

		FICHA DO PROJETO		Versão 3																																																																																
		Cód. Projeto: 1.02	Sigla do HUF: MCO-UFBA																																																																																	
IDENTIFICAÇÃO																																																																																				
Nome do projeto:	Estratégias de melhorias para a gestão de leitos da MCO-UFBA																																																																																			
Gerente do projeto:	Manuela Bulhosa Silva																																																																																			
Gerente do portfólio:	Natalícia Batista Bueno																																																																																			
Área responsável:	Setor de Contratualização e Regulação (STCOR)																																																																																			
Data de início do projeto:	02/05/2024																																																																																			
Data de término do projeto:	31/12/2026																																																																																			
Tema estratégico:	1.01 Assistência																																																																																			
Objetivo estratégico:	OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar																																																																																			
Indicador impactado pelo projeto 1	Taxa de parto cesáreo																																																																																			
Indicador impactado pelo projeto 2	Taxa de ocupação hospitalar																																																																																			
Indicador impactado pelo projeto 3	Tempo médio de permanência																																																																																			
Macroproblema:	Dificuldade de gestão de leitos																																																																																			
Causa raiz:	Ausência do protocolo de gestão de leitos																																																																																			
Objetivo do projeto	Sistematizar os processos de trabalho a fim de otimizar a gestão de leitos, garantindo o cumprimento das metas contratuais, com integração das equipes multiprofissionais e fortalecimento do Núcleo Interno de Regulação (NIR).																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Macroatividade</th> <th>Entregas previstas</th> <th>Data de início</th> <th>Data limite</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Redução da taxa de parto cesáreo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Instituição do plano de parto multiprofissional</td> <td>01/06/2026</td> <td>31/12/2026</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Curso de formação de doulas autônomas na instituição</td> <td>02/06/2026</td> <td>30/11/2026</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Consolidação da Classificação de Robson</td> <td>06/03/2026</td> <td>31/12/2026</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Protocolo de LTB implementado</td> <td>02/01/2026</td> <td>31/12/2026</td> </tr> <tr> <td>Realizar capacitações</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Realizar a capacitação da indução de parto com a equipe do UCOPM</td> <td>Atualização e treinamento no POP de indução de parto</td> <td>31/03/2026</td> <td>31/05/2026</td> </tr> <tr> <td>Realizar a capacitação de parto distóxico com a equipe do UCOPM</td> <td>Elaboração, validação, publicação e treinamento no Protocolo de parto distóxico</td> <td>01/09/2026</td> <td>31/12/2026</td> </tr> <tr> <td>Realizar a capacitação do protocolo de placentação anômala com a equipe do UCOPM</td> <td>Elaboração, validação, publicação e treinamento no Protocolo de placentação anômala</td> <td>01/09/2026</td> <td>31/12/2026</td> </tr> <tr> <td>Disponibilização do curso Estratégias de melhorias para a gestão de leitos da MCO-UFBA na plataforma 3 EC</td> <td>Atualização e treinamento no Protocolos de Gestão de Leitos/ Protocolo de Alta Segura/Fluxo de Admissão na CGBP</td> <td>01/03/2026</td> <td>30/06/2026</td> </tr> <tr> <td>Otimização do giro de leitos no AGHU</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Realização de diagnóstico</td> <td>Monitoramento do tempo de Setup de leitos</td> <td>01/03/2026</td> <td>31/05/2026</td> </tr> <tr> <td>Elaboração de plano de ação</td> <td>Plano de Ação em parceria com projeto Lean nas emergências</td> <td>01/03/2026</td> <td>30/06/2026</td> </tr> <tr> <td>Plano de ação implementado</td> <td>Execução das ações programadas</td> <td>30/06/2026</td> <td>31/12/2026</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite	Redução da taxa de parto cesáreo					Instituição do plano de parto multiprofissional	01/06/2026	31/12/2026		Curso de formação de doulas autônomas na instituição	02/06/2026	30/11/2026		Consolidação da Classificação de Robson	06/03/2026	31/12/2026		Protocolo de LTB implementado	02/01/2026	31/12/2026	Realizar capacitações				Realizar a capacitação da indução de parto com a equipe do UCOPM	Atualização e treinamento no POP de indução de parto	31/03/2026	31/05/2026	Realizar a capacitação de parto distóxico com a equipe do UCOPM	Elaboração, validação, publicação e treinamento no Protocolo de parto distóxico	01/09/2026	31/12/2026	Realizar a capacitação do protocolo de placentação anômala com a equipe do UCOPM	Elaboração, validação, publicação e treinamento no Protocolo de placentação anômala	01/09/2026	31/12/2026	Disponibilização do curso Estratégias de melhorias para a gestão de leitos da MCO-UFBA na plataforma 3 EC	Atualização e treinamento no Protocolos de Gestão de Leitos/ Protocolo de Alta Segura/Fluxo de Admissão na CGBP	01/03/2026	30/06/2026	Otimização do giro de leitos no AGHU				Realização de diagnóstico	Monitoramento do tempo de Setup de leitos	01/03/2026	31/05/2026	Elaboração de plano de ação	Plano de Ação em parceria com projeto Lean nas emergências	01/03/2026	30/06/2026	Plano de ação implementado	Execução das ações programadas	30/06/2026	31/12/2026																				
Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite																																																																																	
Redução da taxa de parto cesáreo																																																																																				
	Instituição do plano de parto multiprofissional	01/06/2026	31/12/2026																																																																																	
	Curso de formação de doulas autônomas na instituição	02/06/2026	30/11/2026																																																																																	
	Consolidação da Classificação de Robson	06/03/2026	31/12/2026																																																																																	
	Protocolo de LTB implementado	02/01/2026	31/12/2026																																																																																	
Realizar capacitações																																																																																				
Realizar a capacitação da indução de parto com a equipe do UCOPM	Atualização e treinamento no POP de indução de parto	31/03/2026	31/05/2026																																																																																	
Realizar a capacitação de parto distóxico com a equipe do UCOPM	Elaboração, validação, publicação e treinamento no Protocolo de parto distóxico	01/09/2026	31/12/2026																																																																																	
Realizar a capacitação do protocolo de placentação anômala com a equipe do UCOPM	Elaboração, validação, publicação e treinamento no Protocolo de placentação anômala	01/09/2026	31/12/2026																																																																																	
Disponibilização do curso Estratégias de melhorias para a gestão de leitos da MCO-UFBA na plataforma 3 EC	Atualização e treinamento no Protocolos de Gestão de Leitos/ Protocolo de Alta Segura/Fluxo de Admissão na CGBP	01/03/2026	30/06/2026																																																																																	
Otimização do giro de leitos no AGHU																																																																																				
Realização de diagnóstico	Monitoramento do tempo de Setup de leitos	01/03/2026	31/05/2026																																																																																	
Elaboração de plano de ação	Plano de Ação em parceria com projeto Lean nas emergências	01/03/2026	30/06/2026																																																																																	
Plano de ação implementado	Execução das ações programadas	30/06/2026	31/12/2026																																																																																	
Versão: 3		Data de criação da ficha do projeto: 04/08/2026 13:20		04/08/2026 13:20																																																																																
Identificador: 802																																																																																				

Conceitos

DIRETORIA/ÁREA RESP. PELO INDICADOR		GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - GAS			
DATA DE ELABORAÇÃO DA FICHA	02/03/2026	VALIDADE	31/12/2026	VERSÃO	1
PILAR ESTRATÉGICO					
SOCIEDADE - Assistência					
OBJETIVO ESTRATÉGICO					
OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar					
PROJETO PDE					
P1.02 Estratégias de melhorias para a gestão de leitos da MCO-UFBA					
NOME DO INDICADOR					
Taxa de Parto Cesáreo (TPC)					
DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA					
Permite identificar a proporção de partos cesáreos em relação ao total de partos realizados no hospital, no período analisado. Trata-se de um dos instrumentos para avaliar a qualidade da assistência perinatal, pois uma proporção elevada de cesáreas, especialmente quando não há indicação clínica, pode indicar priorização inadequada do parto cirúrgico em detrimento do parto vaginal, expondo mulheres e recém-nascidos a riscos evitáveis.					
RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO					
1. Contrato de Objetivos; 2. Acordo Organizativo de Compromissos; 3. Plano de Negócios 2026					
RESPONSÁVEL PELA COLETA		RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO		RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS	
UCOPM		CAC/STCOR		Gerente da GAS/COLEX	
FÓRMULA DE CÁLCULO		UNIDADE DE MEDIDA		META	
TPC= $\left(\frac{\text{Número de partos cesáreos realizados no período}}{\text{Total de partos (normais + cesáreos) realizados no período}}\right) \times 100$		Percentual		<=45%	
LIMITE	POLARIDADE	PERIODICIDADE DA COLETA	PERIODICIDADE DA ANÁLISE	TIPO	
N/A	Quanto menor, melhor	Mensal	Bimestral	Resultado	
PARÂMETROS					
A OMS não estabelece parâmetro percentual fixo para a taxa de cesárea. Referências históricas de 10–15% (publicadas em 1985) não são mais utilizadas como meta de gestão. Desde 2015, com a publicação da “Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas”, a OMS orienta que a taxa global deve ser interpretada com cautela, pois varia conforme o perfil obstétrico (case mix) atendido e pode refletir diferenças de população e de organização da assistência, não necessariamente a adequação das práticas assistenciais. Assim, a OMS recomenda que a taxa global seja utilizada como indicador de contexto e tendência, e que a avaliação para fins de gestão e intervenção seja complementada pela Classificação de Robson, considerando a distribuição dos grupos, a taxa de cesárea por grupo e a contribuição de cada grupo para o resultado global. Considerando as médias observadas na Rede HU Brasil, espera-se redução progressiva a partir da implantação e do uso sistemático da Classificação de Robson para direcionamento das ações assistenciais. Média MCO-UFBA 2023: 54,8% Média Rede HU Brasil 2024: 55,0% Média Rede HU Brasil 2025*: 55,7% *Período de janeiro a novembro de 2025.					
TERMOS					
Procedimentos SIGTAP: 03.10.01.003-9 - PARTO NORMAL 03.10.01.004-7 - PARTO NORMAL EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO 03.10.01.005-5 - PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN) 04.11.01.002-6 - OPERAÇÃO CESARIANA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO					

04.11.01.003-4 - OPERAÇÃO CESARIANA
04.11.01.004-2 - OPERAÇÃO CESARIANA COM LAQUEADURA TUBARIA

CONSIDERAÇÕES:

- 1.Serão considerados as Cirurgias Múltiplas e Sequenciais;
- 2.Mês/Ano de processamento
- 3.Produção apresentada

Case mix: conceito utilizado na vigilância epidemiológica e na avaliação de serviços de saúde para caracterizar a composição clínica e obstétrica da população atendida, permitindo a interpretação adequada de indicadores assistenciais, como a taxa de partos cesárea.

METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO

Extração e consolidação dos dados dos bancos RD, RJ e SP do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), com identificação e exclusão de duplicidades a partir do número da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) como chave primária. Os registros válidos são somados entre os três bancos para obtenção da produção hospitalar apresentada, após seleção dos procedimentos específicos. Trata-se de indicador cumulativo, com agregação mensal das competências.

FORMA DE VALIDAÇÃO

A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados extraídos das bases nacionais do SUS com a utilização de séries históricas

LIMITAÇÕES E VIESES

Trata-se de um indicador de interpretação complexa, pois taxas elevadas podem refletir maior proporção de casos com indicação clínica ou práticas assistenciais inadequadas, e taxas baixas podem sinalizar barreiras de acesso, subutilização ou restrição indevida do procedimento; também pode haver viés de seleção, como concentração de gestações de alto risco em determinadas instituições e influência de preferências da gestante ou da organização da rede assistencial no local de atendimento, motivo pelo qual se recomenda usar como principal referencial a série histórica do próprio hospital, com análise de tendência ao longo do tempo.

Conforme orientações da OMS, a taxa global de cesárea, quando analisada isoladamente, deve ser interpretada com cautela, pois não ajusta o perfil obstétrico, não identifica os grupos que mais contribuem para o resultado e pode induzir comparações inadequadas e metas numéricas dissociadas de análise estruturada e de desfechos maternos e perinatais, sendo recomendada sua utilização de forma contextual e complementada pela Classificação de Robson. Na Rede Ebserh, essas limitações são potencializadas, pois nem todos os HUFs possuem a Classificação de Robson implantada e não há diagnóstico sistemático por grupos em todos os hospitais, o que restringe a comparabilidade entre serviços e reduz a capacidade de definir prioridades e monitorar, de forma orientada à intervenção, o efeito das ações de melhoria.

Adicionalmente, o indicador pode estar sujeito a limitações relacionadas à qualidade e tempestividade dos registros e do processamento das informações, incluindo falhas de consolidação local, possíveis defasagens entre período de ocorrência e período de processamento nas bases utilizadas e necessidade de atualização de cadastros estruturantes (por exemplo, habilitações e informações no CNES), quando aplicável.

FONTE

Sistema de Informação Hospitalar (SIH/DATASUS/MS)

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2003 (IDB 2003) – Brasília: 2002.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Sistema de Informações Hospitalares. DATASUS. Brasília, 2002. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mrmap.htm>. Acesso em set 2004.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Saúde Brasil 2004: Uma análise da situação de saúde. Brasília: 2004.
4. MARTINS-COSTA S H (org.). Projeto diretrizes. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em http://www.cfm.org.br/Projeto_Diretrizes. 2002.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: 1996.
6. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>.
7. World Health Organization. 2015. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.

Conceitos

DIRETORIA/ÁREA RESP. PELO INDICADOR

GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - GAS

DATA DE ELABORAÇÃO DA FICHA

02/03/2026

VALIDADE

31/12/2026

VERSÃO

1

PILAR ESTRATÉGICO

SOCIEDADE - Assistência

OBJETIVO ESTRATÉGICO

OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar

PROJETO PDE

P1.02 Estratégias de melhorias para a gestão de leitos da MCO-UFBA

NOME DO INDICADOR

Taxa de Ocupação Hospitalar

DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA

Este indicador permite avaliar o grau de utilização dos leitos ativos no hospital. Mede o perfil de utilização e a eficácia da gestão de leitos, a qual aumenta a oferta de leitos para o Sistema Único de Saúde, se for realizada de forma eficiente. Está relacionado às boas práticas clínicas e de gestão do leito. A taxa de ocupação hospitalar está relacionada ao giro de leito e a média de permanência. Deve-se observar os parâmetros instituídos pela legislação vigente do SUS.

RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO

1. Contrato de Objetivos;
2. Acordo Organizativo de Compromissos;
3. Plano de Negócios 2026

RESPONSÁVEL PELA COLETA

RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO

RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS

NIR

CAC/STCOR

Gerente da GAS/COLEX

FÓRMULA DE CÁLCULO

UNIDADE DE MEDIDA

META

(Número de pacientes-dia no período / Número de leitos-dia operacionais no período) X 100

Percentual

>=85%

LIMITE

POLARIDADE

PERIODICIDADE DA COLETA

PERIODICIDADE DA ANÁLISE

TIPO

100%

Quanto maior, melhor

Mensal

Bimestral

PARÂMETROS

Taxa de ocupação > = 85%

TERMOS

1. Paciente-Dia: é o somatório de dias que cada paciente permaneceu internado em um determinado período. Destaca-se que não são computados como paciente-dia os usuários internados em unidades funcionais com a característica de Hospital Dia. Também são excluídas da contagem as internações em unidades classificadas como: Unidade Virtual, Internação Domiciliar, Ambulatório e Hospital Dia. O dia da saída do paciente é contabilizado como paciente-dia somente quando a alta ocorre no mesmo dia da internação.
2. Leitos de Internação (Leito Existente): corresponde a média de leitos de internação ativos em determinado período, considerando aqueles com as seguintes situações: Ocupado, Livre, Reservado, Informativo, Bloqueio, Bloqueio Infecção e Bloqueio Limpeza. Não são computados como leitos de internação (leitos existentes): leitos classificados como Hospital Dia, Observação ou Extras; Leitos cadastrados em unidades funcionais do tipo: unidade virtual, hospital-dia, ambulatório e internação domiciliar. Não computam os leitos cadastrados em unidades funcionais com a flag hospital dia marcada.
CONSIDERAÇÕES :
1.Leito de Internação Ocupado: Número dos leitos de internação ativos com situação Ocupado. Não computam os leitos do tipo hospital dia, do tipo observação e extras. Não computam os leitos de qualquer tipo cadastrados em unidades funcionais do tipo virtual, hospital-dia, ambulatório e internação domiciliar. Não computam os leitos cadastrados em unidades funcionais com a flag hospital dia marcada;
2.Leitos de Internação Bloqueado: Número dos leitos de internação ativos com situação: Bloqueio, Bloqueio Infecção e Bloqueio Limpeza. Não computam os leitos do tipo hospital dia, do tipo observação e extras. Não computam os leitos de qualquer tipo cadastrados em unidades funcionais do tipo virtual, hospital-dia, ambulatório e internação
3.Leito de Internação Ocupado: Número dos leitos de internação ativos com situação Ocupado. Não computam os leitos do tipo hospital dia, do tipo observação e extras. Não computam os leitos de qualquer tipo cadastrados em unidades funcionais do tipo virtual, hospital-dia, ambulatório e internação domiciliar. Não computam os leitos cadastrados em unidades funcionais com a flag hospital dia marcada

METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO

AGHU

FORMA DE VALIDAÇÃO

A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados extraídos do AGHU com a utilização de séries histórica como referência.

LIMITAÇÕES E VIESES

Indicador sensível a uma gama de processos e ações, internos e externos à gestão hospitalar, que podem interferir no alcance das metas, tais como, regulação do acesso (gestor de saúde) e regulação intra-hospitalar (Núcleo Interno de Regulação), resolutividade da atenção primária, perfil da instituição, protocolos assistenciais, provimento de pessoas, infraestrutura física e tecnológica, abastecimento tempestivo.

Falhas no carregamento / atualizações de versões do AGHU podem comprometer a coleta de dados e o resultado do indicador.

Falhas no processamento da informação podem comprometer a coleta de dados e o resultado do indicador.

FONTE

Contrato de Objetivos : SIH/Datasus

Acordo Organizativo de Compromissos e Sala de Situação: AGHU

REFERÊNCIAS

1- Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2ª ed. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32p.

2-Brasil. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais. [acessado em 16/06/2020]. Disponível em <http://www.ans.gov.br/prestadores/qualissprograma-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude/monitoramento-da-qualidade-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/modulos-e-indicadores/qualiss-indicadores-hospitalares-essenciais-2013-14>.

3- EBSERH: Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares.

Conceitos

DIRETORIA/ÁREA RESP. PELO INDICADOR GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - GAS

DATA DE ELABORAÇÃO DA FICHA 02/03/2026 VALIDADE 31/12/2026 VERSÃO 1

PILAR ESTRATÉGICO

SOCIEDADE - Assistência

OBJETIVO ESTRATÉGICO

OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar

PROJETO PDE

P1.02 Estratégias de melhorias para a gestão de leitos da MCO-UFBA

NOME DO INDICADOR

Tempo Médio de Permanência Hospitalar

DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA

Avalia a permanência de pacientes em leitos. Está relacionado às boas práticas clínicas e de gestão do leito. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional.

RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO

- 1. Contrato de Objetivos;
- 2. Acordo Organizativo de Compromissos.

RESPONSÁVEL PELA COLETA

NIR

RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO

CAC/STCOR

RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS

Gerente da GAS/COLEX

FÓRMULA DE CÁLCULO

Número de pacientes - dia no período / número de saídas hospitalares no período

UNIDADE DE MEDIDA

Dias

META

5,2 dias

LIMITE

N/A

POLARIDADE

Quanto menor, melhor

PERIODICIDADE DA COLETA

Mensal

PERIODICIDADE DA ANÁLISE

Bimestral

TIPO

Resultado

PARÂMETROS

Reduzir 10% no ano, levando em consideração o resultado alcançado no ano anterior.

TERMOS

1. Paciente-Dia: é o somatório de dias que cada paciente permaneceu internado em um determinado período. Não são computados pacientes internados em unidades funcionais com a característica de hospital dia marcada. Também não computadas unidades funcionais do tipo: Unidade Virtual, Internação Domiciliar, Ambulatório e Hospital Dia;
2. Saídas hospitalares: Somatório de todas as altas administrativas ocorridas em um determinado período, considerando todos os tipos de leitos. São excluídas desse total as saídas provenientes de leitos classificados como hospital-dia e observação. Também são desconsideradas as saídas de unidades funcionais classificadas como: virtual, internação domiciliar, ambulatório, hospital-dia, bem como aquelas que possuem a flag de hospital-dia ativada.
- CONSIDERAÇÕES:
1. Leitos de observação: Leitos do tipo observação urgência/emergência, PP, RPA e observações diversas (PDT):
- Observação Pré-Parto (PP): leitos com tipos de leitos hospitalares: observação e classificação de leitos hospitalares do tipo: pré-parto.
- Observação Emergência: leitos com tipos de leitos hospitalares: observação e classificação de leitos hospitalares do tipo: urgência/emergência.
- Observação Diversas: deve conter todos os tipos de leitos hospitalares: observação e classificação de leitos hospitalares dos tipos: Apoio PDT (Patologia Clínica / Medicina Laboral), Apoio PDT Hemodinâmica, Apoio PDT Radioterapia, Apoio PDT Nefrologia, Apoio PDT Medicação, Apoio PDT Endoscopia, Apoio PDT Quimioterapia, Apoio PDT Hemoterapia.
2. Hospital Dia: leitos com tipos de leitos hospitalares: Hospital Dia.

METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO

AGHU

FORMA DE VALIDAÇÃO

A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados extraídos do AGHU com a utilização de séries histórica como referência.

LIMITAÇÕES E VIESES

Indicador sensíveis a uma gama de processos e ações, internos e externos à gestão hospitalar, que podem interferir no alcance das metas, tais como, regulação do acesso (gestor de saúde) e regulação intra-hospitalar (Núcleo Interno de Regulação), resolutividade da atenção primária, perfil da instituição, protocolos assistenciais, provimento de pessoas, infraestrutura física e tecnológica, abastecimento tempestivo.

Falhas no carregamento / atualizações de versões do AGHU podem comprometer a coleta de dados e o resultado do indicador.

Falhas no processamento da informação podem comprometer a coleta de dados e o resultado do indicador.

FONTE

1. Contrato de Objetivos : SIH/Datasus
2. Acordo Organizativo de Compromissos : AGHU

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2ª ed. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32p.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais. [acessado em 16/06/2020]. Disponível em <http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programade-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude/monitoramento-da-qualidade-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/moduloseindicadores/qualiss-indicadores-hospitalares-essenciais-2013-14>.
- 3- EBSEH: Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO