cirurgia Infantil, Cirurgia Bucomaxilofacial, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Gastrocirurgia, Cirurgia Ginecológica, Neurocirurgia, Oncologia Cirúrgica, Ortopedia/ Traumatologia, Transplantes, Urologia e Oftalmologia.

Obstetrícia

Contempla, exclusivamente, atividades de hospitalização motivadas por gravidez e parto.

Pediatria

Contempla assistência hospitalar prestada à criança, incluindo a recebida no berçário, excluindo as cirúrgicas e obstétricas.

Psiquiatria

Assistência em Saúde Mental em regime de hospitalização. Inclui os leitos de acolhimento noturno dos CAPS III.

Queimados

Assistência hospitalar a pacientes com queimaduras, em serviços específicos.

Moléstias Infecciosas

Assistência hospitalar a pacientes com doenças infecto-contagiosas, em serviços específicos.

UTI Adulto

É composta por leitos destinados ao tratamento de paciente adulto grave e de risco que exija assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

UTI Coronariana

É composta por leitos destinados ao tratamento de paciente grave e de risco portador de cardiopatia coronariana, que exija assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

UTI Pediátrica

É composta por leitos destinados ao tratamento de paciente infantil grave e de risco que exija assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

UTI Neonatal

É composta por leitos destinados ao tratamento de paciente recém-nascido (RN) grave e de risco que exija assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

UTI Queimados

É composta por leitos destinados ao tratamento de paciente com queimaduras graves e de risco em serviços específicos, que exija assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados (Grande Queimado 2º e/ou 3º grau).

Semi-Intensiva

É composta por leitos destinados à internação de pacientes que não necessitam de cuidados intensivos, mas que ainda requeiram atenção especial, diferenciada da adotada na unidade de internação. Devem ser considerados leitos de semi-intensiva somente os instalados em área específica. O dado deve contemplar o conjunto de leitos de adultos, pediatria e neonatologia.

Cuidados Intermediários Neonatal (CI)

É composto por leitos destinados a alojar recém-nascidos (RN) prematuros ou que apresentem patologias que necessitem de tratamento hospitalar não intensivo.

Nota técnica (1): só deve ser apontado como ALTA, o RN que possui AIH.

Nota técnica (2): a saída do RN internado em berçário externo deve ser apontada necessariamente como ALTA ou TRANSFERÊNCIA EXTERNA, conforme o caso.

DEFINIÇÕES PARA HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS**Enfermaria Agudos Feminina**

Assistência hospitalar prestada a pacientes exclusivamente do sexo feminino, com patologia psiquiátrica de caráter agudo, de acordo com a legislação ministerial vigente.

Enfermaria Agudos Masculina

Assistência hospitalar prestada a pacientes exclusivamente do sexo masculino, com patologia psiquiátrica de caráter agudo, de acordo com a legislação ministerial vigente.

Enfermaria Agudos Mista

Assistência hospitalar prestada a pacientes do sexo feminino e/ou masculino, com patologia psiquiátrica de caráter agudo, de acordo com a legislação ministerial vigente.

Enfermaria A/D (Álcool e Drogas)

Assistência hospitalar prestada a pacientes de ambos os sexos, com patologia psiquiátrica de caráter agudo ocasionada por drogadição, de acordo com a legislação ministerial vigente.

Enfermaria Crianças/Adolescentes

Assistência hospitalar prestada a pacientes de ambos os sexos, crianças e adolescentes, com patologia psiquiátrica de caráter agudo e na faixa etária dentro dos limites estipulados de acordo com a legislação ministerial vigente.

Nota técnica: para preenchimento de dados cadastrais, considerar as Enfermarias acima conjuntamente como leitos de Psiquiatria para o Ministério da Saúde. No Relatório Mensal, a atividade deve ser informada nas clínicas correspondentes.

Lar Abrigado

Termo aplicado a unidades especializadas em Saúde Mental designando leitos instalados em unidades específicas dentro da área de internação hospitalar com características de lares, destinados a portadores de transtornos mentais com internação de longa permanência, que apresentem autonomia suficiente para operar equipamentos domésticos simples e condições de convívio social, de acordo com a legislação ministerial vigente. São destinados a pacientes internados, em processo de desospitalização.

A unidade de medida é leito e seus ocupantes são pacientes crônicos, portanto existe AIH correspondente.

Enfermaria de Intercorrência Clínica

Assistência hospitalar prestada a pacientes, com patologia psiquiátrica aguda ou crônica que apresente qualquer intercorrência clínica durante sua internação.

Leitos de Acolhimento (CAPS III)

São leitos instalados no CAPS III para acolhimento noturno, em feriados e finais de semana, destinados a repouso e/ou observação de pacientes. Não são leitos hospitalares e não compõem o total institucional, bem como seus indicadores não considerados para elaboração de indicadores institucionais.

O número máximo de leitos é cinco e a permanência máxima é de sete dias corridos ou dez intercalados em período de trinta dias, de acordo com a legislação vigente.

Residência Terapêutica

Termo aplicado a unidades especializadas em Saúde Mental designando moradias inseridas na comunidade ou construídas na área hospitalar, porém fora da área de internação. São destinadas a egressos de internações psiquiátricas de longa permanência sem suporte social ou laços familiares, para viabilizar sua inserção social. Serviço ligado ao ambulatório ou CAPS, de acordo com a legislação ministerial vigente.

A unidade é a moradia e seus ocupantes são egressos ou moradores, com seguimento em CAPS ou ambulatórios, portanto não existe AIH correspondente.

DEFINIÇÕES PARA HOSPITAIS PARA PACIENTES CRÔNICOS**Enfermaria Deficiência Física / Mental / Grande Dependência**

Assistência hospitalar prestada a pacientes de ambos os sexos, de qualquer faixa etária, com patologia psiquiátrica ou neurológica, de caráter crônico, com deficiência física, mental ou que cause grande dependência, de acordo com a legislação ministerial vigente. Obs.: incluir idosos dependentes de cuidados de enfermagem.

Enfermaria de Pacientes de Longa Permanência (>1 ano)

Assistência hospitalar prestada a pacientes de ambos os sexos, de qualquer faixa etária, com patologia psiquiátrica ou neurológica de caráter crônico, de acordo com a legislação ministerial vigente.

Enfermaria de Tisiologia

Assistência hospitalar prestada a pacientes tuberculosos não aderentes a tratamento ambulatorial, de acordo com a legislação ministerial vigente.

Enfermaria de Multirresistentes

Assistência hospitalar prestada a pacientes tuberculosos não aderentes a tratamento ambulatorial, com patologia por microorganismo multirresistente, de acordo com a legislação ministerial vigente.

UTI Adulto para crônicos

É composta por leitos destinados ao tratamento de paciente adulto grave e de risco que exija assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados para longa permanência.

UTI Pediátrica para crônicos

É composta por leitos destinados ao tratamento de paciente infantil grave e de risco que exija assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados para longa permanência.

Residência

Designa moradias inseridas na comunidade ou construídas na área hospitalar ou perihospitalar, porém fora da área de internação. São destinadas a egressos de internações de longa permanência. A unidade é a moradia e seus ocupantes são egressos ou moradores, com seguimento em CAPS ou ambulatórios, portanto não existe AIH correspondente.

Moradores

São, exclusivamente, os egressos ou remanescentes de internações psiquiátricas ou de hanseníase com ou sem documentação que permanecem sob dependência da instituição nas residências descritas acima. São ligados a serviços ambulatoriais ou CAPS e não há AIH correspondente.

CLASSIFICAÇÃO DE LEITOS

Leito hospitalar de Internação

É a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estada no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço.

Nota técnica (1): os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo correspondem a uma parcela importante e crescente dos leitos hospitalares e grande volume de recursos é a eles destinado. Não é prática viável ou recomendável o bloqueio de um leito de internação para um paciente internado em leito de tratamento intensivo ou semi-intensivo. Consequentemente, os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo devem ser considerados leitos hospitalares de internação.

Nota técnica (2): os leitos de isolamento são os leitos de internação instalados em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinados à internação de pacientes suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis. Para o RELATÓRIO MENSAL, considerar os leitos de isolamento como pertencentes ao total de leitos de cada clínica.

Nota técnica (3): não devem ser considerados leitos hospitalares de internação os leitos de observação, incluindo os de pré-parto e os de recuperação pós-anestésica, os berços de alojamento conjunto, as camas destinadas a acompanhantes e funcionários do hospital e os leitos de serviços diagnósticos e terapêuticos.

Leitos Planejados

São todos os leitos previstos para existir em um hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor. Este dado deve ser atualizado sempre que haja alteração arquitetônica ou no projeto assistencial.

Leitos Instalados

São os leitos habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por certo período, por qualquer razão. Além da área física, deve ser considerada a existência de equipamentos e recursos humanos.

Leitos Cadastrados

São os leitos que estão devidamente cadastrados junto ao Ministério da Saúde e que constam do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Leito hospitalar Complementar ou de Observação

São os leitos destinados a pacientes sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas.

Nota técnica: os leitos de observação ou auxiliares não devem ser considerados leitos hospitalares de internação, exceto quando eles estiverem sendo utilizados como leitos extras para internação ou quando os pacientes permanecerem nesses leitos por mais de 24 horas, por qualquer razão.

Leitos para Hospital-dia (HD)

São os leitos complementares utilizados exclusivamente para assistência em regime de HD, de acordo com a legislação vigente.

Leitos de Observação em Pronto Socorro

São os leitos complementares em clínica médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e psiquiátrica.

Leito de Observação em Cuidados Intermediários Neonatal

São os berços auxiliares para observação das primeiras horas de vida do recém-nascido, por um período máximo de 24 horas até que ele seja liberado para o berço do alojamento conjunto ou internado em leito de UTI Neonatal ou de Cuidados Intermediários Neonatal, com AIH correspondente.

Leitos SADT

São os leitos auxiliares utilizados exclusivamente para procedimentos que requeiram período de observação do paciente, como, por exemplo: endoscopia sob sedação, diálise, transfusão, exames invasivos etc.

Leitos de pré-parto

São os leitos auxiliares localizados nas salas de pré-parto e que são utilizados pelas pacientes durante o trabalho de parto até o momento do parto. São leitos de observação. Devem ser apontados somente na ficha cadastral.

Leitos de Recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica

São os leitos auxiliares destinados à prestação de cuidados pós-anestésicos ou pós-cirúrgicos imediatos a pacientes egressos do bloco cirúrgico e são utilizados até que os pacientes tenham condições de serem liberados para o leito de internação. São leitos de observação. Devem ser apontados somente na ficha cadastral.

SAÍDAS

Saída Hospitalar

É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), transferência externa, evasão/desistência do tratamento ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares globais, para não contabilizar a saída de um mesmo paciente duplamente, mas devem ser apontadas nas clínicas para cálculo de média de permanência por clínica.

IMPORTANTE (1): as saídas de hospital-dia deverão ser informadas em coluna própria.

Altas

Ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado. O paciente poderá, caso necessário, passar a receber outra modalidade de assistência, seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio. No caso de internações de longa duração, os pacientes podem receber altas temporárias para visita aos familiares (licenças), com compromisso de retorno ao hospital para continuidade de tratamento.

Nota técnica: não é considerada como alta a transferência interna de uma clínica para outra, ou da UTI para uma clínica. Informamos como alta no RMIH, somente os casos em que o paciente tem finalizada sua assistência hospitalar.

IMPORTANTE (1): as altas indicativas da finalização da internação hospitalar (*Int*) devem ser apontadas no quadro ATIVIDADE, em **SAÍDAS – Altas – Int**, nos campos diretamente relacionados à clínica de internação correspondente na qual o paciente permaneceu internado para tratamento e recebeu alta médica.

IMPORTANTE (2): As altas de **Hospital-Dia (HD)** deverão ser registradas exclusivamente em campo próprio, no quadro ATIVIDADE, em **SAÍDAS – Altas – HD**. Define-se como Regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, psiquiátricos, MI/AIDS e outros diagnósticos e métodos terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas, salvo o determinado por portaria correspondente às diversas patologias consideradas. Os pacientes de hospital-dia não deverão ser computados como pacientes-dia, pois ocupam leitos de observação.

IMPORTANTE (3): as altas administrativas têm como objetivo a regularização junto ao SUS da permanência do paciente no hospital sob determinado tipo de assistência e não a conclusão de uma modalidade assistencial. Portanto, não configuram o término de tratamento nem são ato médico, não devendo ser contabilizadas como alta.

Transferências Internas

É a mudança de um paciente de uma unidade de internação para outra, dentro do mesmo hospital. O paciente não recebe alta hospitalar e não é realizada nova internação, ou seja, toda a permanência de um paciente dentro de um hospital corresponde a uma única internação. A transferência interna deve ser apontada nas clínicas correspondentes para cálculo correto de saídas e da média de permanência de cada clínica.

Nota técnica: embora não se realize uma nova internação por ocasião da transferência interna, deverão ser emitidas duas AIH para um mesmo paciente porque houve alteração de procedimento.

Transferências Externas

É a mudança de um paciente de um hospital para outro serviço de saúde, externo ao hospital, para continuidade de tratamento.

Licenças

No caso de internações psiquiátricas de longa duração, os pacientes podem receber alta temporária para visita aos familiares (licença), com compromisso de retorno ao hospital para continuidade de tratamento. Não configura alta hospitalar porque o tratamento sob regime de internação não está concluído. É parte do processo de desospitalização.

Esses afastamentos devem ser sinalizados em coluna própria, por clínica e implicam bloqueio do leito para retorno do paciente.

Evasão/Desistência

Evasão: é a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.

Desistência: é a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada.

***IMPORTANTE:** utilizar a soma dos dois eventos para preenchimento da coluna correspondente, por exemplo: paciente de longa permanência que sai do hospital em licença e não retorna: quando há comunicado por parte da família ou do próprio paciente é considerado desistência, se não houver é evasão.*

Óbitos < 24 horas (hospitalar)

É aquele que ocorre antes de 24 horas da entrada do paciente no hospital, independentemente dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não.

***Nota técnica:** os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital não são considerados óbitos hospitalares.*

Óbitos > 24 horas (institucional)

É aquele que ocorre após decorridas 24 horas do início da admissão hospitalar do paciente.

***Nota técnica:** em decorrência do aumento da resolubilidade dos procedimentos hospitalares, considera-se 24 horas tempo suficiente para a ação terapêutica ser efetivada e o hospital possa ser implicado.*

***IMPORTANTE:** os óbitos ocorridos nos serviços de terapia intensiva, semi e cuidados intermediários devem ser registrados exclusivamente no campo correspondente ao serviço específico e não devem ser duplicados por registro na clínica de origem.*

ATIVIDADE ASSISTENCIAL

ATIVIDADE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

PS/PA/Emergência (Atendimentos realizados)

Atendimentos de urgência, não programados, que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

IMPORTANTE: devem ser informados separadamente em: Adultos, Pediátrico, Obstétrico e Psiquiátrico, conforme o caso.

ATIVIDADE CAPS

(CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL)

Conjunto de atividades mantidas pelos CAPS e foi dividido em atendimento em regime Intensivo, Semi-intensivo, Não intensivo e Ambulatorial (consultas a pacientes sem APAC). Deve ser informado por paciente atendido no mês de referência nas respectivas modalidades e por número de procedimentos individuais ou em grupo. Não obedece a lógica de consultas ambulatoriais descrita acima.

ATIVIDADE AMBULATORIAL

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- I) Tanto para CADASTRO quanto para RELATÓRIOS, é imprescindível que se verifique se as ESPECIALIDADES MÉDICAS e ÁREAS DE ATUAÇÃO estão selecionadas em CUSTOMIZAÇÃO. As categorias só estarão disponíveis para preenchimento, tanto no CADASTRO quanto no RELATÓRIO, quando devidamente selecionadas neste menu.
- II) Para efeitos do correto cálculo de indicadores, em CADASTRO\CAPACIDADE FÍSICA, devem ser apontados somente os consultórios utilizados para consultas médicas, mesmo que não exclusivamente. Ou seja, aquelas salas que são utilizadas exclusivamente para consultas de especialidades não médicas e/ou procedimentos, ou que por necessidade operacional perderam a caracterização de consultórios, não devem ser computadas.
- III) Para as ESPECIALIDADES MÉDICAS e ÁREAS DE ATUAÇÃO (a.a.), utilizou-se o disposto na Resolução CFM nº 1.845, de 12 de Junho de 2008 (Anexo I, em resumo).

CONSULTAS AMBULATORIAIS

As consultas ambulatoriais são os atendimentos individuais agendados, ocorridos em área específica e que estão divididas por especialidades. Contemplam também os “encaixes”, que não constam do agendamento prévio, mas que são realizadas por necessidade clínica ou para otimização do serviço.

No CADASTRO deverão ser informadas na primeira coluna as especialidades existentes e na segunda (MS) as cadastradas junto ao Ministério da Saúde. A terceira coluna é para informação do número de profissionais que atendem nas correspondentes especialidades (*vide Recursos Humanos*).

No RMIH deverão ser informados na primeira coluna o número de consultas agendadas por especialidade e, na segunda coluna, o número total de consultas realizadas, incluindo os encaixes. A terceira coluna deve conter o número de horas/profissional trabalhadas (*vide Recursos Humanos*).

Nota Técnica (1): devem ser consideradas consultas os atendimentos prestados exclusivamente em consultórios do Ambulatório.

Nota Técnica (2): as consultas e atendimentos deverão ser apontados somente quando forem individuais. Os atendimentos em grupo não deverão ser informados, exceto para especialidades não médicas, constando de número de grupos e número de horas trabalhadas. Devem ser informados separadamente e em colunas próprias o número de horas trabalhadas em grupo e em consultas individuais.

Primeiras consultas

Atendimento inicial do paciente por profissional de determinada especialidade médica ou não. Incluir como primeira consulta também os pacientes atendidos em intervalo maior que 1 ano. Devem ser incluídas neste grupo as interconsultas e avaliação inicial de processos terapêuticos de média e longa duração demandados por outros serviços. É o somatório das primeiras consultas de todas as especialidades médicas e não médicas, separadamente.

IMPORTANTE: *notar que não devem ser informados pacientes novos e sim consultas novas ou com intervalo superior a um ano nas diversas especialidades.*

Consultas subsequentes

Todos os retornos após a primeira consulta no limite de um ano. É o somatório das consultas subsequentes de todas as especialidades médicas e não médicas, separadamente (*vide Primeiras consultas*).

Consultas não agendadas ou “encaixes”

São as consultas que não constam do agendamento prévio, mas que são realizadas.

***IMPORTANTE:** quando, em determinada especialidade, por qualquer motivo, não houver atendimentos agendados ou encaixes, informar “0” (zero) no respectivo campo.*

ATIVIDADE CIRÚRGICA AMBULATORIAL**Cirurgias Ambulatoriais**

São os atos cirúrgicos agendados previamente, que não requeiram hospitalização, e realizados no **Centro Cirúrgico Ambulatorial**. Estão incluídos todos os procedimentos que sejam necessários realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita (incluir curativos).

ATIVIDADE SADT

(SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA)

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

É imprescindível que se verifique se os EQUIPAMENTOS e EXAMES estão selecionados em CUSTOMIZAÇÃO, automaticamente disponibilizando as opções para preenchimento, tanto no CADASTRO quanto no RELATÓRIO.

SADT

Atividades de apoio diagnóstico e terapêutico, conforme a discriminação nos campos referentes a equipamentos e exames realizados para as diferentes divisões internas e instituições (externos).

IMPORTANTE (1): o SADT será inicialmente customizado por **equipamentos** (próprios e/ou terceirizados), **exclusivamente instalados e em uso** na instituição. Os equipamentos relacionados deverão ser quantificados no CADASTRO.

No caso de equipamentos pertencentes a funcionários da instituição, considerar na CUSTOMIZAÇÃO e no CADASTRO como equipamento terceirizado (por exemplo: Endoscópios).

IMPORTANTE (2): posteriormente, deve-se customizar os **exames produzidos direta ou indiretamente pela unidade**, subdivididos por natureza do serviço (próprio e/ou terceirizado), demanda (interna e/ou externa) e modalidade (adulto e/ou infantil; sedação).

Devem ser considerados como serviços terceirizados, os serviços acordados, conveniados ou contratados pela instituição ou SES-SP, desde que:

- i) totalmente realizados na instituição: quando os equipamentos e serviços estão instalados e efetuados na instituição, ou
- ii) parcialmente realizados na instituição: quando a coleta ou realização é feita na instituição e a leitura é externa (análises clínicas, ECG, imagem etc).

Os serviços de referência da rede que sejam integralmente realizados em outras instituições não devem ser apontados.

IMPORTANTE (3): para **Procedimentos Terapêuticos**, apontar exclusivamente a quantidade de procedimentos, não se considerando as consultas iniciais que porventura existam, que deverão ser apontadas em campo próprio no relatório ambulatorial. Exemplos: em Fisioterapia deve-se apontar o somatório dos diferentes procedimentos; em Hemoterapia, apontar somente as transfusões e, em Quimioterapia, apontar o nº de sessões.

SADT INTERNO

São os exames realizados por demanda do próprio hospital nas seguintes áreas assistenciais: Internação, Ambulatório, Urgência/Emergência, Hospital-Dia e CAPS.

SADT EXTERNO

São os exames realizados pela instituição para os pacientes externos ao hospital, referenciados por diversos serviços de saúde.

ATIVIDADE CIRÚRGICA

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- I) É imprescindível que se verifique se as especificidades da unidade estão selecionados em **CUSTOMIZAÇÃO**, automaticamente disponibilizando as opções para preenchimento, tanto no **CADASTRO** quanto no **RELATÓRIO**.
- II) O quadro **ATIVIDADE EM C.C.HOSPITALAR – CONSOLIDADO**, indica a produção cirúrgica no Centro Cirúrgico **HOSPITALAR**, onde, também, devem ser apontados os Procedimentos de **SADT (E)** e os Partos (**F**) exclusivamente realizados neste local por qualquer motivo, assim como as Cirurgias Ambulatoriais (**D**) quando **NÃO** feitas em Centro Cirúrgico Ambulatorial.
- III) As cirurgias feitas em Centro Cirúrgico **AMBULATORIAL** devem ser informadas somente em **ATIVIDADE EM CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL**, obedecendo a distribuição apontada na **CUSTOMIZAÇÃO**.
- IV) O quadro **ATIVIDADE CIRÚRGICA - TEMPO CIRÚRGICO** deve refletir o quantitativo de cirurgias separadas pelo tempo que duraram, desde o início da cirurgia (anestesia do paciente) até seu término (saída do paciente da sala cirúrgica). Conforme o caso, este total **PODE** ser igual à soma de Total de Cirurgias (**A + B**) + Cirurgias Ambulatoriais (**D**) (desde que feitas em **C.C.HOSPITALAR**) em **ATIVIDADE EM C.C.HOSPITALAR - CONSOLIDADO**. Os Procedimentos de **SADT (E)** não são considerados como cirurgias, portanto sua quantidade não deve estar somada em **ATIVIDADE CIRÚRGICA - TEMPO CIRÚRGICO**.
- V) Os partos realizados em Centro Obstétrico devem ser informados exclusivamente em **ATIVIDADE OBSTÉTRICA**.
- VI) As Cesáreas Iterativas são um detalhamento de Cesáreas em Múltiparas, portanto, quando houver, deverão compor o total de cesáreas em múltiparas.
- VII) Em **ATIVIDADE OBSTÉTRICA**, os valores informados devem contemplar/incluir o número de partos realizados em Centro Cirúrgico **HOSPITALAR**, quando houver.

Cirurgias Eletivas

São as intervenções cirúrgicas, agendadas previamente, incluídas aí as de hospital-dia realizadas em Centro Cirúrgico Hospitalar.

IMPORTANTE: Não se leva em conta o tempo cirúrgico, que deverá ser informado em quadro próprio.

Cirurgias Urgência

Número de intervenções cirúrgicas efetuadas em urgência, em pacientes internados ou que ficaram hospitalizados depois da intervenção.

Cirurgias Ambulatoriais

São as intervenções cirúrgicas realizadas em pacientes, exclusivamente, provenientes do ambulatório. Podem ser executadas em C.C. Ambulatorial e/ou C.C. Hospitalar conforme características estruturais da unidade.

Nota técnica: apontar as pequenas cirurgias ambulatoriais.

Cirurgias Suspensas

São as intervenções cirúrgicas, agendadas previamente, que, por qualquer motivo não puderam ser realizadas. Não se leva em conta o tempo cirúrgico, que deverá ser informado em quadro próprio.

Procedimentos de SADT

Número de procedimentos de SADT (exames) realizados em CENTRO CIRÚRGICO HOSPITALAR como, por exemplo, *biópsia de fígado*. Deve ser informado em campo específico.

IMPORTANTE: considerando-se as características dos procedimentos de SADT (exames), que não se configuram como procedimentos cirúrgicos, o quantitativo informado não está contido no total de atividade cirúrgica.

ATIVIDADE OBSTÉTRICA**Parto Vaginal**

Parto não cirúrgico, incluindo o instrumentalizado (fórceps).

Cesárea

Parto cirúrgico.

Cesárea iterativa

Parto cirúrgico que sucede duas ou mais cesáreas anteriores.

Curetagem

Procedimento utilizado em ginecologia/obstetrícia, para diagnóstico ou para tratamento.

Primípara

Aquela que pare pela primeira vez; que tem o primeiro parto.

Múltipara

Aquela que já teve dois ou mais partos.

DEFINIÇÕES AUXILIARES

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Os conceitos abaixo relacionados são compatíveis com serviços de saúde, tanto hospitais quanto ambulatoriais. No caso de ambulatório dentro do hospital, informar área total, não dividindo ou especificando setores.

RRAS

Rede Regional de Assistência à Saúde.

Ref: Deliberação CIB – 36, de 21 de setembro de 2011 – São Paulo.

DRS

Departamento Regional de Saúde.

Ref.: Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006 de São Paulo.

Região

Região de Saúde.

Ref.: Plano Diretor de Regionalização (PDR) - Pacto pela Saúde/2007.

ÁREA HOSPITALAR e ÁREA AMBULATORIAL

Área crítica

Áreas que oferecem maiores riscos de transmissão de infecções, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de alto risco com sistema imunológico comprometido, ou ainda, aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de microorganismos patogênicos, tais como: Centro Cirúrgico e Obstétrico, Recuperação pós-anestésica, Central de material esterilizado, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Isolamento, Unidade de Transplantes, Unidade de Hemodiálise, Pronto Socorro, Berçário, Expurgos, Laboratórios de Análises Clínicas, Anatomia Patológica e Biologia Molecular, Banco de Sangue, áreas de preparo e manipulação de alimentos e dietas, salas de preparo de nutrição parenteral, salas de preparo de quimioterapia, salas de procedimentos invasivos, farmácia de manipulação, área suja da lavanderia, necrotério e similares.

Área semi-crítica

Áreas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, tais como: Unidade de internação, unidade de atendimento ambulatorial, sala de triagem e espera, centro de radiodiagnóstico e similares.

Área não-crítica:

Áreas hospitalares ocupadas ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, tais como: refeitórios, áreas limpas da lavanderia e similares.

SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA/SEGURANÇA

Vigilante

Profissional treinado e devidamente habilitado com a respectiva Carteira Nacional de Vigilante e com curso de formação, nos termos da Lei 7102/83 e Portaria MJ 992/95, devendo, ainda, estar registrado no Ministério do Trabalho e empregado em empresas de segurança.

Estes serviços devem ser embasados em análise criteriosa das reais necessidades dos postos a serem contratados. A escolha da contratação de serviços de vigilância/segurança patrimonial é a necessidade de maior grau de ostensividade do posto, função direta da exposição ao risco do patrimônio da Contratante.

Posto/Dia (segurança)

Unidade de medida utilizada para a contratação dos serviços de vigilância/segurança patrimonial, isto é, o trabalho de um vigilante em determinado local por certo período.

Serviços de Controle, Operação e Fiscalização de Portarias

Os serviços prestados pelo porteiro caracterizam-se pela efetiva cobertura de postos designados pelos órgãos da administração (contratante), cujas atividades a serem desenvolvidas não se confundem com as desempenhadas pelos vigilantes. Assim sendo, a contratação de serviços que envolvam “porteiro” não requer as exigências legais afetas às empresas de Segurança/Vigilância. A seleção pela escolha dos serviços é fundamental para a satisfação das necessidades da Contratante, havendo reflexos significativos nas despesas decorrentes, devendo, portanto, ser conhecida a legislação específica de vigilante objetivando selecionar a alternativa que melhor atenda às necessidades.

Posto/Dia (porteiro)

É a unidade de medida utilizada para a contratação dos serviços de porteiro, isto é, o trabalho de um porteiro em determinado local por certo período. Assim a presença concomitante de dois porteiros em um único local configura-se a existência de dois postos.

OUTRAS DEFINIÇÕES

Mãe Canguru

O método Canguru é um tipo de assistência neonatal que propõe o contato pele a pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. O pai também pode participar do método. Desta forma, há um envolvimento maior dos pais no cuidado de seu recém-nascido.

A Posição Canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso em decúbito prono na posição vertical, contra o peito desnudo do adulto.

Só serão considerados como método canguru para o Estado de São Paulo, os sistemas que permitam o contato precoce, realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma crescente e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

Ref: Resolução SS – 62, de 05/06/2001.

***IMPORTANTE:** os leitos desse tipo de assistência são classificados como leitos Pediátricos porque a internação é da criança.*

Parto humanizado

É o método de assistência ao parto que respeita os princípios de humanização referidos na Portaria de Parto normal, na Lei Covas de humanização de assistência à saúde e recomendações da OMS. Não há uma portaria específica para parto humanizado.

***IMPORTANTE:** os leitos desse tipo de assistência são classificados como leitos de Obstetrícia porque a internação é da parturiente.*

Alojamento Conjunto (AC)

Modalidade de acomodação em que o recém-nascido sadio permanece alojado em berço contíguo ao leito da mãe, 24 horas por dia, até a saída da mãe do hospital.

***IMPORTANTE:** não é contado como leito de internação posto que a assistência é prestada à parturiente (AIH obstétrica).*

RECURSOS HUMANOS

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- I) Tanto para CADASTRO quanto para RELATÓRIOS, é imprescindível que se verifique se as ESPECIALIDADES MÉDICAS, ÁREAS DE ATUAÇÃO e/ou toda e qualquer outra categoria estão selecionadas em CUSTOMIZAÇÃO. As categorias só estarão disponíveis para preenchimento, tanto no CADASTRO quanto no RELATÓRIO, quando devidamente selecionadas neste menú.
- II) Para as ESPECIALIDADES MÉDICAS e ÁREAS DE ATUAÇÃO (a.a.), utilizou-se o disposto na Resolução CFM nº 1.845, de 15 de Julho de 2008 (Anexo I, em resumo).
- III) Os profissionais nas diversas categorias (médicos, enfermeiros etc) que estejam ocupando CARGO EM COMISSÃO, deverão ser apontados somente em quadro específico (RH/CADASTRO).
- IV) Aqueles funcionários de empresas que prestam serviços terceirizados às unidades e que desenvolvem suas atividades nas instalações das mesmas, devem ser apontados apenas no CADASTRO na coluna TERCEIRIZADOS, de acordo com sua categoria.
- V) Os funcionários ausentes no período (férias/licenças) devem ser mantidos no RH/CADASTRO, muito embora, não devam ter sua carga horária apontada no RH/RELATÓRIO, pois se entende que este funcionário efetivamente faz parte do quadro funcional da instituição, mesmo, no período, estando ausente.

CADASTRO DE FUNCIONÁRIOS EM EXERCÍCIO

SES-SP

Total de *funcionários públicos estaduais efetivamente* em exercício na unidade informante, independente da origem do vínculo (podem ser concursados em outra instituição estadual, porém estão lotados na unidade em questão). Representa o quadro de funcionários com vínculo estadual da instituição, incluindo os que estão afastados temporariamente.

Nota técnica: funcionários públicos estaduais cedidos por outras unidades deverão ser computados no Cadastro. Da mesma forma, os funcionários da unidade cedidos para prestação de serviço em outra(s) unidade(s) não deverão ser apontados em nenhuma coluna desta instituição.

Outros Vínculos

Profissionais de cada categoria listada que estejam *efetivamente* em atividade, *independente da natureza do vínculo empregatício ou existência deste*, ou seja, inclui funcionários públicos de qualquer esfera (municipal e federal), exceto SES-SP que deverá ser informado em campo próprio (vide item anterior) e profissionais de universidades afastados para prestação de serviço na unidades estaduais. Representa o quadro de profissionais atuantes na instituição.

Terceirizados

Conjunto de profissionais, independente do nível, que exercem atividade dentro da unidade por meio de um contrato de serviço terceirizado (lavanderia, nutrição, vigilância e portaria, SADT, informática, manutenção etc), que deverão ser indicados em cada categoria.

IMPORTANTE: as especialidades devem ser apontadas na CUSTOMIZAÇÃO e estes profissionais deverão ser apontados somente no CADASTRO, não devendo sua carga horária ser somada no Relatório Mensal.

Treinandos

Conjunto de residentes e aprimorandos de nível superior, que deverão ser indicados em cada categoria.

Nota técnica: os estagiários de nível superior, médio ou básico não deverão ser apontados no Cadastro, nem no RMIH.

Médicos

Conjunto de profissionais médicos (de acordo com a *Resolução CFM nº 1.785, de 05/04/2006*) que deverão ser indicados em cada especialidade conforme sua carga horária contratual (vínculo SES-SP).

Nota técnica (1): apontar a especialidade efetivamente exercida pelo profissional médico, independentemente do contrato, ou seja, aqueles profissionais que migraram para outra especialidade integralmente, não atuando mais na especialidade inicial, terão sua carga horária no CADASTRO e no RELATÓRIO apontada exclusivamente na especialidade atual. Ex.: o profissional concursado como Cirurgião Geral que atua como Cirurgião Vascular deverá ser apontado como Cirurgião Vascular na CUSTOMIZAÇÃO, no CADASTRO e no RELATÓRIO.

Nota técnica (2): àqueles profissionais com 01 (um) vínculo que atuem em mais de uma especialidade, devem ser indicados da seguinte forma:

- em CUSTOMIZAÇÃO: as duas especialidades deverão ser apontadas;
- em CADASTRO: deverá ser apontada a carga horária da especialidade de contrato.

Por exemplo: profissional médico contratado como Pediatra que também atende como Neonatologista, apontar as duas especialidades na CUSTOMIZAÇÃO e indicar a carga horária no CADASTRO somente em Pediatria; no RELATÓRIO MENSAL, a carga horária mensal trabalhada deverá ser demonstrada refletindo a atuação das duas especialidades, ou seja, no exemplo acima, no RELATÓRIO MENSAL, serão apontadas as horas trabalhadas em ambas especialidades.

Nota técnica (3): àqueles profissionais com 01 (um) vínculo que atuem em mais de uma especialidade, sendo que não mais atuando na especialidade de contrato, devem ser indicados da seguinte forma:

- em CUSTOMIZAÇÃO: deverão ser apontadas as duas especialidades efetivamente exercidas;
- em CADASTRO: deverá ser apontada a carga horária da especialidade com maior número de horas;
- no RELATÓRIO MENSAL: deverá ser demonstrada a carga horária mensal trabalhada refletindo a atuação das duas especialidades efetivamente exercidas.

Por exemplo: profissional médico contratado como Clínico Geral que atende somente como Ortopedista e Acupunturista, dedicando a maior parte de sua carga horária à Ortopedia. Apontar as duas especialidades (Ortopedia e Acupuntura) na CUSTOMIZAÇÃO e indicar a carga horária no CADASTRO somente em Ortopedia; (Ortopedia e Acupuntura). no RELATÓRIO MENSAL, serão apontadas as horas trabalhadas em ambas especialidades (Ortopedia e Acupuntura).

Nota técnica (4): para os profissionais apontados em OUTROS e TREINANDOS (vide item correspondente) deverão ser apontadas somente o total de profissionais desta categoria, não importando, neste momento, a carga horária específica.

Enfermeiros

Conjunto de profissionais enfermeiros atuantes na unidade. Especificamente os enfermeiros obstetrix e os que atuam como tal, deverão ser apontados separadamente em campo próprio, subtraídos do grupo de enfermeiros.

Nota técnica: para os profissionais apontados em OUTROS e TREINANDOS (vide item correspondente) deverão ser apontadas somente o total de profissionais desta categoria, não importando, neste momento, a carga horária específica.

Nível universitário/saúde – Lei 674/92

Classes previstas no anexo I subanexo 3 da LC 674/92, excluindo Enfermeiro, Médico, Médico Veterinário, Médico Sanitarista.

Nota técnica: para os profissionais apontados em OUTROS e TREINANDOS (vide item correspondente) deverão ser apontadas somente o total de profissionais desta categoria, não importando, neste momento, a carga horária específica.

Nível universitário/outros

Compreende as categorias: Administrador, Agente de Desenvolvimento Educacional, Arquiteto, Bibliotecário, Economista, Engenheiro, Estatístico, Executivo Público, Físico e Químico.

Nota técnica: Para os profissionais apontados em OUTROS e TREINANDOS (vide item correspondente) deverão ser apontadas somente o total de profissionais desta categoria, não importando, neste momento, a carga horária específica.

Nível intermediário

Compreende a quantidade de profissionais das classes listadas de acordo com a carga horária contratual.

Nota técnica (1): para os profissionais apontados na coluna OUTROS deverão ser apontadas somente o total de profissionais desta categoria, não importando, neste momento, a carga horária específica.

*Nota técnica (2): a classe **Outros** (linha) compreende: Agente Administrativo, Agente de Saúde, Almoxarife, Atendente de Consultório Dentário (ACD), Auxiliar de Desenvolvimento Infantil, Desenhista, Recreacionista, Técnico de Aparelho de Precisão, Técnico de Reabilitação Física, Técnico de Segurança do Trabalho, Visitador Sanitário.*

Nível elementar

Compreende a quantidade de profissionais das classes listadas de acordo com a carga horária contratual.

Nota técnica (1): para os profissionais apontados na coluna OUTROS deverão ser apontadas somente o total de profissionais desta categoria, não importando, neste momento, a carga horária específica.

*Nota técnica (2): a classe **Outros** (linha) compreende: Ascensorista, Atendente de Enfermagem, Auxiliar de Laboratório, Auxiliar de Radiologia, Oficial de Serviços e Manutenção, Oficial de Serviços Gráficos, Oficial de Serviços de Cine e Foto, Operador de Máquinas, Operador de Telecomunicação, Telefonista, Trabalhador Braçal e Vigia.*

Cargo em Comissão

Compreende as categorias: Encarregado de Setor, Encarregado de Turma, Chefe de Seção, Chefe de Seção Técnica, Diretor de Serviço, Diretor Técnico de Serviço, Diretor de Divisão, Diretor Técnico de Divisão, Diretor de Departamento, Diretor Técnico de Departamento, Assistente Técnico, incluindo os cargos de comando da área da saúde.

Nota técnica (1): apontar a quantidade de funcionários de acordo com a carga horária específica do cargo, obedecendo a classificação por nível (elementar, intermediário e universitário).

Nota técnica (2): o Supervisor de Equipe Técnica, em virtude de características próprias da função, deve ser apontado na CUSTOMIZAÇÃO, CADASTRO e RELATÓRIO na respectiva carreira. Ex.: o Supervisor de Equipe Técnica de Enfermagem deve ser apontado exclusivamente como enfermeiro.

Funcionários Afastados

Profissionais ativos que prestam serviço em unidades fora do âmbito da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS): autarquias, outras esferas de governo, outras Coordenadorias etc. Por exemplo: Pediatra de determinada unidade, exercendo atividade no Hospital das Clínicas.

Número de médicos (CADASTRO AMBULATÓRIO)

É o número de médicos que atendem em cada especialidade.

Nota técnica: no caso de profissionais médicos que atendam em mais de uma especialidade, estes deverão ser apontados em todas, quaisquer que sejam.

Número de Profissionais (CADASTRO AMBULATÓRIO)

É o número de profissionais não-médicos que atendem em cada especialidade.

Total de médicos (CADASTRO AMBULATÓRIO)

É o número total de médicos que atendem no ambulatório. Considerando que um mesmo profissional pode atender mais de uma especialidade, esse total não é, necessariamente, a soma dos médicos do ambulatório.

MS (CADASTRO AMBULATÓRIO)

Devem ser apontadas as especialidades que constam no cadastro/credenciamento oficial do Ministério da Saúde (CNES), independente da existência de profissional.

RELATÓRIO DE RH**Carga Horária**

É o somatório de horas efetivamente trabalhadas no mês de referência por cada categoria/especialidade, incluindo as horas trabalhadas pelos profissionais apontados como OUTROS VÍNCULOS (coluna, Cadastro/RH) e não deve incluir a carga horária dos terceirizados e dos treinandos. Deverá ser apontada em horas para cada categoria/especialidade nos diversos locais.

Nota técnica (1): estes dados não se referem a padrão de lotação das unidades.

Nota técnica (2): entenda-se por locais, as áreas: ambulatório (AMB), pronto socorro (PS), enfermaria (ENF), serviço de apoio à diagnose e terapia (SADT) e administração (ADM).

Nota técnica (3): aqueles profissionais que atuam em mais de um local, deverão ter sua carga horária total mensal distribuídas nas áreas correspondentes.

Plantões extras

Deve ser indicada a especialidade na CUSTOMIZAÇÃO e, no RELATÓRIO, ser informados por número (quantidade) de plantões, não em número de horas.

Funcionários Ausentes no Período

Número de funcionários afastados por Férias ou Licenças por período determinado (em até 15 dias ou de 16 a 30 dias de afastamento) e não a carga horária.

Nota técnica: as férias e licenças deverão ser apontadas somente no Relatório Mensal/RH, da forma estabelecida no site.

Rotatividade

Quantidade de profissionais admitidos/nomeados e demitidos/exonerados da unidade por categoria indicada no período de referência.

Número de horas/médico trabalhadas (RMIH AMBULATÓRIO)

É o somatório de horas trabalhadas por médicos em cada especialidade.

INDICADORES DE RH

INDICADORES DE GESTÃO

MÉDICOS POR LEITO

É a relação percentual entre o total de médicos e os leitos instalados.

$$\text{Médicos/Leito} = \frac{\text{total de médicos}}{\text{leitos instalados}} \times 100$$

ENFERMEIROS POR LEITO

É um indicador de resultado que mede a relação percentual entre o total de enfermeiros e os leitos instalados.

$$\text{Enfermeiro/Leito} = \frac{\text{total de enfermeiros}}{\text{leitos instalados}} \times 100$$

ENFERMAGEM POR LEITO

É a relação percentual entre o total de funcionários de enfermagem (técnicos e auxiliares devidamente registrados no COREN), independente do vínculo empregatício, e os leitos instalados.

$$\text{Enfermagem/Leito} = \frac{\text{total de pessoal de enfermagem - enfermeiros}}{\text{leitos instalados}} \times 100$$

PESSOAL POR LEITO

É a relação percentual entre o total do quadro de funcionários da unidade os leitos instalados.

$$\text{Pessoal/Leito} = \frac{\text{total de funcionários da unidade}}{\text{leitos instalados}} \times 100$$

ÍNDICE DE ROTATIVIDADE (TURN OVER)

Relação percentual entre admissões e desligamentos de pessoas do quadro da organização e o número médio do quadro de pessoal.

$$\text{Índice de Rotatividade (IR)} = \frac{(A + D) / 2}{EM} \times 100$$

A = admissões de pessoal considerando o período de 01 a 30 do mês que antecede.

D = desligamento de pessoal (por iniciativa da administração ou do servidor), considerando o período de 01 a 30 do mês que antecede.

EM = efetivo médio, considerando o período de 01 a 30 do mês que antecede (pode ser obtido pela soma dos efetivos no início e no final do período dividido por 2).

INDICADORES ASSISTENCIAIS

INDICADORES GERAIS DE INTERNAÇÃO

TAXA DE OCUPAÇÃO (TO)

É a relação percentual entre o número de pacientes-dia e número total de leitos-dia, incluindo os leitos-dia extras e excluindo os leitos-dia bloqueados. Mede a ocupação das diferentes clínicas e da instituição.

$$\text{Taxa de ocupação (TO)} = \frac{\text{nº de pacientes-dia}}{\text{nº de leitos-dia}} \times 100$$

IMPORTANTE: de acordo com a metodologia utilizada no site o resultado não pode ser maior que 100%.

MÉDIA DE PERMANÊNCIA (MP)

É a relação entre o número de pacientes-dia e o número de saídas. Mede o tempo médio que o paciente permanece internado em uma determinada clínica ou na instituição e o resultado é expresso em dias.

$$\text{Média de Permanência (MP)} = \frac{\text{nº de pacientes-dia}}{\text{nº de saídas}}$$

ÍNDICE DE ROTATIVIDADE (IR)

Relação entre o número de saídas e o número de leitos-dia total dividido pelo número de dias do mês (leitos operacionais). Mede o número de vezes que o leito foi utilizado.

$$\text{Índice de Rotatividade (IR)} = \frac{\text{nº de saídas}}{\text{nº de leitos-dia total} / \text{nº dias do mês}}$$

INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO (IS)

É a relação entre a média de permanência e a taxa de ocupação e representa o tempo médio que um leito fica desocupado entre a saída de um paciente e a entrada do próximo. O resultado é expresso em dias.

$$\text{Intervalo de substituição (IS)} = \frac{(100 - \text{taxa de ocupação}) \times \text{média de permanência}}{\text{taxa de ocupação}}$$

TAXA DE LEITOS-DIA EXTRAS (TLDE)

É o percentual de leitos-dia extras em relação à capacidade instalada (referente aos leitos instalados). Indica o uso de leitos extras por clínica e institucional.

$$\text{Taxa de leitos-dia extras} = \frac{\text{nº de leitos-dia extras}}{\text{nº de leitos instalados} \times \text{nº dias do mês}} \times 100$$

TAXA DE LEITOS-DIA BLOQUEADOS (TLDB)

É o percentual de leitos-dia bloqueados em relação à capacidade instalada (referente aos leitos instalados). Indica o bloqueio de leitos por clínica e institucional.

$$\text{Taxa de leitos-dia bloqueados} = \frac{\text{nº de leitos-dia bloqueados}}{\text{nº de leitos instalados} \times \text{nº dias do mês}} \times 100$$

TAXA DE MORTALIDADE GERAL (TMG)

É o percentual entre o total de óbitos e o número de saídas, por clínica e institucional. Mede a mortalidade total na instituição e, indiretamente, a eficiência do sistema.

$$\text{Taxa de mortalidade geral} = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de óbitos}}{\text{n}^\circ \text{ de saídas}} \times 100$$

TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL (TMI)

É a relação percentual entre os óbitos ocorridos após 24 horas do início da admissão hospitalar e o número de saídas, também por clínica e institucional. Mede o risco de mortalidade após 24 horas de internação e, indiretamente, a eficiência da assistência prestada.

$$\text{Taxa de mortalidade institucional} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos ocorridos após 24 horas de ingresso}}{\text{n}^\circ \text{ de saídas}} \times 100$$

TAXA DE CESÁREAS (TC)

É a relação percentual entre o número de cesáreas realizadas e o número total de partos. Mede a proporção de parturientes submetidas à cesáreas, prestando-se a acompanhamento e discussão de aprimoramento da atenção ao parto.

$$\text{Taxa de Cesáreas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de cesáreas}}{\text{total de partos}} \times 100$$

TAXA DE CIRURGIAS SUSPENSAS (TCS)

É o percentual de cirurgias hospitalares agendadas e posteriormente suspensas por qualquer motivo. Mede indiretamente a organização da instituição e do sistema.

$$\text{Taxa de cirurgias suspensas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de cirurgias suspensas}}{\text{n}^\circ \text{ de cirurgias agendadas}} \times 100$$

INDICADORES PSIQUIÁTRICOS

PACIENTES CRÔNICOS COM DOCUMENTOS (PD)

É percentual de pacientes crônicos que obtiveram documentos novos, emitidos ou recebidos somente no mês de referência. Para este indicador, são considerados documentos somente a certidão de nascimento ou de casamento. Avalia o trabalho de inserção social realizado na instituição.

$$\text{Pacientes com documentos} = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de pacientes crônicos com documentos novos}}{\text{n}^\circ \text{ total de pacientes-dia crônicos/n}^\circ \text{ de dias do mês}} \times 100$$

PACIENTES CRÔNICOS COM ALTA HOSPITALAR (PAH)

É percentual de pacientes crônicos com alta hospitalar. Para este indicador, são consideradas as altas com desospitalização, com egresso em domicílio próprio ou familiar ou em residência terapêutica. Avalia o trabalho de inserção social realizado na instituição.

$$\text{Pacientes com alta hospitalar} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes crônicos com alta hospitalar no mês}}{\text{n}^\circ \text{ total de pacientes-dia crônicos/n}^\circ \text{ de dias do mês}} \times 100$$

TAXA DE OCUPAÇÃO POR DEMANDA JUDICIAL (TODJ)

É o percentual de ocupação nas diferentes clínicas do hospital (agudos e crônicos) por demanda judicial. Mede a ocupação de leitos instalados por imposição judicial.

$$\text{Taxa de Ocupação por demanda judicial} = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de pac-dia por demanda judicial}}{\text{n}^\circ \text{ total de leitos-dia}} \times 100$$

FAMÍLIAS DE PACIENTES CRÔNICOS LOCALIZADAS (FL)

É o percentual de pacientes crônicos com família localizada somente no mês de referência em relação ao total de pacientes crônicos. Os pacientes com família localizada em períodos anteriores e os outros membros de família localizados posteriormente não devem ser computados porque é uma medida de incidência. Avalia o trabalho de inserção social realizado na instituição

$$\text{Pacientes com família localizada} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de famílias de pacientes localizadas no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia crônicos/n}^\circ \text{ de dias do mês}} \times 100$$

PACIENTES EM PRIMEIRA INTERNAÇÃO EM AGUDOS (PPI)

É o percentual de pacientes em primeira internação em clínica para quadros agudos em relação ao número total de pacientes agudos. Deve ser considerada a primeira internação do paciente em qualquer hospital psiquiátrico. Avalia a efetividade do sistema.

$$\text{Pacientes em primeira internação} = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de pac. agudos em primeira internação}}{\text{n}^\circ \text{ total de pacientes-dia agudos/n}^\circ \text{ dias do mês}} \times 100$$

INDICADORES CAPS

TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS DE ACOLHIMENTO (TO)

É a relação percentual entre o número de pacientes-dia e número total de leitos-dia nos leitos de acolhimento do CAPS, incluindo os leitos-dia extras e excluindo os leitos-dia bloqueados. Mede a ocupação das diferentes clínicas e da instituição. Avalia ocupação dos leitos de acolhimento.

Taxa de ocupação de leitos de acolhimento = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia no CAPS}}{\text{n}^\circ \text{ de leitos-dia do CAPS}} \times 100$

IMPORTANTE: de acordo com a metodologia utilizada no site o resultado não pode ser maior que 100%.

PROCEDIMENTO POR PACIENTE (PP)

É o número de procedimentos por paciente de CAPS nos diferentes regimes de tratamento. Mede o grau de atividade desenvolvida nos diferentes regimes de assistência.

Procedimento por paciente de CAPS = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de procedimentos}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes}}$

ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA (EIHP)

É o percentual de pacientes encaminhados para internação hospitalar psiquiátrica. Mede a resolubilidade da assistência prestada pelo CAPS.

Enc. para internação hospitalar = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes CAPS enc. para internação hospitalar}}{\text{n}^\circ \text{ total de pacientes atendidos no CAPS}} \times 100$

INDICADORES AMBULATORIAIS

PRODUTIVIDADE

É a relação entre consultas realizadas por hora trabalhada, calculada para cada especialidade. Mede o rendimento do serviço.

$$\text{Produtividade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de consultas realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ de horas trabalhadas}}$$

ABSENTEÍSMO

É o percentual de consultas agendadas que foram realizadas em relação ao total de consultas agendadas. Mede o absenteísmo na especialidade.

$$\text{Absenteísmo} = 100 - \left[\frac{\text{total de consultas realizadas} - \text{encaixes}}{\text{total de consultas agendadas}} \right] \times 100$$

TAXA DE ATIVAÇÃO DE CONSULTÓRIOS E DE SALAS CIRÚRGICAS

É a relação percentual entre as estruturas instaladas e planejadas. Mede o grau de ativação e o potencial operacional ocioso.

$$\text{Taxa de Ativação} = \frac{\text{estruturas instaladas}}{\text{estruturas planejadas}} \times 100$$

RENDIMENTO DOS CONSULTÓRIOS

É a relação entre o número total de atendimentos e o número de consultórios instalados, considerando-se o número de turnos. Mede o uso da estrutura e, indiretamente, seu potencial ocioso.

$$\text{Rendimento de Consultório} = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de atendimentos realizados}}{\text{n}^\circ \text{ de consultórios instalados} \times \text{número de turnos}}$$

PRODUTIVIDADE MÉDICA E NÃO MÉDICA

É a relação entre o número total de atendimentos e o número total de horas trabalhadas por médicos e não médicos no ambulatório. Mede produtividade total, nas duas categorias.

$$\text{Produtividade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de atendimentos realizados}}{\text{n}^\circ \text{ de horas trabalhadas}}$$

TAXA DE CIRURGIAS SUSPENSAS

É o percentual de cirurgias ambulatoriais suspensas por qualquer motivo. Mede indiretamente a organização da instituição e do sistema.

$$\text{Taxa de cirurgias suspensas} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de cirurgias suspensas}}{\text{n}^\circ \text{ de cirurgias agendadas}} \times 100$$

TAXA DE RETORNOS

É o percentual de retornos em relação ao total de consultas realizadas. Avalia as condições de referência e, especialmente, contra-referência.

$$\text{Taxa de Retornos} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de retornos}}{\text{n}^\circ \text{ de consultas}} \times 100$$

INDICADORES DE ENFERMAGEM

ÍNDICE DE ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)

Constitui-se da 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 mesmo período.

$$\text{Índice de úlcera por pressão (UPP)} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de casos novos de pacientes com UPP em determinado período}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP no mesmo período}} \times 100$$

Nota Técnica (1): úlceras por pressão são "áreas localizadas de tecido necrótico que tendem a se desenvolver quando um tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por tempo prolongado" (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1989). Para efeito da mensuração como indicador será utilizada a Escala de Braden e serão consideradas as úlceras em todos os estágios, inclusive o estágio I.

Nota Técnica (2): casos novos são as úlceras por pressão que iniciam durante o período de internação no setor onde o indicador está sendo mensurado. Pacientes que são admitidos na unidade e já apresentam UPP não deverão ser contabilizados.

Nota Técnica (3): a avaliação do risco de desenvolvimento do evento deve ser diária.

Nota Técnica (4): a mensuração segue as seguintes etapas:

- *todo primeiro dia do mês os portadores de um Escore de Braden igual ou inferior a 16 são contabilizados em planilha própria, mesmo que já tenham sido contabilizados em meses anteriores e*
- *nos demais dias só serão contabilizados pacientes novos ou antigos que apresentarem novo escore de risco para o desenvolvimento de UPP.*

Nota Técnica (5): deverá ser contabilizado em planilha própria o número de casos novos de pacientes com UPP e não o número de UPP que o paciente possui.

ÍNDICE DE NÃO-CONFORMIDADE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO PELA ENFERMAGEM (NCM).

É a relação entre o número de erros na administração de medicamentos e o número de pacientes-dia, multiplicado por 100. Sugere os eventos evitáveis que podem levar ao uso inadequado de medicamentos.

$$\text{Índice de não-conformidade (NMC)} = \frac{\text{n}^\circ \text{ casos de não-conformidades a adm. de medicamentos pela enfermagem}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia}} \times 100$$

Nota Técnica (1): serão consideradas não-conformidades as ações relacionadas à: administração de medicamento não prescrito; administração em paciente errado; administração de medicamento errado; via de administração incorreta; dose errada; não administração ou omissão de medicação prescrita; atraso na administração de medicamentos prescritos – com tolerância de 0h60m; tempo de infusão divergente do prescrito.

Nota Técnica (2): O cálculo deverá ser realizado somente sobre os casos notificados.

INCIDÊNCIA DE QUEDA DE PACIENTE (QP).

É a relação entre o número de quedas e o nº de pacientes-dia.

$$\text{Incidência de Queda (IQ)} = \frac{\text{nº de quedas}}{\text{nº de pacientes-dia}} \times 1000$$

Nota Técnica (1): queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade (Sociedade Brasileira de Gerontologia).

Será caracterizada como queda situações em que o paciente fica “pendurado” junto ao leito e deslocamento por escorregar em cadeira de rodas e ou poltrona indo ao chão. Considerar também a queda quando o paciente estiver com acompanhante.

Considerar os eventos ocorridos na sala de parto.

Caso o paciente seja amparado não considerar queda.

Nota Técnica (2): quedas ocorridas com supervisão ou orientação da enfermagem quanto à prevenção devem ser notificadas.

Nota Técnica (3): o indicador de queda será mensurado somente nas unidades que possuem pacientes internados. Os pacientes de hospital-dia não são considerados como internados, portanto, o evento não fará parte deste indicador.

Nora Técnica (4): em Hospital Psiquiátrico a queda de paciente deverá ser contabilizada somente quando o paciente estiver sobre a supervisão de enfermagem dentro da Instituição.

INCIDÊNCIA DE PERDA DE SONDA NASOGASTROENTERAL (PSNGE)

É a relação entre o número de perdas de sonda nasogastroenteral (NGE) e o número de pacientes com sonda nasogastroenteral por dia, multiplicado por 100. Inclui-se também a sonda orogastrica.

$$\text{Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral} = \frac{\text{nº de perdas de sonda NGE}}{\text{nº de pacientes com sonda NGE/dia}} \times 100$$

Nota Técnica (1): contar como PSNGE: quando for retirada por terceiros, quando ocorrer troca por problema com a sonda, fixação inadequada e os casos psiquiátricos quando o paciente retirar a sonda do outro, incluindo também os casos de pacientes não psiquiátricos.

Nota técnica (2): não contabilizar como evento PSNGE quando for necessária a retirada da mesma para procedimentos tipo traqueostomia e quando da retirada por vômitos e secreções.

Nota Técnica (3): não contabilizar como perda de sonda quando se tratar de gastrostomia e jejunostomia.

A N E X O I

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.845, DE 12 DE JUNHO DE 2008

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 2008. Seção I, p. 164-8

Dispõe sobre a [nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.785/06](#), que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES RECONHECIDAS

1. ACUPUNTURA
 2. ALERGIA E IMUNOLOGIA
 3. ANESTESIOLOGIA
 4. ANGIOLOGIA
 5. CANCEROLOGIA
 6. CARDIOLOGIA
 7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR
 8. CIRURGIA DA MÃO
 9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
 10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
 11. CIRURGIA GERAL
 12. CIRURGIA PEDIÁTRICA
 13. CIRURGIA PLÁSTICA
 14. CIRURGIA TORÁCICA
 15. CIRURGIA VASCULAR
 16. CLÍNICA MÉDICA
 17. COLOPROCTOLOGIA
 18. DERMATOLOGIA
 19. ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
 20. ENDOSCOPIA
 21. GASTROENTEROLOGIA
 22. GENÉTICA MÉDICA
 23. GERIATRIA
 24. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
 25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
 26. HOMEOPATIA
 27. INFECTOLOGIA
 28. MASTOLOGIA
 29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
 30. MEDICINA DO TRABALHO
 31. MEDICINA DE TRÁFEGO
 32. MEDICINA ESPORTIVA
 33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
 34. MEDICINA INTENSIVA
 35. MEDICINA LEGAL
 36. MEDICINA NUCLEAR
 37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
 38. NEFROLOGIA
 39. NEUROCIRURGIA
 40. NEUROLOGIA
 41. NUTROLOGIA
 42. OFTALMOLOGIA
 43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
-

44. OTORRINOLARINGOLOGIA
45. PATOLOGIA
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL
47. PEDIATRIA
48. PNEUMOLOGIA
49. PSIQUIATRIA
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
51. RADIOTERAPIA
52. REUMATOLOGIA
53. UROLOGIA

RELAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDAS

1. ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE
 2. ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA
 3. ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR
 4. ATENDIMENTO AO QUEIMADO
 5. CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA
 6. CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL
 7. CIRURGIA DA COLUNA
 8. CIRURGIA DO TRAUMA
 9. CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA
 10. CITOPATOLOGIA
 11. DENSITOMETRIA ÓSSEA
 12. DOR
 13. ECOCARDIOGRAFIA
 14. ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER
 15. ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA
 16. ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA
 17. ENDOSCOPIA DIGESTIVA
 18. ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA
 19. ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA
 20. ERGOMETRIA
 21. FONIATRIA
 22. GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA
 23. HANSENOLOGIA
 24. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA
 25. HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA
 26. HEPATOLOGIA
 27. INFECTOLOGIA HOSPITALAR
 28. INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA
 29. MAMOGRAFIA
 30. MEDICINA AEROESPACIAL
 31. MEDICINA DE URGÊNCIA
 32. MEDICINA DO ADOLESCENTE
 33. MEDICINA FETAL
 34. MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA
 35. NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
 36. NEONATOLOGIA
 37. NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA
 38. NEUROLOGIA PEDIÁTRICA
 39. NEURORRADIOLOGIA
 40. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL
 41. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL PEDIÁTRICA
 42. NUTROLOGIA PEDIÁTRICA
 43. PERÍCIA MÉDICA
-

- 44. PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA
 - 45. PSICOGERIATRIA
 - 46. PSICOTERAPIA
 - 47. PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
 - 48. PSIQUIATRIA FORENSE
 - 49. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA
 - 50. REPRODUÇÃO HUMANA
 - 51. REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA
 - 52. SEXOLOGIA
 - 53. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
 - 54. ULTRA-SONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
-

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
Núcleo de Informação Hospitalar

São Paulo
