

Taxa de mortalidade institucional

V1.01 – Novembro de 2012

Sigla	E-EFT-02
Sumário:	
Sigla	Nome
Nome	Taxa de mortalidade institucional
Conceituação	Relação percentual entre o número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente, em um mês, e o número de pacientes que tiveram saída do hospital (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito) no mesmo período.
Domínio	Em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e consequente responsabilidade do hospital seja efetivada (Ministério da Saúde, 2002a).
Relevância	
Importância	Em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e consequente responsabilidade do hospital seja efetivada (Ministério da Saúde, 2002a).
Estágio do Ciclo de Vida	
Método de Cálculo	
Definição de Termos utilizados no Indicador:	
Interpretação	Domínio
Periodicidade de Envio dos Dados	Efetividade
Público-alvo	Relevância
Usos	Essencial
Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações	Importância
Meta	Existe uma ampla variação nas taxas de mortalidade institucional entre os hospitais brasileiros (Governo do Distrito Federal, 2008; CQH, 2011). Estas diferenças marcantes são atribuíveis em grande parte ao conjunto de serviços disponibilizados (<i>service mix</i>) e ao conjunto de pacientes atendidos - <i>case mix</i> (Escrivão Junior, 2004). Contudo, presume-se que a classificação dos hospitais segundo a especialização do atendimento, porte e nível de complexidade tecnológica, permite uma análise comparativa das taxas de mortalidade institucional dentro dos grupos homogêneos estabelecidos.
Fontes dos Dados	A classificação dos hospitais aqui adotada foi adaptada da Portaria nº 2.224/GM, de 5 de dezembro de 2002 (Ministério da Saúde, 2002b).
Ações Esperadas para Causar Impacto no Indicador	Estágio do Ciclo de Vida
Limitações e Vieses	E.2
Referências	

Método de Cálculo	$\left(\frac{\text{Nº de óbitos} \geq 24\text{h de internação no período}}{\text{Nº de saídas hospitalares no período}} \right) \times 100$
Definição de Termos utilizados no Indicador: a) Numerador b) Denominador	<p>a) Numerador – Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente (óbitos institucionais), em um mês. O tempo de admissão deve ser contado a partir da entrada do paciente no hospital, incluindo, portanto, o tempo permanecido na unidade de urgência e emergência.</p> <p>b) Denominador – Número de saídas hospitalares (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar), em um mês.</p> <p>A taxa de mortalidade institucional inclui somente os óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão, enquanto no cálculo da taxa de mortalidade hospitalar são incluídos todos os óbitos ocorridos após o paciente ter dado entrada no hospital (Ministério da Saúde, 2002a). Há uma forte correlação entre esses dois indicadores, porém, para uma mesma instituição hospitalar, a taxa de mortalidade institucional será sempre menor que a taxa de mortalidade hospitalar.</p> <p>Definições (Ministério da Saúde, 2002a):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saída hospitalar: saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para o cálculo deste e de outros indicadores hospitalares. 2. Alta: 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. 3. Evasão: saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado. 4. Desistência do tratamento: 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 ao paciente. 5. Transferência externa: mudança de um paciente de um hospital para outro. 6. Óbito hospitalar: aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não. Os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital não são considerados óbitos hospitalares.
Interpretação	É desejável atingir valores mais baixos de taxa de mortalidade institucional. Contudo, altas taxas de mortalidade institucional não refletem necessariamente problemas na qualidade da assistência hospitalar prestada ao paciente, tendo em vista que diferenças entre instituições em grande parte podem ser atribuíveis ao conjunto de serviços disponibilizados (service mix) e aos distintos perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos - case mix (Noronha, 2001; Escrivão Junior, 2004).

Periodicidade de Envio dos Dados	Mensal
Público-alvo	Pacientes internados em hospitais
Usos	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria interna da qualidade da assistência à saúde. • Comparação de desempenho hospitalar (<i>benchmarking</i>). • Monitoramento da qualidade da assistência com vistas ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado à saúde.
Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações	<p>O Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar relatou no primeiro trimestre de 2011, para 76 hospitais gerais notificantes, uma taxa de mortalidade institucional mediana de 2,6%, com uma variação de 0,0% a 15,7% (CQH, 2011). Esta ampla variabilidade provavelmente é decorrente de diferenças na especialização de atendimento, porte e nível de complexidade das instituições notificantes.</p> <p>Nos hospitais de pacientes agudos do complexo hospitalar Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP, no período 2007 – 2011, a taxa de mortalidade institucional mensal variou de 3,4% a 5,3% (Governo do Estado de São Paulo, 2010). Outros hospitais de ensino de alta complexidade, o Hospital Universitário de Londrina (Brizola, 2010) e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (2011), apresentaram taxas de mortalidade institucional de 4,7% (período 2006 – 2008) e 6,8% (2011), respectivamente.</p> <p>O Governo do Distrito Federal – DF (2008) relatou uma taxa de mortalidade institucional média de 2,0%, para as suas 13 unidades hospitalares. As taxas de mortalidade institucional dos 11 hospitais regionais variaram de 0,7% a 3,6%. Para o hospital terciário da rede (Hospital de Base de Brasília), a taxa atingiu 4,7%, um valor, como esperado, acima dessa faixa. A taxa foi ainda maior para um hospital de pacientes crônicos, especializado em cuidados paliativos (Hospital de Apoio de Brasília), 18,2%.</p> <p>A ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados (2012), para um universo de 39 hospitais notificantes, encontrou no ano de 2011 uma taxa de mortalidade institucional média de 1,8%.</p> <p>Alguns hospitais gerais do SUS, sem atividade de ensino, têm relatado taxas de mortalidade institucional entre 3,0% e 4,0% (Hospital Municipal Cidade Tiradentes, 2011; Secretaria Municipal de Saúde de Diadema - SP, 2011; Hospital do Subúrbio de Salvador - Bahia, 2012).</p>

Meta	As metas serão estabelecidas para as diferentes classes de hospitais, estratificados de acordo com os critérios estabelecidos por este Programa, a partir da série histórica dos primeiros quatro meses de apuração dos dados enviados pelos hospitais participantes.
Fontes dos Dados	Resumo de alta, de óbito ou de transferência.
Ações Esperadas para Causar Impacto no Indicador	<p>As estratégias adotadas pelo <i>Canadian Institute for Health Information - Instituto Canadense de Informação sobre a Saúde</i> (2007) e pelo <i>Institute for Healthcare Improvement - Instituto para Melhoria do Cuidado à Saúde</i> (Berwick et al., 2006), dos EUA, para redução da mortalidade hospitalar, que se seguem, podem igualmente ser aplicadas para redução da mortalidade institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do cuidado hospitalar ao infarto agudo do miocárdio, pela garantia do acesso rápido e oportuno às terapias de reperfusão e às medições específicas com benefício comprovado. • Prevenção da infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central por meio da implantação de pacote (“bundle”) de medidas de alto impacto que resultam em melhoria substancial da assistência, quando implementadas em conjunto. • Prevenção de eventos adversos relacionados a medicamentos pelo processo de reconciliação de medicamentos¹. • Estabelecimento de equipes de resposta rápida: equipes de profissionais com conhecimento, habilidade e experiência para levar prontamente cuidados críticos/intensivos à beira do leito do paciente, incluindo a assistência à parada cardiorrespiratória fora das unidades de internação críticas (5 Million Lives Campaign, 2008). • Prevenção de infecções de sítio cirúrgico pelo uso racional de antibiótico profilático, tricotomia adequada (realizada somente quando necessária, imediatamente antes da cirurgia, com o auxílio de tricotomizador, nunca lâmina de barbear), controle glicêmico pós-operatório, especialmente em cirurgia cardíaca, manutenção de normotermia perioperatória, especialmente em cirurgia colorretal (5 Million Lives Campaign, 2012a). • Prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica, do tromboembolismo venoso e da hemorragia gastrintestinal por estresse em pacientes sob ventilação mecânica pela execução em conjunto de medidas específicas baseadas em evidências científicas (<i>bundle</i> de ventilação): decúbito elevado, interrupção diária da sedação e avaliação da prontidão do paciente para a extubação, higiene oral com antissépticos (clorexidina veículo oral), profilaxia da úlcera por estresse, profilaxia da trombose venosa profunda (5 Million Lives Campaign, 2012b).

¹A reconciliação de medicamentos é um processo de identificação de discrepâncias entre os medicamentos que cada paciente utiliza em casa e aqueles prescritos pelos médicos nos diversos níveis de assistência (consultas ambulatoriais, admissão, internação hospitalar, transferências internas e externas, alta hospitalar), com o objetivo de compatibilizar a terapêutica e prevenir erros de medicação (Anacleto et al., 2010).

Limitações e Vieses	<p>Mesmo após o ajuste pela idade, sexo e gravidade clínica dos pacientes, uma boa parte das diferenças observadas entre os hospitais nas taxas de mortalidade institucional e hospitalar pode ser decorrente de fatores outros que não a qualidade da atenção aos pacientes (Jarman et al., 1999).</p> <p>Diferenças nas taxas de mortalidade institucional podem ser decorrentes de distorções no registro e tratamento dos dados nos hospitais. Deste modo, Sistemas de Informação Hospitalar, como o HOSPUB², podem considerar as transferências internas como saídas hospitalares, produzindo uma diminuição artificial das taxas de mortalidade institucional (Secretaria Municipal de Saúde de Diadema - SP, 2011).</p> <p>Especialmente a literatura de língua inglesa muitas vezes exclui do numerador e do denominador da taxa de mortalidade institucional ("net death rate", "institutional death rate") os óbitos que ocorreram em menos de 48 horas da admissão hospitalar do paciente (Koch, 2000; Osborn, 2007). Esta definição diverge daquela aqui adotada, seguida pela maioria das instituições e programas de incentivo à qualidade hospitalar em nosso país, que exclui os óbitos ocorridos em menos de 24 horas da admissão.</p> <p>A classificação inadequada dos hospitais, dada à carência de critérios que refletem de maneira mais precisa o case mix e o service mix, pode tornar a comparação entre as taxas de mortalidade institucional de diferentes estabelecimentos bastante incerta (Escrivão Junior, 2004).</p>
---------------------	---

²Software de domínio público disponibilizado à rede assistencial do SUS, que tem por objetivo suprir as necessidades de Tecnologia da Informação para gerenciamento e gestão dos diversos setores e serviços existentes em uma unidade hospitalar.

Referências	<p>5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Rapid Response Teams. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. 2008. 36 p.</p> <p>5 Million Lives Campaign. How-to Guide: Prevent Surgical Site Infections. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. 2012a. 28 p.</p> <p>5 Million Lives Campaign. How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. 2012b. 45 p.</p> <p>Anacleto, T. A., et al. Erros de medicação. Revista Pharmacia Brasileira, n.74, jan-fev 2010, p.1-24 Encarte de Farmácia Hospitalar. 2010.</p> <p>ANAHp - Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHp. 4 ed. São Paulo: ANAHp. 2012. 148 p.</p> <p>Berwick, D. M., et al. The 100,000 lives campaign: setting a goal and a deadline for improving health care quality. JAMA, v.295, n.3, Jan 18, p.324-327. 2006.</p> <p>Brizola, J. B. Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. (Dissertação - Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, 2010. 85 p.</p> <p>Canadian Institute for Health Information. HSMR: A New Approach for Measuring Hospital Mortality Trends in Canada. Ottawa: CIHI. 2007. 100 p.</p> <p>CQH. Indicadores 2011 - Segundo trimestre - Hospitais Gerais. São Paulo: Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar. 2011. Disponível em: http://www.cah.org.br/files/IndiHG%202011.rar. Acesso em: 21/09/2012.</p> <p>Escrivão Junior, Á. Uso de Indicadores de Saúde na Gestão de Hospitais Públicos da Região Metropolitana de São Paulo. FGV - Fundação Getúlio Vargas/EAESP - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo. 2004. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3151/P00275_1.pdf?sequence=1. Acesso em: 23/06/2012.</p> <p>Governo do Distrito Federal. Relatório Estatístico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e Hospital Universitário de Brasília. Núcleo de Controle de Estatísticas e Tendências. Brasília. 2008. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00009094.pdf. Acesso em: 27/09/2012.</p> <p>Governo do Estado de São Paulo. Relatório de Gestão HCFMUSP. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2010. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/adm/superintendencia/relatorios/pdf/resultados_hc_2010.pdf. Acesso em: 07/08/2012.</p> <p>Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Dados Estatísticos – Ano de 2011. Uberaba, MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2011. Disponível em: http://www.ufsm.edu.br/hc/acessoainformacao/index.php/institucional. Acesso em: 28/09/2012.</p> <p>Hospital do Subúrbio de Salvador - Bahia. Indicadores Qualitativos - Período: 14/03/2012 a 13/06/2012. Salvador: Hospital do Subúrbio. 2012. Disponível em: http://www.prodalsaude.com.br/wp-content/uploads/2012/09/Indicadores%20Qualitativos%2014-06-2012%20a%2013-09-2012.pdf. Acesso em: 01/10/2012.</p> <p>Hospital Municipal Cidade Tiradentes. Indicadores Hospitalares - Desempenho e Efetividade - 3º Trimestre de 2011. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. 2011. Disponível em: http://www.hospitalcidadetiradentes.com.br/td/downloads/prestacao_contas_2011/Tiradentes3%C2%BATrimestre2011_DesempenhoEfetividade.pdf. Acesso em: 01/10/2012.</p> <p>Jarman, B., et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. BMJ, v.318, n.7197, Jun 5, p.1515-1520. 1999.</p> <p>Koch, G. Basic Allied Health Statistics and Analysis. 2 ed. Albany, NY: Delmar. 2000. 276 p.</p> <p>Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002a. 32 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)</p> <p>Ministério da Saúde. Portaria nº 2.224/GM Em 5 de dezembro de 2002. Ministério da Saúde. Brasília. 2002b. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm. Acesso em: 22/06/2012.</p>
-------------	---

Referências
(cont.)

- Noronha, M. F. d. **Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto: os Diagnosis Related Groups.** (Tese - Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. 200 p.
- Osborn, C. E. **Basic statistics for health information management technology.** Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. 2007. 292 p.
- Secretaria Municipal de Saúde de Diadema - SP. **Relatório Anual de Gestão de 2011.** Prefeitura de Diadema, SP. Diadema, SP. 2011. Disponível em: <http://www.diadema.sp.gov.br/dmp/comunicacao/Comunicacao/Site2/RelatorioAnualdeGestao2011SMSDiadema.pdf>. Acesso em: 01/10/2012.

