

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Assistência à Saúde
Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais

**PADRONIZAÇÃO
DA NOMENCLATURA
DO CENSO HOSPITALAR**

Série A. Normas e Manuais Técnicos
2.^a edição revista

Brasília – DF
2002

©2002. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª Edição. Previsão de 10.000 exemplares, execução de 2.000 exemplares – Maio 2002.

2.ª Edição revista – 8.000 exemplares – Junho 2002.

Barjas Negri

Ministro de Estado da Saúde

Renilson Rehem de Souza

Secretário de Assistência à Saúde

Alberto Beltrame

Diretor do Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais

Jorge Raimundo Nahas

Coordenação-Geral da Coordenação de Gestão Hospitalar

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Assistência à Saúde

Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais

Coordenação-Geral de Gestão Hospitalar

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 9.º andar, sala 915

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 315 2162

Colaboradores:

Elfa Maria Gomes Meinecke

Eloíza Andrade de Almeida Rodrigues

Lícia Galindo Ronald de Almeida Cardoso

Rodrigo Rodrigues Miranda

Consultoria Técnica:

Mônica Silva Monteiro de Castro

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte – Editora MS

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais.

Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)

ISBN 85-334-0528-6

1. Nomenclatura. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. III. Título. IV. Série.

NLM W 15

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Fones: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

AGRADECIMENTOS

A todos que participaram, em especial aos Hospitais e Instituições, enviando críticas e sugestões em atendimento à Consulta Pública n.º 04, de 17 de setembro de 2001, participando assim na formulação da presente Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar.

- Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
- Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas/Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde
- Fundação Padre Albino de Catanduva (SP)
- Gerência de Avaliação em Serviços de Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde
- Hospital Carlos Chagas de Itabira (MG)
- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP)
- Hospital das Clínicas da UFMG (MG)
- Hospital das Clínicas da UFPR (PR)
- Hospital das Clínicas de Uberlândia (MG)
- Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina da USP (SP)
- Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre (MG)
- Hospital das Forças Armadas de Brasília (DF)
- Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo (SP)
- Hospital São Rafael de Salvador (BA)
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ (RJ)
- Hospital Universitário HUNIG de Nova Iguaçu (RJ)
- Núcleo Técnico do Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar da Associação Paulista de Medicina
- Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes (RJ)
- Secretaria Estadual de Saúde do Pará
- Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
- Sociedade Piauiense de Combate ao Câncer (PI)
- Superintendência de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

PORTARIA N.º 312 DE 30 DE ABRIL DE 2002	7
1 INTRODUÇÃO	9
2 GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES	11
2.1 MOVIMENTO DE PACIENTES	11
2.1.1 Observação hospitalar	11
2.1.2 Internação hospitalar	11
2.1.3 Censo hospitalar diário	11
2.1.4 Entrada	12
2.1.5 Saída	12
2.1.6 Alta	12
2.1.7 Evasão	13
2.1.8 Desistência do tratamento	13
2.1.9 Transferência interna	13
2.1.10 Transferência externa	13
2.1.11 Óbito hospitalar	14
2.1.12 Óbito institucional	14
2.1.13 Hospital-dia	14
2.1.14 Reinternação	14
2.2 CLASSIFICAÇÃO DE LEITOS	15
2.2.1 Leito hospitalar de internação	15
2.2.2 Leito hospitalar de observação	15
2.2.3 Leito de observação reversível	16
2.2.4 Leito planejado	16
2.2.5 Leito instalado	16
2.2.6 Leito desativado	17
2.2.7 Leito operacional	17
2.2.8 Leito bloqueado	17
2.2.9 Leito ocupado	18
2.2.10 Leito vago	18
2.2.11 Leito extra	18
2.2.12 Leito de isolamento	19
2.2.13 Leito de isolamento reverso	19
2.2.14 Leito de pré-parto	19
2.2.15 Leito de recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica	19

2.2.16	Leito de unidade de tratamento intensivo (UTI)	19
2.2.17	Leito de unidade de tratamento semi-intensivo	19
2.2.18	Leito especializado	20
2.2.19	Leito indiferenciado	20
2.2.20	Leito de longa permanência	20
2.2.21	Alojamento conjunto	20
2.2.22	Berço de recém-nascido em alojamento conjunto	20
2.2.23	Leito de bercário para recém-nascido sadio	21
2.2.24	Leito de observação em berçário	21
2.2.25	Leito de internação em berçário	21
2.2.26	Leito infantil	21
2.3	MEDIDAS HOSPITALARES	22
2.3.1	Dia hospitalar	22
2.3.2	Leito/dia	22
2.3.3	Paciente/dia	22
2.3.4	Leito/hora	23
2.3.5	Paciente/hora	23
2.3.6	Capacidade hospitalar planejada	23
2.3.7	Capacidade hospitalar instalada	23
2.3.8	Capacidade hospitalar operacional	24
2.3.9	Capacidade hospitalar de emergência	24
3	INDICADORES HOSPITALARES	25
3.1	MÉDIA DE PACIENTES/DIA	25
3.2	MÉDIA DE PERMANÊNCIA	25
3.3	TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR	25
3.4	TAXA DE OCUPAÇÃO OPERACIONAL	26
3.5	TAXA DE OCUPAÇÃO PLANEJADA	26
3.6	TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR	26
3.7	TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	26
4	BIBLIOGRAFIA	29
5	ÍNDICE REMISSIVO	31

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (SAS)

Portaria n.º 312 de 30 de abril de 2002*

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições, Considerando o crescente uso de parâmetros de assistência e cobertura no planejamento das ações do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a necessidade de obtenção de dados confiáveis sobre a disponibilidade e utilização de leitos hospitalares em todo o País;

Considerando a importância do censo hospitalar diário como fonte primária destes dados e para a obtenção de indicadores correlatos;

Considerando que a variedade de termos utilizados para designação de situações comuns a todos os hospitais e a não uniformização da nomenclatura usada nos censos dificultam a formulação das pesquisas, a interpretação das informações geradas e a realização de estudos comparativos entre os diversos serviços existentes no País;

Considerando a desejável padronização das definições/nomenclaturas a serem utilizadas na realização dos censos hospitalares, e

Considerando a Consulta Pública n.º 04, de 17 de setembro de 2001, e as contribuições recebidas nesta consulta, resolve:

Art. 1.º - Estabelecer, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar constante do Anexo desta Portaria.

Parágrafo Único – a Nomenclatura ora padronizada bem como os conceitos nela definidos devem ser utilizados pelos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde na elaboração de seus respectivos Censos Hospitalares e na apresentação de dados estatísticos ao Ministério da Saúde.

Art. 2.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

*Publicado no DOU de 2 de maio de 2002.

1 INTRODUÇÃO

As estatísticas hospitalares são fundamentais para as atividades de planejamento e avaliação da utilização de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estas estatísticas, no entanto, podem ser distorcidas em virtude da variedade de definições/nomenclaturas utilizadas pelos diversos hospitais integrantes do SUS e que são empregadas ao se preencher o censo hospitalar. A não unificação da nomenclatura utilizada dificulta a formulação das pesquisas, a interpretação das informações geradas e a realização de estudos comparativos entre os diversos serviços existentes no País.

O presente documento é fruto de trabalho desenvolvido pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, através da Coordenação de Gestão Hospitalar do Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais, e tem como objetivo padronizar a linguagem utilizada na confecção de censos hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde, em todo o País.

Vários hospitais brasileiros desenvolveram, isoladamente, esforços no sentido de adotar sua nomenclatura padrão – para uso interno – a ser empregada na confecção de seus respectivos censos hospitalares. Na formulação deste trabalho, estas experiências foram levadas em conta, assim como experiências anteriores do próprio Ministério da Saúde sobre o assunto, o Glossário de Termos Comuns nos Serviços de Saúde do Mercosul, o Glossário para Produção de Estatísticas em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal e outras referências disponíveis sobre censo hospitalar.

Uma versão inicial desta padronização foi submetida à Consulta Pública n.º 04, de 17 de setembro de 2001, durante 60 dias, que teve como objetivo promover uma ampla discussão do tema, possibilitando a participação dos gestores do SUS, hospitais, profissionais de saúde e demais interessados no assunto, na elaboração do texto final desta padronização. A versão final levou em conta as sugestões encaminhadas por diversos hospitais e instituições de saúde brasileiras.

Temos a expectativa de que as definições apresentadas auxiliem na formulação de indicadores a serem utilizados por diversos setores do hospital, por entendermos que a análise de dados resultantes de indicadores claramente definidos é uma poderosa ferramenta de gestão.

2 GLOSSÁRIO DE TERMOS HOSPITALARES

2.1 MOVIMENTO DE PACIENTES

2.1.1 Observação hospitalar

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

Termos relacionados: internação hospitalar.

Notas técnicas: o limite de 24 horas é o limite máximo para a observação hospitalar. Idealmente um paciente deve permanecer em observação apenas pelo tempo necessário, por exemplo, para que seja observado o efeito de um tratamento ou seja tomada uma decisão sob a internação ou não do mesmo. Os leitos de observação em geral oferecem menos condições de conforto e privacidade para os paciente e por razões humanitárias deve-se manter o período de observação restrito ao necessário para a segurança do paciente e para a tomada da decisão clínica.

2.1.2 Internação hospitalar

Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas.

Termos equivalentes: admissão hospitalar.

Termos relacionados: observação hospitalar.

Notas técnicas (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.

Notas técnicas (2): os pacientes que têm grandes chances de permanecerem dentro do hospital por menos de 24 horas devem ocupar leitos de observação, de forma a evitar a contabilização indevida de pacientes-dia no censo hospitalar diário.

2.1.3 Censo hospitalar diário

É a contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços do hospital.

Termos relacionados: dia hospitalar

Notas técnicas (1): deve-se levar em consideração os leitos bloqueados e os leitos extras, bem como a contagem e o registro do número de internações, altas, óbitos, transferências internas e externas, evasões e desistência do tratamento ocorridos nas 24 horas relativas ao censo. Para efeito de censo, as unidades de tratamento intensivo (UTI) devem ser consideradas unidades de internação.

Notas técnicas (2): considerando-se a realidade de muitos hospitais brasileiros, em que muitos pacientes iniciam o período de internação na unidade de emergência, às vezes lá permanecendo internados por vários dias, as unidades de emergência também devem realizar censos hospitalares.

2.1.4 Entrada

É a entrada do paciente na unidade de internação, por internação, incluindo as transferências externas, ou por transferência interna.

Termos relacionados: internação, transferência interna transferência externa.

2.1.5 Saída

É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares.

Termos equivalentes: egresso hospitalar, paciente egresso.

Termos relacionados: alta, evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa, óbito hospitalar, óbito institucional.

Notas técnicas: as saídas por alta ou transferência são consideradas saídas com parecer médico favorável e as saídas por evasão ou desistência do tratamento são consideradas saídas com parecer médico desfavorável.

2.1.6 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. O paciente poderá, caso necessário, passar a receber outra modalidade de assistência, seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio.

Termos relacionados: saída.

2.1.7 Evasão

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

Termos relacionados: saída.

2.1.8 Desistência do tratamento

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 ao paciente.

Termos equivalentes: alta a pedido.

Termos relacionados: saída.

Notas técnicas: alta a pedido foi considerada sinônimo de desistência do tratamento, tendo em vista que, visando a melhor utilização dos recursos hospitalares, todo paciente que se encontra internado em hospital deve estar internado por alguma condição médica que exija tratamento ou observação hospitalar. Logo, se o paciente pede alta, ele está desistindo do tratamento proposto para a condição médica que motivou a internação.

2.1.9 Transferência interna

Mudança de um paciente de uma unidade de internação para outra dentro do mesmo hospital. O paciente não recebe alta e não é realizada nova internação, ou seja, toda a permanência de um paciente dentro de um hospital corresponde a uma única internação.

Termos relacionados: saída, transferência externa.

Notas técnicas: as transferências internas não são consideradas saídas para o cálculo das estatísticas hospitalares, de forma a evitar a contabilização da saída de um mesmo paciente duas vezes.

2.1.10 Transferência externa

Mudança de um paciente de um hospital para outro.

Termos relacionados: saída, transferência interna.

2.1.11 Óbito hospitalar

É 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.

Termos relacionados: saída, óbito institucional.

Notas técnicas: os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital não são considerados óbitos hospitalares.

2.1.12 Óbito institucional

É aquele que ocorre após decorridas pelo menos 24 horas do início da admissão hospitalar do paciente. Exclui os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas de internação hospitalar.

Termos relacionados: saída, óbito hospitalar.

Notas técnicas: em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e conseqüente responsabilidade do hospital seja efetivada.

2.1.13 Hospital-dia

Unidade hospitalar onde os pacientes recebem cuidados de saúde de forma programada, permanecendo durante o dia sob cuidados médicos e não requerendo estadia durante a noite.

Notas técnicas: não confundir os leitos de hospital-dia, que são leitos hospitalares de observação, com a unidade de medida leitos/dia.

2.1.14 Reinternação

É a internação de um paciente num hospital dentro de um período de tempo definido após a alta deste paciente do mesmo hospital.

Notas técnicas: a definição do período de tempo dentro do qual uma nova internação é chamada de reinternação pode variar dependendo do objetivo com que esse evento é medido.

2.2 CLASSIFICAÇÃO DE LEITOS

2.2.1 Leito hospitalar de internação

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

Termos equivalentes: leito.

Termos relacionados: leito hospitalar de observação, leito auxiliar reversível, leito planejado, leito instalado, leito desativado, leito operacional, leito bloqueado, leito ocupado, leito vago, leito extra, leito de isolamento, leito de isolamento reverso, leito de pré-parto, leito de recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica, leito de unidade de tratamento intensivo (UTI), leito de unidade de tratamento semi-intensivo, leito especializado, leito indiferenciado, leito de longa permanência, alojamento conjunto, berço de recém-nascido em alojamento conjunto, leito de berçário para recém-nascido sadio, leito de observação em berçário, leito de internação em berçário, leito infantil.

Notas técnicas (1): não devem ser considerados leitos hospitalares de internação os leitos de observação, incluindo os leitos de pré-parto e os leitos de recuperação pós-anestésica, os berços de alojamento conjunto, os leitos de berçário para recém-nascidos saudáveis, as camas destinadas a acompanhantes e funcionários do hospital e os leitos de serviços diagnósticos. Em situações excepcionais, um leito hospitalar de observação ou uma maca podem corresponder a um leito hospitalar de internação.

Notas técnicas (2): os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo correspondem a uma parcela importante e crescente dos leitos hospitalares e grande volume de recursos é destinado a esses leitos. Não é mais uma prática viável ou recomendável o bloqueio de um leito de internação para um paciente internado em leito de tratamento intensivo ou semi-intensivo. Por essas razões, os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo devem ser considerados leitos hospitalares de internação.

2.2.2 Leito hospitalar de observação

É o leito destinado a paciente sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas. Os leitos de hospital-dia são leitos hospitalares de observação.

Termos equivalentes: leito auxiliar.

Termos relacionados: leito auxiliar reversível, leito de hospital-dia.

Notas técnicas: o leito de observação ou auxiliar não deve ser considerado leito hospitalar de internação, exceto quando ele estiver sendo utilizado como leito extra para internação ou quando o paciente permanecer nesse leito por mais de 24 horas por qualquer razão.

2.2.3 Leito de observação reversível

É o leito hospitalar de observação que pode ser revertido para um leito de internação em caso de necessidade.

Termos equivalentes: leito auxiliar reversível.

Notas técnicas: a definição de leito de observação reversível implica que já exista por parte do hospital uma estratégia para a reversibilidade desse leito em caso de necessidade, como por exemplo a forma de realocação de recursos humanos e de disponibilidade de recursos materiais.

2.2.4 Leito planejado

É todo o leito previsto para existir em um hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor, mesmo que esse leito esteja desativado por qualquer razão.

Termos equivalentes: leito institucional, leito total.

Termos relacionados: capacidade hospitalar planejada, leito instalado.

2.2.5 Leito instalado

É o leito habitualmente utilizado para internação, mesmo que ele eventualmente não possa ser utilizado por um certo período, por qualquer razão.

Termos equivalentes: leito permanente, leito fixo, leito ativo.

Termos relacionados: capacidade hospitalar instalada, leito planejado, leito desativado, leito operacional.

Notas técnicas: o leito instalado deve corresponder ao leito informado no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

2.2.6 Leito desativado

É o leito que nunca foi ativado ou que deixa de fazer parte da capacidade instalada do hospital por alguma razão de caráter mais permanente como, por exemplo, o fechamento de uma unidade do hospital.

Termos equivalentes: leito desinstalado.

Termos relacionados: leito planejado, leito instalado.

Notas técnicas (1): o leito bloqueado por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal) não deve ser considerado leito desativado e sim leito bloqueado, porque voltará a ser leito disponível tão logo se resolva o problema que deu origem ao bloqueio.

Notas técnicas (2): se o hospital não tem condição de manter certo número de leitos em funcionamento, esses leitos devem ser desativados, e essa informação deve ser atualizada no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

2.2.7 Leito operacional

É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.

Termos equivalentes: leito disponível.

Termos relacionados: capacidade hospitalar operacional, leito instalado, leito desativado, leito bloqueado.

Notas técnicas: inclui o leito extra que estiver sendo utilizado.

2.2.8 Leito bloqueado

É o leito que, habitualmente, é utilizado para internação, mas que no momento em que é realizado o censo não pode ser utilizado por qualquer razão (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).

Termos equivalentes: leito indisponível, leito interditado.

Termos relacionados: leito operacional.

Notas técnicas: a falta de roupa de cama limpa não deve ser considerada motivo de bloqueio de leito.

2.2.9 Leito ocupado

É o leito que está sendo utilizado por um paciente.

Termos relacionados: leito vago.

Notas técnicas (1): se um paciente está internado em um leito, porém se encontra temporariamente fora do mesmo, por exemplo para a realização de um exame ou procedimento cirúrgico, o leito é considerado ocupado, desde que o paciente vá retornar para aquele leito após o término do procedimento.

Notas técnicas (2): um leito é considerado ocupado até a saída efetiva do paciente deste leito.

2.2.10 Leito vago

É o leito que está em condições de ser ocupado, mas que não está sendo utilizado por um paciente no momento do censo.

Termos equivalentes: leito desocupado, leito disponível.

Termos relacionados: leito ocupado.

Notas técnicas: o leito extra desocupado não é considerado leito vago.

2.2.11 Leito extra

Cama ou maca que não são habitualmente utilizados para internação, mas que por qualquer razão são ativados, seja em áreas que habitualmente não seriam destinadas à internação, seja em áreas que passam a comportar mais leitos do que normalmente comportam, mesmo que esses leitos sejam disponibilizados em condições diferentes das habituais.

Termos relacionados: capacidade hospitalar de emergência, capacidade hospitalar operacional.

Notas técnicas: a utilização de leito extra implica que a capacidade operacional da unidade em que se localiza o leito extra está sendo aumentada.

2.2.12 Leito de isolamento

É o leito de internação instalado em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinado à internação de paciente suspeito ou portador de doenças transmissíveis.

Termos relacionados: leito de isolamento reverso.

2.2.13 Leito de isolamento reverso

É o leito de internação instalado em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinado à proteção de paciente altamente susceptível a infecções, como os imunodeprimidos e grandes queimados.

Termos relacionados: leito de isolamento.

2.2.14 Leito de pré-parto

É o leito auxiliar localizado nas salas de pré-parto e que é utilizado pela paciente durante o trabalho de parto até o momento da realização do parto.

2.2.15 Leito de recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica

É o leito auxiliar destinado à prestação de cuidados pós-anestésicos ou pós-cirúrgicos imediatos a paciente egresso do bloco cirúrgico e que é utilizado por esse paciente até que ele tenha condições de ser liberado para o leito de internação.

2.2.16 Leito de unidade de tratamento intensivo (UTI)

Leito destinado ao tratamento de paciente grave e de risco que exija assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

Termos relacionados: leito de unidade de tratamento semi-intensivo.

2.2.17 Leito de unidade de tratamento semi-intensivo

Leito destinado à internação de paciente que não necessita de cuidados intensivos, mas que ainda requer atenção especial diferenciada da adotada na unidade de internação.

Termos relacionados: leito de unidade de tratamento intensivo.

2.2.18 Leito especializado

Leito hospitalar destinado a acomodar paciente de determinada especialidade médica.

Termos relacionados: leito indiferenciado.

2.2.19 Leito indiferenciado

Leito hospitalar destinado a acomodar paciente de qualquer especialidade médica.

Termos equivalentes: leito não especializado.

Termos relacionados: leito especializado.

2.2.20 Leito de longa permanência

É o leito hospitalar cuja duração média de internação é maior ou igual a 30 (trinta) dias.

Notas técnicas: a definição de leito de curta permanência como aquele em que a média de internação é menor que 30 dias foi excluída por acreditarmos que tal definição estaria em desacordo com as políticas de redução de média de permanência definidas pelo Ministério da Saúde.

2.2.21 Alojamento conjunto

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.

Termos relacionados: berço de recém-nascido em alojamento conjunto, leito de observação em berçário.

2.2.22 Berço de recém-nascido em alojamento conjunto

Berço destinado ao recém-nascido sadio em regime de alojamento conjunto e localizado junto ao leito da mãe.

Termos relacionados: alojamento conjunto, leito de berçário para recém-nascido sadio.

Notas técnicas: não são contabilizados como leitos hospitalares de internação.

2.2.23 Leito de berçário para recém-nascido sadio

Berço destinado ao recém-nascido sadio e localizado em berçário, longe do leito da mãe.

Termos relacionados: alojamento conjunto, berço de recém-nascido em alojamento conjunto.

Notas técnicas: não é contabilizado como leito hospitalar de internação.

2.2.24 Leito de observação em berçário

Berço auxiliar 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 leito de berçário para recém-nascido sadio ou então internado em um leito de internação em berçário.

Termos relacionados: alojamento conjunto, berço de recém-nascido em alojamento conjunto, leito de berçário para recém-nascido sadio, leito de internação em berçário.

Notas técnicas: a partir de 24 horas de permanência do recém-nascido em berço que não seja o berço de recém-nascido em alojamento conjunto ou o leito de berçário para recém-nascido sadio, esse berço deve ser considerado um leito extra de internação em berçário.

2.2.25 Leito de internação em berçário

Berço destinado a alojar recém-nascidos prematuros ou que apresentem patologias que necessitem de tratamento hospitalar.

Termos relacionados: leito de observação em berçário.

Notas técnicas: a situação do recém-nascido é uma situação singular dentre os pacientes de um hospital. O recém-nascido normal não é formalmente internado e portanto não é formalmente um paciente hospitalar. Por outro lado, o recém-nascido patológico é internado e às vezes passa um longo período dentro do hospital. As normas específicas de internação de recém-nascidos podem variar de hospital para hospital.

2.2.26 Leito infantil

Leito de internação destinado à internação de crianças enfermas, até o limite de idade definido pelo hospital.

Notas técnicas: o limite de idade para internação em leitos infantis pode variar de hospital para hospital.

2.3 MEDIDAS HOSPITALARES

2.3.1 Dia hospitalar

É o período de 24 horas compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.

Termos relacionados: censo hospitalar diário.

Notas técnicas: em um hospital específico, o horário de fechamento do censo deve ser o mesmo todos os dias e em todas as unidades do hospital, embora o horário de fechamento do censo possa variar de hospital para hospital. Para garantir maior confiabilidade do censo, os hospitais devem fechar o censo hospitalar diário no horário que for mais adequado para as rotinas do hospital, desde que respeitando rigorosamente o mesmo horário de fechamento todos os dias para aquele hospital.

2.3.2 Leito/dia

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

Termos relacionados: leito hospitalar de internação, dia hospitalar.

Notas técnicas: os leitos/dia correspondem aos leitos operacionais ou disponíveis, aí incluídos os leitos extras com pacientes internados, o que significa que o número de leitos/dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio e desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras.

Varição gramatical: leitos/dia.

2.3.3 Paciente/dia

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

Notas técnicas: o dia da saída só será computado se a saída do paciente ocorrer no mesmo dia da internação.

Varição gramatical: pacientes/dia.

2.3.4 Leito/hora

Unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de observação por uma hora.

Varição gramatical: leitos/hora.

2.3.5 Paciente/hora

Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente em observação durante uma hora.

Varição gramatical: pacientes/hora.

Notas técnicas: as definições de leito/hora e paciente/hora foram incluídas para permitir avaliações da utilização dos leitos hospitalares de observação ou auxiliares em hospitais que tenham um volume considerável de atendimentos prestados nesse tipo de leito e que queiram fazer esse tipo de avaliação.

2.3.6 Capacidade hospitalar planejada

É a capacidade total de leitos do hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor, mesmo que parte destes leitos esteja desativada por qualquer razão.

Termos equivalentes: capacidade hospitalar institucional, capacidade hospitalar total.

Termos relacionados: leito planejado, capacidade hospitalar instalada, capacidade hospitalar operacional.

2.3.7 Capacidade hospitalar instalada

É a capacidade dos leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão.

Termos relacionados: leito instalado, capacidade hospitalar planejada, capacidade hospitalar operacional.

Notas técnicas: a capacidade hospitalar instalada deve corresponder ao número de leitos informados no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

2.3.8 Capacidade hospitalar operacional

É a capacidade dos leitos em utilização e dos leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados.

Termos relacionados: leito operacional, capacidade hospitalar planejada, capacidade hospitalar operacional.

Notas técnicas (1): os leitos extras desocupados não fazem parte da capacidade hospitalar operacional.

Notas técnicas (2): as capacidades hospitalares auxiliares institucional, instalada e operacional podem ser definidas à semelhança das definições anteriores, quando for do interesse do hospital analisar essas informações para os leitos hospitalares de observação ou auxiliares.

2.3.9 Capacidade hospitalar de emergência

Somatória dos leitos que podem ser disponibilizados dentro de um hospital, em circunstâncias anormais ou de calamidade pública.

Termos relacionados: leito extra, capacidade hospitalar instalada, leito instalado.

Notas técnicas: esta medida corresponde à soma da capacidade instalada e do número de leitos extras que podem ser instalados, aí incluídos os leitos auxiliares reversíveis.

3 INDICADORES HOSPITALARES

3.1 MÉDIA DE PACIENTES/DIA

Relação entre o número de pacientes/dia e o número de dias, em determinado período. Representa o número médio de pacientes em um hospital.

Termos equivalentes: censo médio diário.

3.2 MÉDIA DE PERMANÊNCIA

Relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital.

Termos equivalentes: duração média da internação.

Notas técnicas (1): esta fórmula só deve ser usada para hospitais com internações de curta permanência. Para hospitais de longa permanência deve-se utilizar no numerador a somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito. O cálculo da média deve ser realizado para períodos maiores, uma vez que existe o risco de que a média de permanência seja maior que o período adotado. Por outro lado, existe também a tendência de se utilizar a mediana que, ao invés da média, não é influenciada por valores aberrantes.

Notas técnicas (2): o cálculo de algumas estatísticas hospitalares, como a média de permanência, é afetado pela forma de tratamento das transferências internas no censo hospitalar. No caso da média de permanência para cada unidade hospitalar, para evitar a duplicação da internação ou a divisão da permanência do paciente, toda a permanência da internação deve ser atribuída à unidade da qual o paciente teve alta. Nessa situação, um grande viés é introduzido nas estatísticas de unidades que têm grande volume de pacientes transferidos, como é caso do CTI. Para essas unidades, as estatísticas devem ser feitas separadamente, incluindo todos os pacientes que passaram pela unidade.

3.3 TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

Relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos/dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras.

Termos equivalentes: taxa de ocupação hospitalar instalada, percentagem de ocupação.

Notas técnicas: caso o hospital faça uso constante de leitos extras, a taxa de ocupação hospitalar estará acima de 100%, o que é uma informação importante do ponto de vista gerencial.

3.4 TAXA DE OCUPAÇÃO OPERACIONAL

Relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período.

3.5 TAXA DE OCUPAÇÃO PLANEJADA

Relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos/dia no denominador todos os leitos planejados no hospital, inclusive os não instalados ou desativados.

Notas técnicas (1): considerando-se a realidade de diversos hospitais brasileiros, a inclusão das taxas de ocupação operacional e planejada, além da taxa de ocupação hospitalar habitual, permitirá comparações mais acuradas entre as taxas de ocupação de diferentes hospitais e entre taxas de ocupação de diferentes unidades de um hospital.

Notas técnicas (2): nos hospitais que estão com todos os leitos planejados em funcionamento e que não fazem uso de leitos extras nem tenham leitos bloqueados, as três taxas de ocupação serão equivalentes.

3.6 TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR

Relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar.

Termos equivalentes: coeficiente de mortalidade hospitalar.

3.7 TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

Relação percentual entre o número de óbitos que ocorrem após decorridas pelo menos 24 horas do início da admissão hospitalar do paciente e o número de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período. Mede a mortalidade ocorrida após as primeiras 24 horas da admissão hospitalar.

Termos equivalentes: coeficiente específico de mortalidade hospitalar.

Notas técnicas: em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e conseqüente responsabilidade do hospital seja efetivada.

4 BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. DATASUS. *Brasil: indicadores gerenciais e qualitativos básicos sobre a assistência hospitalar prestada pelo SUS, em 1994*. Brasília: Coordenação de Informações, 1995.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1.884, de 11 de novembro de 1994*. Brasília, DF, 1994.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 466, de 4 de junho de 1998*. Brasília, DF, 1998.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 761, de 15 de junho de 1999*. Brasília, DF, 1999.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.016, de 26 de agosto de 1993. *Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto"*. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1 set. 1993.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Brasília: Coordenação de Planejamento, 1995. 136 p. (Saúde & Tecnologia).
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. *Terminologia básica auditoria e controle*. 1.ª ed. São Paulo: Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, 1998.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. *Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde*. 2.ª ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 120 p., il. (Normas e Manuais técnicos, n. 3).
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. *Instrumento de avaliação para hospital geral de médio porte*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. 75 p., il. (Normas e Manuais Técnicos, n. 30).
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. *Instrumento de avaliação para hospital geral de pequeno porte*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 58 p., il. (Normas e Manuais Técnicos, n. 22).
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Manual de informações sobre atividades hospitalares*. 2.ª ed. Brasília: Centro de Documentação da Secretaria Geral/MS, 1989. 161 p. (Normas e Manuais Técnicos, n. 17).
12. BRASIL. Ministério da Saúde. *Terminologia Básica em Saúde*. 2.ª ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

13. BUENOS AIRES. Grupo Mercosul Comum. Resolução GMC/RES/21/2000, de 28 de junho de 2000. Aprova o Glossário de Termos Comuns nos Serviços de Saúde do MERCOSUL. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/normativas/default.asp?key=80>>.
14. CONTROLE DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO. *Manual de orientação aos hospitais participantes*. 2.^a ed. São Paulo: Atheneu, 1998.
15. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Base de Dados do GHC: Censo Hospitalar*. Porto Alegre, 1998. Versão 2.
16. HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS. *Portaria n.º 001/94 - Anexo II: definições operacionais de tipos de leito hospitalar*. Belo Horizonte, 1994.
17. LAURENTI, R. et al. *Estatísticas de saúde*. 2.^a ed. São Paulo: E.P.U., 1987.
18. MARTINS, M. L. R. *O serviço de enfermagem: administração e organização*. 2.^a ed. São Paulo: CEDAS, 1985.
19. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. *Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde: 1.^a fase*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001. 32 p. Disponível em: <http://www.dgsaude.pt/ind/gloss_est.pdf>.
20. PROGRAMA de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar: Indicadores: conceitos e aplicações. *Informativo CQH*, v. 3, n.º 3, 1992.
21. RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. *Glossário de Terminologia Básica em Saúde*. Rio de Janeiro: Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 1997.

5 ÍNDICE REMISSIVO

- A**lojamento conjunto: 2.2.21
 - Alta: 2.1.6
- B**erço de recém-nascido em alojamento conjunto: 2.2.22
- C**apacidade hospitalar de emergência: 2.3.9
 - Capacidade hospitalar instalada: 2.3.7
 - Capacidade hospitalar operacional: 2.3.8
 - Capacidade hospitalar planejada: 2.3.6
- Censo hospitalar diário: 2.1.3
- D**esistência do tratamento: 2.1.8
 - Dia hospitalar: 2.3.1
- E**ntrada: 2.1.4
 - Evasão: 2.1.7
- H**ospital-dia: 2.1.13
- I**nternação hospitalar: 2.1.2
- L**eito de observação reversível: 2.2.3
 - Leito de berçário para recém-nascido sadio: 2.2.23
 - Leito de internação em berçário: 2.2.25
 - Leito de longa permanência: 2.2.20
 - Leito de observação em berçário: 2.2.24
- Leito/dia: 2.3.2
- Leito especializado: 2.2.18
- Leito hospitalar de internação: 2.2.1
- Leito hospitalar de observação: 2.2.2
- Leito indiferenciado: 2.2.19
- Leito infantil: 2.2.26
- Leito ocupado: 2.2.9
- Leito vago: 2.2.10
- Leito/hora: 2.3.4

Leito bloqueado: 2.2.8
Leito de isolamento: 2.2.12
Leito de isolamento reverso: 2.2.13
Leito de pré-parto: 2.2.14
Leito de recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica: 2.2.15
Leito de unidade de tratamento intensivo (UTI): 2.2.16
Leito de unidade de tratamento semi-intensivo: 2.2.17
Leito desativado: 2.2.6
Leito extra: 2.2.11
Leito instalado: 2.2.5
Leito operacional: 2.2.7
Leito planejado: 2.2.4
Média de Pacientes/dia: 3.1
Média de Permanência: 3.2
Óbito hospitalar: 2.1.11
Óbito institucional: 2.1.12
Observação hospitalar: 2.1.1
Paciente/hora: 2.3.5
Paciente/dia: 2.3.3
Reinternação: 2.1.14
Saída: 2.1.5
Taxa de Mortalidade Hospitalar: 3.6
Taxa de Mortalidade Institucional: 3.7
Taxa de Ocupação Hospitalar: 3.3
Taxa de Ocupação Operacional: 3.4
Taxa de Ocupação Planejada: 3.5
Transferência Externa: 2.1.12

Normalização, revisão, editoração e impressão
EDITORAMS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
Ministério da Saúde
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília-DF, junho 2002
OS 0530/2002