



República de Moçambique

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Instituto Nacional de Saúde  
Departamento de Informação para a Saúde

**BASE PARA DEFINIÇÃO DO  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO  
HOSPITALAR de III e IV NÍVEL**

**ÁREA DE SAÚDE - INTERNAMENTOS**

Por:  
Ercília de Almeida  
Alessandro Campione  
António V. Sitói

*Maputo, Junho de 2008*

## Índice

1. INTRODUÇÃO - FUNDAMENTAÇÃO .....	4
2. CONTEÚDO DE INFORMAÇÃO .....	7
A. INDICADORES HOSPITALARES DE UTILIZAÇÃO, RENDIMENTO / PRODUTIVIDADE E MOVIMENTO DE INTERNAMENTO .....	7
B. INFORMAÇÃO SOBRE MORBILIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS .....	8
1. TAXA DE MORBILIDADE POR PATOLOGIA E SERVIÇO CLINICO, DEPARTAMENTO E HOSPITAL (CID-10) .....	8
C. INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS .....	8
D. INFORMAÇÃO SOBRE LETALIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS .....	9
E. PERIODICIDADE .....	9
F. VOCABULÁRIOS DE TERMINOLOGIA MÉDICA e DATASET .....	9
G. INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA RECOLHA E RELATÓRIOS: .....	9
A. INDICADORES HOSPITALARES DE UTILIZAÇÃO, RENDIMENTO / PRODUTIVIDADE E MOVIMENTO DE INTERNAMENTO .....	10
B. DETALHES SOBRE OS INDICADORES HOSPITALARES DE MORBI-MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS .....	16
ASPECTOS GERAIS METODOLÓGICOS PARA O REGISTRO DOS DIAGNÓSTICOS DE MORBILIDADE .....	18
B. INFORMAÇÃO SOBRE MORBILIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS .....	20
ASPECTOS GERAIS METODOLÓGICOS PARA O REGISTRO DOS DIAGNÓSTICOS DE MORTALIDADE (ver Volume 2º do CID-10) .....	22
C. INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS .....	23
D. INFORMAÇÃO SOBRE LETALIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS .....	26
C. PERIODICIDADE .....	27
D. DIAGRAMA DE FLUXO .....	28
E. OS VOCABULÁRIOS DE TERMINOLOGIA MÉDICA NECESSÁRIOS .....	28
E. OS VOCABULÁRIOS DE TERMINOLOGIA MÉDICA NECESSÁRIOS .....	29
E. OS VOCABULÁRIOS DE TERMINOLOGIA MÉDICA NECESSÁRIOS .....	30
1. LISTA DE MOVIMENTOS/REFERÊNCIAS/TRANSFERÊNCIAS .....	30
COD31	
F. INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA RECOLHA E RELATÓRIOS .....	34
G. SEGURANÇA E CONFIDENCIALIDADE .....	36
H. OS INSTRUMENTOS DE FORMAÇÃO E SUPERVISÃO .....	36

I. OS INSTRUMENTOS INFORMÁTICOS.....	36
J. RESPONSABILIDADES .....	36
L. IMPLEMENTAÇÃO.....	37
M. FORMAÇÃO .....	37
N. TEMOS DE REFERÊNCIA PARA O SOFTWARE.....	38

## 1. INTRODUÇÃO - FUNDAMENTAÇÃO

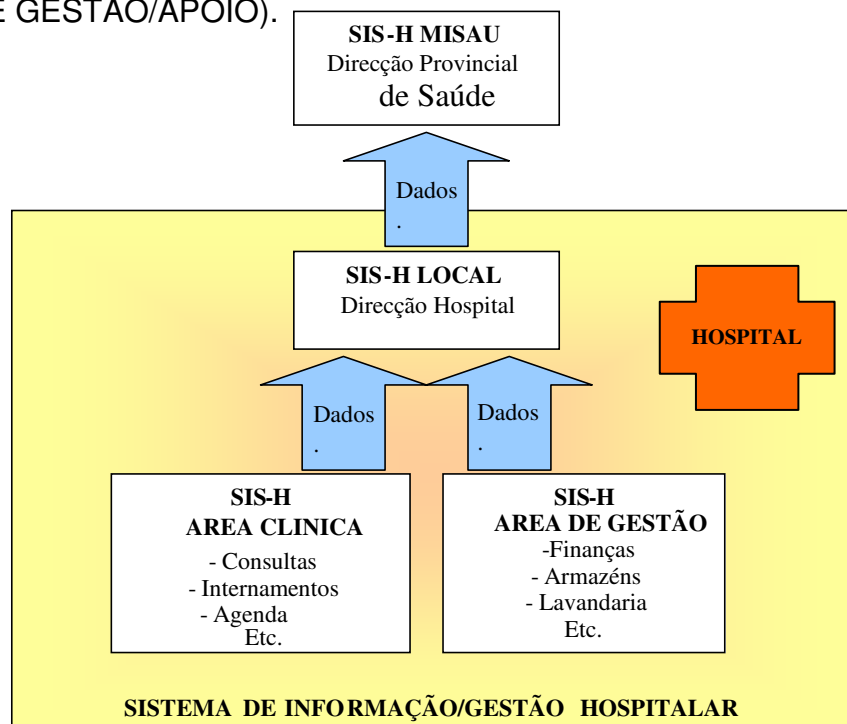
Um Sistema de informação de Saúde Hospitalar (SIS-H) pode ser definido como uma série de instrumentos, normas e procedimentos interrelacionados orientado para a recolha de dados e elaboração de relatórios a serem utilizados pelos gestores hospitalares com a finalidade de monitoria, avaliação e programação/planificação das actividades.

Normalmente nos sistemas de informação de saúde hospitalar existe uma grande distinção entre duas esferas:

O sistema que fornece informação aos níveis superiores para controlo e planificação territorial e que representa uma obrigação. Inclui dados e indicadores da área específica de saúde e da área de gestão/apoio. Estes indicadores são definidos ao nível central do MISAU através do DIS (Departamento de Informação para a Saúde).

O sistema para a gestão hospitalar, que serve aos prestadores de serviços para gerir a estrutura da melhor maneira possível. No caso de Moçambique, estes são os SIS Hospitalares que nascem das diferentes iniciativas locais e que podem coexistir com o SIS Hospitalar do MISAU alimentando-o.

Por outro lado existe também uma classificação interna entre os sistemas de informação hospitalares locais, orientados principalmente para a gestão clínica dos pacientes, monitoria das actividades clínicas e a administração dos clientes/pacientes e dos fluxos internos externos através de agendas etc. (SIS-H ÁREA CLINICA) e um sistema de informação dirigido à gestão dos recursos materiais, financeiros/contabilidade, produtividade e administração do pessoal, gestão de medicamentos e outros serviços de apoio (SIS-H ÁREA DE GESTÃO/APOIO).



Para fazer face à falta de informação estatística estruturada dos níveis III e IV, propõe-se de forma simples, prioritária e prática a introdução faseada (**MODULAR**) de recolha de dados e informações iniciando pela área clínica.

Saliente-se que o actual sistema de rotina de recolha de dados sobre a morbi-mortalidade mensal do SIS nos Hospitais de III e IV nível é constituído unicamente pelos Boletins Epidemiológicos Semanais e Boletins Epidemiológicos dos Postos Sentinela. Em particular, este último deverá ser absorvido pelo novo sistema do SIS-H.

Especificamente - e como estratégia de padronização - será activada a ÁREA CLÍNICA – INTERNAMENTOS (**MÓDULO INTERNAMENTOS**) com **informação sintética e agregada**, iniciando-se com a recolha padronizada de dados e elaboração de indicadores centralmente pré - estabelecidos pelo sistema de monitoria do MISAU.

Numa segunda fase serão abrangidas da mesma forma com **informação sintética e agregada** as áreas das consultas externas (**MODULO CONSULTAS**), dos serviços de apoio (**MÓDULO DIAGNOSTICAS, MÓDULO BANCO de SANGUE, LABORATÓRIO, etc.**) do sistema de GESTÃO/APOIO (**MÓDULO FARMÁCIA, MÓDULO ARMAZÉNS e/ou DEPÓSITOS, MÓDULO FINANÇAS, etc.**) tal como o sistema de monitoria do MISAU. A experiência acumulada mostra que esta fase demora normalmente anos e decorre paralelamente.

Em ambos os casos existem experiências em curso que é necessário considerar:

- Sistema básico de recolha de dados clínicos hospitalar - no Hospital Geral de Mavalane,
- Projecto do SIS-H - do Hospital Central de Maputo,
- Experiências no Hospital Central da Beira, Hospital Provincial de Inhambane e Hospital Provincial de Pemba,
- Outros sistemas geridos por ONG's em programas verticais (SIDA, TB etc.).

Paralelamente, - mas com tempos mais extensos, - prevê-se o aumento da abrangência dos indicadores, dados, fluxos internos e externos de informação de pacientes, com a possibilidade de sistematizar, melhorar, padronizar e modernizar os instrumentos actualmente utilizados em diferentes Hospitais do país. O registo e recolha de informação será orientada sobre o indivíduo (*Patient Medical Record System*).

## DEFINIÇÃO DO SIS-H

Este sistema deve fornecer um conjunto de indicadores hospitalares básicos ao nível local, provincial e central. Por conveniência de gestão e qualidade de dados iniciar-se-á com um pequeno grupo de indicadores - chave para esta área.

Deve funcionar com *uma base de dados agregada mensal* para cada área clínica do hospital.

Os dados agregados do hospital são recolhidos em fichas de resumos mensais hospitalares que deverão ser enviados com regularidade às Direcções Provinciais de Saúde e aos órgãos centrais do MISAU.

## 2. CONTEÚDO DE INFORMAÇÃO

Os indicadores propostos são inspirados em;

- lista dos indicadores regionais e/ou internacionais
- lista nacional dos indicadores do estado de saúde
- indicadores em uso no SIS
- indicadores em uso em sistemas pilotos

Existem outros indicadores que podem ser calculados a partir do sistema descrito, mas que são “intersectoriais” tal como as camas por habitantes e a incidência de patologias específicas.

### A. INDICADORES HOSPITALARES DE UTILIZAÇÃO, RENDIMENTO / PRODUTIVIDADE E MOVIMENTO DE INTERNAMENTO

---

1. **TAXA DE OCUPAÇÃO DA CAMA (TOC)** (indicador N.º 104 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
2. **TEMPO MÉDIO DE INTERNAMENTO (TMI )** (indicador N.º 105 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
3. **RENDIMENTO DA CAMA HOSPITALAR (RCH)** (indicador N.º 107 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
4. **ÍNDICE DE ROTAÇÃO DA CAMA (IDRC)** (indicador N.º 106 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
5. **TAXA DE ABANDONOS (TA)**
6. **TAXA DE TRANSFERÊNCIA (TT)**
7. **TAXA DE ALTAS POR OUTRAS CAUSAS (DEFINIÇÃO EM CURSO PELA COMISSÃO CID-10)**
8. **TAXA DE ADMISSÃO <= DE 15 ANOS**
9. **TAXA DE ADMISSÃO DE PACIENTES DE SEXO FEMININO**
10. **TAXA DE ADMISSÃO <= DE 15 ANOS**

## **B. INFORMAÇÃO SOBRE MORBILIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS**

---

### **1. TAXA DE MORBILIDADE POR PATOLOGIA E SERVIÇO CLÍNICO, DEPARTAMENTO E HOSPITAL (CID-10)**

- 1.1 TAXA DE INFECÇÃO INTRA-HOSPITALAR (indicador N.º 117 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
- 1.2 TAXA DE INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA (indicador N.º 118 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
- 1.3 TAXA DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS
- 1.4 POR OUTRAS CAUSAS A DEFINIR PELA COMISSÃO CID-10

## **C. INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS**

---

1. **TAXA DE MORTALIDADE GERAL INTRA-HOSPITALAR** (indicador N.º 108 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
2. **TAXA DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR POR CAUSAS DEFINIDAS CID-10**
  - 2.1. **TAXA DE MORTALIDADE MATERNA DIRECTA E INDIRECTA INTRA-HOSPITALAR** (indicador N.º 112 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
  - 2.2. **TAXA DE MORTALIDADE PERI-NATAL INTRA-HOSPITALAR** (indicador N.º 113 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
  - 2.3. **TAXA DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR DE CAUSA DESCONHECIDA** (indicador N.º 114 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
  - 2.4. **TAXA DE MORTALIDADE INTRA OPERATÓRIA**
  - 2.5. **TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA** (indicador N.º 116 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
  - 2.6. **TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL INTRA - HOSPITALAR**
2. **TAXA DE MORTALIDADE ANTES DAS 48 HORAS**
3. **TAXA DE MORTALIDADE DEPOIS DAS PRIMEIRAS 48 HORAS** (indicador N.º 109 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

## **D. INFORMAÇÃO SOBRE LETALIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS**

---

1. **TAXA DE LETALIDADE INTRAHOSPITALAR POR CAUSAS DEFINIDAS CID-10** (indicador N<sup>o</sup> 120 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
  - 1.1. **TAXA DE LETALIDADE POR MALÁRIA EM CRIANÇAS INTERNADAS NOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA** (indicador N<sup>o</sup> 91 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
  - 1.2. **TAXA DE LETALIDADE POR MALÁRIA EM ADULTOS INTERNADOS NOS SERVIÇOS DE MEDICINA** (indicador N<sup>o</sup> 93 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
  - 1.3. **TAXA DE LETALIDADE INTRAHOSPITALAR POR MALNUTRIÇÃO** (indicador N<sup>o</sup> 119 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).
  - 1.4. **POR OUTRAS CAUSAS A DEFINIR PELA COMISSÃO CID-10**

## **E. PERIODICIDADE**

---

1. PERIODICIDADE NA UNIDADE SANITÁRIA
2. PERIODICIDADE NOS DIVERSOS NÍVEIS DE GESTÃO (**DISTRITO, PROVÍNCIA E MISAU**)

## **F. VOCABULÁRIOS DE TERMINOLOGIA MÉDICA e DATASET**

---

1. LISTA DE MOVIMENTOS/REFERÊNCIAS/TRANSFERÊNCIAS (*VER ANEXO*)
2. LISTA DOS DEPARTAMENTOS HOSPITALARES DE NÍVEL TERCIÁRIO E QUATERNÁRIO (*VER ANEXOS*)
3. LISTA DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE NÍVEL TERCIÁRIO E QUATERNÁRIO (*VER ANEXOS*)
4. LISTA DAS CAUSAS DE MORTE DE NÍVEL TERCIÁRIO E QUATERNÁRIO (CID-10 ADAPTADO PARA MOÇAMBIQUE)
5. LISTA DAS CAUSAS DE INTERNAMENTO DE NÍVEL TERCIÁRIO E QUATERNÁRIO (CID-10 ADAPTADO PARA MOÇAMBIQUE)
6. DATASET (*VER ANEXOS*)

## **G. INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA RECOLHA E RELATÓRIOS:**

---

1. LIVRO DE REGISTO DE INTERNAMENTO (*JÁ EXISTENTE*)
2. FICHAS DE RECOLHA DE DADOS DIÁRIOS NOS SERVIÇOS
3. RESUMO MENSAL DOS DEPARTAMENTOS
4. RESUMO MENSAL DO HOSPITAL
5. RESUMO MENSAL **PROVINCIAL – CÓPIA DO RESUMO HOSPITALAR (MÓDULO BÁSICO)**
6. RESUMO MENSAL **NACIONAL (MÓDULO BÁSICO)**

## A. INDICADORES HOSPITALARES DE UTILIZAÇÃO, RENDIMENTO / PRODUTIVIDADE E MOVIMENTO DE INTERNAMENTO

### 1. TAXA DE OCUPAÇÃO DA CAMA (TOC) (indicador N.º 104 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

#### DEFINIÇÃO:

Taxa de Ocupação de Camas: Percentagem média de camas ocupadas em cada Serviço, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise.

$$\text{TOC (\%)} = \frac{\text{Dias Cama Ocupada – DCO (Doente 7h da manhã)}}{\text{N.º total Camas Reais}^1} * 100$$

**USO E SIGNIFICADO:** É o indicador que mede em percentagem (%) o volume de doentes internados nas enfermarias dum hospital. No numerador coloca-se o total de dias de internamento numa enfermaria, num determinado período de tempo, usualmente um mês ou um ano, no denominador coloca-se o total de camas reais, na mesma unidade sanitária ou enfermaria e no mesmo período e multiplica-se por 100.

**Nota:** Para obter os ***Dias camas disponíveis*** multiplica-se o número total de camas permanentes dum serviço pelo número de dias do período considerado (dias do mês, ou do trimestre, ou do ano). Para obter o ***Total de dias camas ocupadas (DCO)*** soma-se os dias de internamento de todos os doentes que ocuparam as camas dum serviço, durante um determinado período (por exemplo um mês) ou o total de dias durante os quais as camas foram ocupadas por todos os doentes internados.

#### DADOS NECESSÁRIOS:

Dias X: são os dias do período em análise e podem variar com o mês do calendário (Fevereiro 28-29, Abril 30, etc.)

Serviço X: em cada Hospital existe um certo número de departamentos e serviços clínicos e de apoio que e' necessário padronizar a nível nacional.

Em anexo as principais listas que podem se utilizadas para elaborar a lista definitiva dos departamentos e dos Serviços a nível III e IV de atenção:

- ❖ Diploma Ministerial N.º 127/92
- ❖ Relatório Anual dos Hospitais
- ❖ Lista da ficha de inquérito do levantamento das U.S 2007
- ❖ Lista do DATASUS – Brasil
- ❖ Lista do Hospital Central de Maputo
- ❖ Lista do SIS-H Fase 1 do Hospital de Mavalane

<sup>1</sup> Intendidas como CAMAS REAIS (PERMANENTES) diferente das CAMAS AUTORIZADAS que são as que os documentos de programação nacional indicam teoricamente para cada Unidades Sanitária.

Dias Cama Ocupada (DCO - Doentes às 7h): refere-se ao total de dias em que as camas estavam ocupadas pelos paciente (doentes) num certo período (dia, mês, ano, etc.). Obtém-se somando o número de paciente presentes em cada um desses dias às 7.00 horas da manhã.

ESCOLHA DA VARIÁVEL: DIAS CAMA OCUPADA

calculo dos dias de internamento com METODO CLASSICO PARA I E II NIVEL DE ATENCAO

camas	01-Jan	2	3	4	5	28	29	30	31-Jan	total	
paciente A	1	x	x	x	x	x	x	x	x alta	30	
paciente B	2		x	x	x alta					2	
paciente C	3						x	x	x sem alta	0	
regra: data no registro de internamento menos o ultimo dia										total dia int	32
										n altas	2
										camas	3
										<b>Taxa de Ocupação de Camas: Percentagem médio de camas ocupadas no sector durante o período indicado</b>	<b>34,41%</b>
										TOC (%) = (dia int * 100) / (Camas x Dias)	

calculo dos dias de internamento com METODO DAS CONTAS DE PACIENTE (ESTANDARD MONDIAL E OMS)

camas	01-Jan	2	3	4	5	28	29	30	31-Jan	total	
paciente A	1	x	x	x	x	x	x	x	x alta	31	
paciente B	2		x	x	x alta					3	
paciente C	3						x	x	x sem alta	3	
regra: conta dos pacientes as 7.00 da manha										total 7 manha	37
										n altas	2
										camas	3
										<b>Taxa de Ocupação de Camas: Percentagem médio de camas ocupadas no sector durante o período indicado</b>	<b>39,78%</b>
										TOC (%) = (Doente 7h * 100) / (Camas x Dias)	

Dos exemplos dados nota-se que o DCO tem uma forte influência sobre o indicador TOC. O método usado para a contagem de cama ocupada é muito importante levando a alteração do valor TOC sendo no primeiro caso (34,4%) muito subestimada em relação com o segundo caso (39,7%).

Vantagens da segunda opção:

- conta real dos dias de ocupação da cama no período indicado
- limitação dos erros no cálculo das datas,
- limitação dos erros no caso de pacientes registrados no meses anteriores e não incluídos nas estatísticas do mês em análise,
- responde as normas internacionais e da OMS = contagem dos pacientes as 24.00 Horas,
- permite o cálculo de indicadores associados mais realísticos (TMP – RMC – IRMC).

Logística da Recolha

É possível aproveitar da actividade de entrega do serviço (passagem de turno) durante as ocorrências que normalmente decorre as 7.00h da manhã por parte da enfermeira/o do turno da noite que normalmente entre outros, informa sobre o número dos pacientes presentes nas camas.

Nº total de Camas ou simples Camas, refere-se ao leito (cama) destinado ao internamento de um paciente (doente), num determinado serviço ou hospital. Não devem ser considerada camas hospitalares e, portanto, não computados na lotação ou capacidade normal da Unidade Sanitária:

- ❖ as camas destinadas a acompanhantes;

- ❖ as camas da maternidade
- ❖ as camas transitoriamente utilizadas nos Serviços complementares de Diagnóstico e Tratamento;
- ❖ as camas utilizadas para repouso e/ou observação na Unidade de Urgência;
- ❖ as camas de pré-parto, recuperação pós-operatória ou pós-anestésica e da Unidade de Tratamento Intensivo, desde que tenham camas de retaguarda no sector de origem;
- ❖ as camas ou colchões improvisados para enfrentar emergências ou surtos;
- ❖ os Berços<sup>2</sup> destinados a recém-nascidos sadios.
- ❖ As camas de observação.

Dever-seá ter em conta o levantamento feito no ano de 2007 e as camas por serviços devem ser actualizadas (de 6 em 6 meses ou anualmente). Na actualidade o sistema de informação de saúde a nível III e IV em relação as camas tem gerado algumas dúvidas de interpretação levando a indicadores pouco significativos (TOC > 100% ou muito abaixo de 80%, RMC muito altos) e diminuindo a sua importância e credibilidade.

**É fundamental restabelecer o Padrão nacional o cálculo de TOC e assim melhorar a qualidade da informação.**

## **2. TEMPO MÉDIO DE INTERNAMENTO (TMI )** (indicador N.º 105 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

---

### **DEFINIÇÃO:**

Tempo Médio de Internamento): Média de tempo (em dias) que os doentes permaneceram internados em cada Serviço, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise.

$$\text{TMI (dias)} = \frac{\text{Dias Cama Ocupada – DCO} \\ \text{(Doentes às 7h da manhã)}}{\text{N.º total de Altas}}$$

**USO E SIGNIFICADO:** É o indicador que mede a média dos dias de permanência dos doentes numa enfermaria durante um período determinado. No numerador coloca-se o total de dias de internamento (dias camas ocupadas) numa enfermaria, num período determinado, no denominador coloca-se o total de altas (ver definição de Altas) da mesma enfermaria no mesmo período.

### **DADOS NECESSÁRIOS:**

---

<sup>2</sup> \*O berço destinado a criança admitida para tratamento, instalado em dependência que não o Berçário, será considerado cama. Dever-se-á ter em conta o levantamento feito no ano de 2007 e prever um mecanismo de actualização periódico (cada 6 meses?).

Dias Cama Ocupada (DCO - Doentes as 7h): ver indicador TOC

N.º total de Altas representa o total de doentes com altas ou simplesmente Altas no período em análise. A Alta refere-se ao término ou interrupção dos cuidados prestados ao doente em regime de internamento. A alta pode ser provisória ou definitiva, pode ser motivada por cura, transferência para outra US, a pedido do doente ou seus familiares, abandono ou fuga, expulsão ou morte. Cada alta deve ser assinada pelo médico assistente, que preenche todos os requisitos a saída do doente da enfermaria ou hospital constante no verso do processo clínico.

Serviço X: ver antes

### **3. RENDIMENTO DA CAMA HOSPITALAR (RCH)** (indicador N.º 107 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

---

#### **DEFINIÇÃO:**

Rendimento Médio da Cama: Média de doentes que passam por cada cama em cada Serviço, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise.

$$\text{RCH (doentes/cama/mês)} = \frac{\text{N.º total de Altas}}{\text{N.º total de camas reais}}$$

#### **USO E SIGNIFICADO:**

Mede a utilização de uma cama durante um período determinado de tempo (rendimento), é uma variável influenciada pela media de estadia (aumenta com tratamentos inadequados, ingressos incensários, demora na alta dos pacientes etc.).

#### **DADOS NECESSÁRIOS:**

N.º total de Altas: ver antes

N.º total de Camas: ver antes

Serviço X: ver antes

### **4. ÍNDICE DE ROTAÇÃO DA CAMA (IDRC)** (indicador N.º 106 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

---

#### **DEFINIÇÃO:**

Índice de Rotação da Cama: Tempo médio que cada cama demora a ser ocupada em cada Serviço, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise.

$$\text{IDRC (dias)} = \frac{((\text{Camas} * \text{Dias X}) - \text{Doente 7h})}{\text{N.º total de Altas}}$$

**USO E SIGNIFICADO:**

Mede o tempo em que a cama permanece vazia entre uma alta e o subsequente internamento (ocupação) na mesma cama.

O IDRC e a média de dia de internamentos são os indicadores que determinam estatisticamente a taxa de ocupação e de rendimento das camas.

**DADOS NECESSÁRIOS:**

Nº DCO (doentes às 7h): ver antes

Nº total de Altas: ver antes

Nº total de Camas: ver antes

Serviço X: ver antes

---

**5. TAXA DE ABANDONOS (TA)**

---

**DEFINIÇÃO:**

Percentagem de abandonos sobre as altas em cada Serviço, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise.

$$TA = \frac{\text{N.º total de Abandonos}}{\text{N.º total de Altas}} * 100$$

**USO E SIGNIFICADO:**

Indica a quantidade de pacientes que para razões variadas abandonam o hospital e mostram a capacidade e eficiência da estrutura em satisfazer as necessidades dos pacientes.

**DADOS NECESSÁRIOS:**

Nº total de Abandonos: ver a definição das Altas

Nº total de Altas: ver antes

Serviço X: ver antes

---

**6. TAXA DE TRANSFERÊNCIA (TT)**

---

**DEFINIÇÃO:**

Percentagem de transferências sobre as altas em cada Serviço, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise.

$$TT (\%) = \frac{\text{N.º total de Transferências}}{\text{N.º total de Altas}} * 100$$

**USO E SIGNIFICADO:**

Indica a quantidade de pacientes que são transferido para uma estrutura superior ou inferior não sendo a solução do problema possível no hospital onde o paciente esteja internado. Demonstra o grão de eficiência do sistemas de referencia e de triagem do hospital.

**DADOS NECESSÁRIOS:**

Nº total de Transferências: ver na definição das Altas

Nº total de Altas: ver antes

Serviço X: ver antes

7. **TAXA DE ALTAS POR OUTRAS CAUSAS (DEFINIÇÃO EM CURSO PELA COMISSÃO CID-10)**
8. **TAXA DE ADMISSÃO <= DE 15 ANOS**
9. **TAXA DE ADMISSÃO DE PACIENTES DE SEXO FEMININO**
10. **TAXA DE ADMISSÃO <= DE 15 ANOS**

## **B. DETALHES SOBRE OS INDICADORES HOSPITALARES DE MORBI-MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS**

De momento o MISAU não introduziu de forma oficial e generalizada nenhuma classificação propriamente dita para o registo estandardizado dos diagnósticos a nível dos Hospitais de III e IV nível e a lista fornecida pelo SIS oficial é insuficiente para satisfazer a necessidade local e central (BES e BE-PS). Existe também uma lista incluída no relatório dos hospitais mas que não foi padronizada de maneira que cada hospital tem reportado doenças diversas ou com nomenclaturas incompatíveis.

Recentemente foi designada a Comissão Nacional CID-10 que tem a tarefa de adaptar a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde conhecida como CID-10 e fornecer listas reduzidas de morbi-mortalidade para cada nível de atenção bem como as normas e os métodos de aplicação.

O registo dos diagnósticos é prática comum em todo o mundo e serve para fins estatísticos e legais.

No caso do nível central são necessários diagnósticos codificados e agregados, e a introdução de mudanças, como no caso da codificação internacional de diagnósticos (CID-10), não representa uma carga de trabalho excessivo. São utilizados em prevalência para a epidemiologia e como parte de grupos de indicadores mais complexos e indirectos sobre o estudo do estado de saúde da população, a planificação de recursos e para definição do perfil da demanda de saúde a performance do SNS em geral.

**A este nível para ter indicadores significativos não é necessário dispor de estatísticas de morbi-mortalidade com categorias de patologias muito desagregadas (4 dígitos do CID-10).**

**A mudança da lista nacional de patologias a serem monitoradas (inclusão ou exclusão de novas patologias de interesse da saúde pública) não é muito frequente exceptuando-se os sistemas sentinelas para patologias endémicas e epidémicas.**

A nível local são muito utilizados para investigações e possivelmente para medir a qualidade das prestações de serviços. São muito mais desagregados, sectoriais e com propensão a ser revisto à medida que o interesse dos clínicos muda.

As Classificações dos Diagnósticos são desenhadas para promover a comparação internacional e nacional nos processos de recolha, elaboração e divulgação das estatísticas de morbilidade e de mortalidade.

As principais listas em uso no SIS actual que podem servir de inspiração para a Comissão CID-10 para o sistema de III e IV nível são:

- ❖ Listas CID-10 (completa, condensadas de mortalidade e morbilidade),
- ❖ Lista do SIS a nível MISAU com mais de 290 patologias na maioria não codificadas (em anexo),

- ❖ Lista do BES e BE-PS,
- ❖ Listas de patologias codificadas do HCM,
- ❖ Lista de mortalidade do Certificado de óbito (ano 1965),
- ❖ Lista de mortalidade do estudo da UEM,
- ❖ Lista de morbi-mortalidade CID-10 do Hospital de Mavalane,
- ❖ Lista não codificada do relatório dos Hospitais,
- ❖ Lista não codificada do rascunho do SIS Hospitalar (elaborada por DIS e DAM em 2007),
- ❖ Lista de mortalidade da autópsia verbal (INE – CDC),
- ❖ Lista morbi-mortalidade da Namíbia ou outros países,
- ❖ Lista do repositório DATASUS do SNS do Brasil.

**Nesta primeira fase seria muito aconselhável utilizar a lista de tabulação de 298 causas de morbidade e umas das listas condensadas de mortalidade do CID-10.**

Se não for possível pode ser negociada uma lista nacional para os níveis III e IV baseada no CID-10 com três ou quatro dígitos com a máxima agregação possível.

Para a conversão do diagnósticos existem dois software (PESQCID e CID10 help) para pesquisa geral dos diagnósticos CID-10 que permitem a exacta localização na lista CID-10.

O SIS-H proposto ao nível das listas de patologias e de causa de morte terá uma diferenciação entre Hospitais de III e de IV nível.

**A nível Terciário terá uma desagregação até o nível de DEPARTAMENTO CLÍNICO HOSPITALAR.**

**A nível quaternário terá uma desagregação até o nível de SERVIÇO CLÍNICO HOSPITALAR.**

**É necessário então dispor de duas listas diferenciadas para os hospitais de III e os de IV níveis,**

**ASPECTOS GERAIS METODOLÓGICOS PARA O REGISTRO DOS DIAGNÓSTICOS DE MORBILIDADE (ver Volume 2º do CID-10)**

**DIAGNÓSTICOS**

- A afecção a ser usada em análise por causa única, em morbidade, é a afecção principal tratada ou investigada durante um episódio.
- A afecção principal é definida como a afecção, diagnosticada no final da consulta ou internamento, primariamente responsável pela necessidade do paciente ser tratado em ambulatório ou em internamento.
- Nos casos onde há mais de uma afecção, aquela que utilizou maiores recursos deve ser seleccionada como principal.
- Se não foi feito nenhum diagnóstico, o sintoma principal, ou achado anormal ou o problema apresentado pelo paciente deve ser seleccionado como a afecção principal.
- No caso de Agente de Medicina e Técnico de Saúde é necessário limitar a atribuição de diagnósticos.

**CAPTURE DO DADO PRIMÁRIO**

- O profissional de saúde qualificado (médico, técnico de medicina geral ou de cirurgia) será encarregado de determinar o diagnóstico de alta, transferência ou a causa de morte e registar o dado no processo clínico no caso de internamento ou na ficha individual no caso de consulta, óbito ou transferência.
- É IMPORTANTE RESSALTAR QUE EM RELAÇÃO ÀS CONSULTAS EXTERNAS SOMENTE OS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS COM 1ª CONSULTA OU TRANSFERÊNCIAS ENTRAM NO SISTEMA DOS CASOS. AS 2ª CONSULTAS do mesmo episódio JÁ NÃO SÃO CONSIDERADAS CASOS E NÃO DEVEM ENTRAR NO SISTEMA DE REGISTO DOS DIAGNÓSTICOS. Esta regra é explícita nas “DEFINIÇÕES E NORMAS PARA PREENCHIMENTO DO LIVRO DE REGISTO DE CONSULTAS EXTERNAS” onde se explica muito bem a diferencia entre 1ª Consulta e Consulta seguinte.
- NO CASO DOS INTERNAMENTOS TODOS OS PACIENTES DEVEM TER ALTA (seja para casa, óbito, transferência, abandono) E DEVEM SER REGISTADOS COMO CASOS.
- O diagnóstico deve ser registado com o seu código e descrição de acordo com as listas fornecidas.
- A mesma informação é registada no REGISTO DE CONSULTA OU INTERNAMENTO.
- Somente em casos esporádicos deverá ser utilizada a classificação “OUTROS DIAGNÓSTICOS” ou “NENHUM DIAGNÓSTICO”. No caso de “OUTROS” deve ser adicionado o código de uma das classes gerais da lista CID10 para poder, no futuro, considerar a oportunidade de aumentar com outros diagnósticos específicos.
- No caso de indivíduo “não doente” utiliza-se o código “0” sem nada.

Lista das classes geral do CID-10 de três dígitos para o uso do “OUTROS”

**\*CLASSIFICAÇÃO OBRIGATORIA DOS "OUTROS": colocar o código "0", traço, mais o código da lista a baixo**

<b>A00-B99</b>	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
<b>C00-D48</b>	Neoplasias [tumores]
<b>D50-D89</b>	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
<b>E00-E90</b>	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
<b>F00-F99</b>	Transtornos mentais e comportamentais
<b>G00-G99</b>	Doenças do sistema nervoso
<b>H00-H59</b>	Doenças do olho e anexos
<b>H60-H95</b>	Doenças do ouvido e da apófise mastóide
<b>I00-I99</b>	Doenças do aparelho circulatório
<b>J00-J99</b>	Doenças do aparelho respiratório
<b>K00-K93</b>	Doenças do aparelho digestivo
<b>L00-L99</b>	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
<b>M00-M99</b>	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
<b>N00-N99</b>	Doenças do aparelho geniturinário
<b>O00-O99</b>	Gravidez, parto e puerpério
<b>P00-P96</b>	Algumas afecções originadas no período perinatal
<b>Q00-Q99</b>	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
<b>R00-R99</b>	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
<b>S00-T98</b>	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas
<b>V01-Y98</b>	Causas externas de morbidade e de mortalidade
<b>Z00-Z99</b>	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Os pacientes que são transferidos de uma consulta ao internamento e vice-versa são sempre “casos novos”.

Os pacientes que são internados e que vão para a sala de operação, parto ou outro serviço interno do hospital, ao regresso na enfermaria não devem ser registados como nova admissão nem novo caso.

## B. INFORMAÇÃO SOBRE MORBILIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS

---

### 1. TAXA DE MORBILIDADE POR PATOLOGIA E SERVIÇO CLÍNICO, DEPARTAMENTO E HOSPITAL (CID-10) (TMORB)

#### DEFINIÇÃO:

Percentagem dos casos de uma determinada patologia (CASOS X) diagnosticada no momento da alta em cada Serviço, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise em relação ao total das altas.

$$\text{TMORB (\%)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de Casos X (diagnóstico de alta)}}{\text{N}^\circ \text{ total de altas}} * 100$$

#### USO E SIGNIFICADO:

Serve para monitorar as patologias mais frequentes e planificar as actividades do hospital em conformidade com a demanda.

#### DADOS NECESSÁRIOS:

Nº total de Casos (diagnóstico de alta): lista CID-10 definida por cada Serviço

Nº total de altas: ver antes

Serviço X: ver antes

### 1.1 TAXA DE INFECÇÃO INTRA-HOSPITALAR (indicador N.º 117 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).<sup>3</sup>

---

#### DEFINIÇÃO:

Percentagem de infecções intra-hospitalar diagnosticadas no momento da alta em Serviço, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise em relação ao total das altas.

Representa o total de casos diagnosticados de uma infecção intra-hospitalar, num certo período, em relação ao total dos pacientes em risco pela mesma infecção, no mesmo período, no hospital.

#### USO E SIGNIFICADO:

Serve para monitorar a qualidade da atenção, o grau de biossegurança, higiene e qualidade dos serviços de esterilização da estrutura.

**NOTA: o dado é registrado na Secção B da ficha (causa de internamento) e deve ser contemporâneo com a outra patologia que levou originariamente o paciente ao internamento.**

---

<sup>3</sup> Para a fórmula de cálculo e dados necessários pode ser usado o modelo do indicador N.º 1 (TAXA DE MORBILIDADE)

## **1.2 TAXA DE INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA** (indicador N.º 118 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).<sup>4</sup>

---

### **DEFINIÇÃO:**

Percentagem dos casos de infecção pós-operatória de acordo com CID-10 diagnosticadas no momento da alta contraída depois de uma operação de cirurgia no Departamento de Cirurgia e cada Serviço relacionado, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise em relação ao total das altas.

### **USO E SIGNIFICADO:**

Serve para monitorar o grau de biossegurança, higiene e qualidade dos serviços de esterilização relacionados com procedimentos cirúrgicos.

## **1.3 TAXA DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS** (indicador N.º 118 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).<sup>5</sup>

---

### **DEFINIÇÃO:**

Percentagem dos casos de complicações pós-operatórias de acordo com CID-10 contraídas depois de uma operação de cirurgia no Departamento de Cirurgia e cada Serviço relacionado, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise em relação ao total das altas.

### **USO E SIGNIFICADO:**

Serve para monitorar a qualidade dos serviços de cirurgia

## **1.4 POR OUTRAS CAUSAS A DEFINIR PELA COMISSÃO CID-10**

---

<sup>4</sup> Para a fórmula de cálculo e dados necessários poderá ser usado o modelo do indicador N.º 1 (**TAXA DE MORBILIDADE**).

<sup>5</sup> Para a fórmula de cálculo e os dados necessários poderá ser usado o modelo do indicador N.º 1 (**TAXA DE MORBILIDADE**).

**ASPECTOS GERAIS METODOLÓGICOS PARA O REGISTO DOS DIAGNÓSTICOS DE MORTALIDADE (ver Volume 2º do CID-10)**

Para a **mortalidade** as regras são diferentes e devem sinteticamente ser referidas a toda aquela doença, estado mórbido ou lesão/traumatismo que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, ou as circunstâncias de acidente ou da violência que produziu essas lesões mortais.

São consideradas **CAUSA BÁSICA DE MORTE** todas as doenças ou lesão/traumatismo que iniciaram a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram directamente à morte, ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal.

O principio é diferente das causa que alimentam o sistema de morbilidade e é preciso considerar a dificuldade do pessoal clínico em aplicar essas regras básicas.

## C. INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS

### 1. TAXA DE MORTALIDADE GERAL INTRA-HOSPITALAR (TMORT) (indicador N.º 108 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

#### DEFINIÇÃO:

Percentagem dos óbitos (ÓBITOS POR TODAS AS CAUSAS) diagnosticados no momento da alta em todo o Hospital durante o período em análise em relação ao total das altas (incluindo óbitos).

$$\text{TMORTG (\%)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de Óbitos (diagnóstico de alta)}}{\text{N}^\circ \text{ total de altas (incluindo óbitos)}} * 100$$

#### USO E SIGNIFICADO:

Serve para monitorar ao estado de saúde da população através da monitoria das patologias que estão na base do estado de docência que levou o paciente ao hospital. Permite e planificar as actividades de prevenção no âmbito da saúde pública e preparar o hospital ao intervir com actividades diagnósticas preventivas.

#### DADOS NECESSÁRIOS:

Nº total de óbitos de acordo com a lista CID-10 definida por cada Serviço

Nº total de altas: do serviço e incluindo óbitos

Serviço X: ver antes

### 2. TAXA DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR POR CAUSAS DEFINIDAS CID-10

#### DEFINIÇÃO:

Percentagem dos óbitos de uma determinada patologia (ÓBITOS POR CAUSA X) diagnosticada no momento da alta em cada Serviço, Departamento durante o período em análise em relação ao total das altas (incluindo óbitos).

$$\text{TMORT (\%)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de Óbitos por causa X (diagnóstico de alta)}}{\text{N}^\circ \text{ total de altas (incluindo óbitos)}} * 100$$

#### USO E SIGNIFICADO:

Serve para monitorar ao estado de saúde da população através da monitoria das patologias que estão na base do estado de docência que levou o

paciente ao hospital. Permite planificar as actividades de prevenção no âmbito da saúde pública e preparar cada Serviço e Departamento ao intervir com actividades diagnósticas preventivas.

**DADOS NECESSÁRIOS:**

Nº total de óbitos: de acordo com a lista CID-10 definida por cada Serviço.

Nº total de altas: do serviço e incluindo óbitos.

Serviço X: ver antes.

**OS INDICADORES QUE SEGUEM ESTÃO PRÉDEFINIDOS NA LISTA NACIONAL DE INDICADORES E NÃO SÃO DESCRITOS EM DETALHE SENDO TODOS SIMILARES NA DEFINIÇÃO, FÓRMULA, USO E LISTA DE DADOS NECESSÁRIOS:**

**2.1 TAXA DE MORTALIDADE MATERNA DIRECTA E INDIRECTA INTRA-HOSPITALAR** (indicador N.º 112 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

**2.2 TAXA DE MORTALIDADE PERI-NATAL INTRA-HOSPITALAR** (indicador N.º 113 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

**2.3 TAXA DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR DE CAUSA DESCONHECIDA** (indicador N.º 114 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

**2.4 TAXA DE MORTALIDADE INTRA OPERATÓRIA**

**2.5 TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA** (indicador N.º 116 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

**2.6 TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL INTRA-HOSPITALAR**

**2.7 POR OUTRAS CAUSAS A DEFINIR PELA COMISSAO CID-10**

**3. TAXA DE MORTALIDADE DEPOIS DAS PRIMEIRAS 48 HORAS**  
(indicador N.º 109 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

---

**DEFINIÇÃO:**

Percentagem de óbitos ocorridos depois das primeiras 48h em relação ao total de altas (incluindo óbitos) em cada Serviço, Departamento e em todo o Hospital durante o período em análise.

$$TM_{>48h} (\%) = \frac{\text{N.º total Óbitos } > 48h}{\text{N.º total Altas (incluindo óbitos)}} * 100$$

**USO E SIGNIFICADO:**

**completar**

**DADOS NECESSÁRIOS:**

Nº total de Óbitos > 48h: todos os óbitos dos pacientes internados em cada Serviço com exclusão do Banco de Socorros ocorridos depois de 48 horas de internamento.

Nº total de Altas: ver antes

**4. TM <48 - TAXA DE MORTALIDADE ANTES DAS 48 HORAS**

---

**DEFINIÇÃO:**

É calculada a partir do total de óbitos menos os que ocorreram depois das primeiras 48 h.

$$TM_{<48h} (\%) = \frac{\text{Total de Óbitos} - \text{Óbitos } > 48h}{\text{Total de Altas (incluindo óbitos)}} * 100$$

## D. INFORMAÇÃO SOBRE LETALIDADE INTRA-HOSPITALAR NOS INTERNAMENTOS

### 1. TAXA DE LETALIDADE INTRAHOSPITALAR POR CAUSAS DEFINIDAS CID-10 (TBLH) (indicador N.º 120 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

#### DEFINIÇÃO:

Razão entre o número de pessoas hospitalizadas em cada Serviço, Departamento e/ou em todo o Hospital nas quais se diagnosticou uma doença e o número das que morreram em consequência dela.

$$\text{TBLH (\%)} = \frac{\text{N.º total de Óbitos (doença X)}}{\text{N.º total de altas (doença X)}} * 100$$

#### USO E SIGNIFICADO:

Mede a capacidade de resolução do hospital em relação a uma determinada patologia mortal.

#### DADOS NECESSÁRIOS:

Nº total de Casos da doença X: de acordo com a lista CID-10 definida por cada Serviço

Nº total de Óbitos da doença X<sup>6</sup>: de acordo com a lista CID-10 definida por cada Serviço

Serviço X: ver antes

**OS INDICADORES QUE SEGUEM ESTÃO PREDEFINIDOS NA LISTA NACIONAL DE INDICADORES E NÃO SÃO DESCRITOS EM DETALHE SENDO TODOS SIMILARES NA DEFINIÇÃO, FÓRMULA, USO E LISTA DE DADOS NECESSÁRIO:**

**1.2 TAXA DE LETALIDADE POR MALÁRIA EM CRIANÇAS INTERNADAS NOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA** (indicador N.º 91 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

**1.3 TAXA DE LETALIDADE POR MALÁRIA EM ADULTOS INTERNADOS NOS SERVIÇOS DE MEDICINA** (indicador N.º 93 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

**1.4 TAXA DE LETALIDADE INTRAHOSPITALAR POR MALNUTRIÇÃO** (indicador N.º 119 da Lista de Indicadores de Monitoria de Desempenho do SNS).

**1.5 POR OUTRAS CAUSAS A DEFINIR PELA COMISSÃO CID-10**

<sup>6</sup> No futuro espera-se implementar um sistema específico de registo de mortalidade hospitalar que possa alimentar com dados altamente qualitativo o SIS

## C. PERIODICIDADE

---

### 1. PERIODICIDADE NA UNIDADE SANITÁRIA

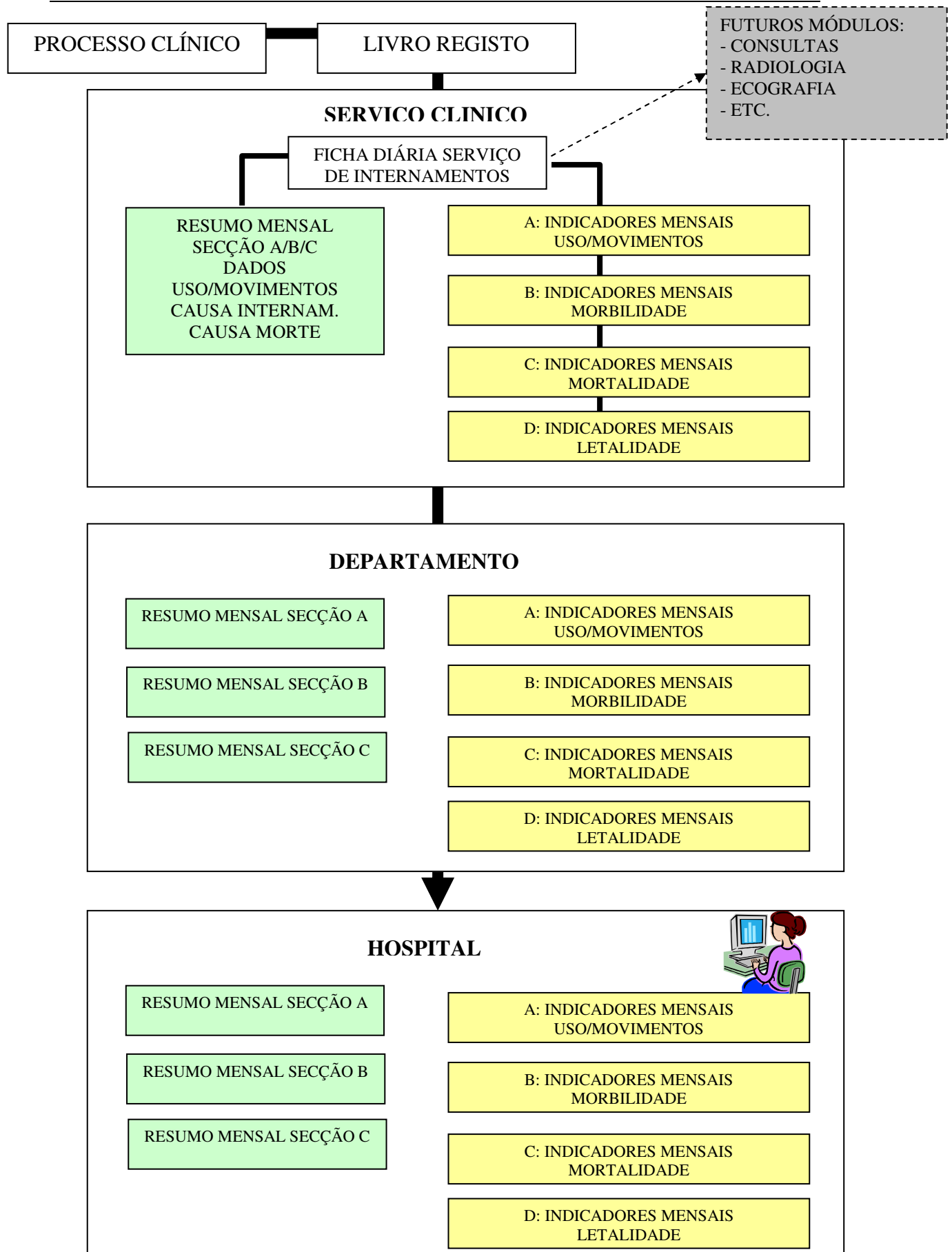
A **recolha nas U.S** começa em cada serviço, através do Processo Clínico e sucessivamente alguns dados para estatística são transcritos nos Livros de Registo:

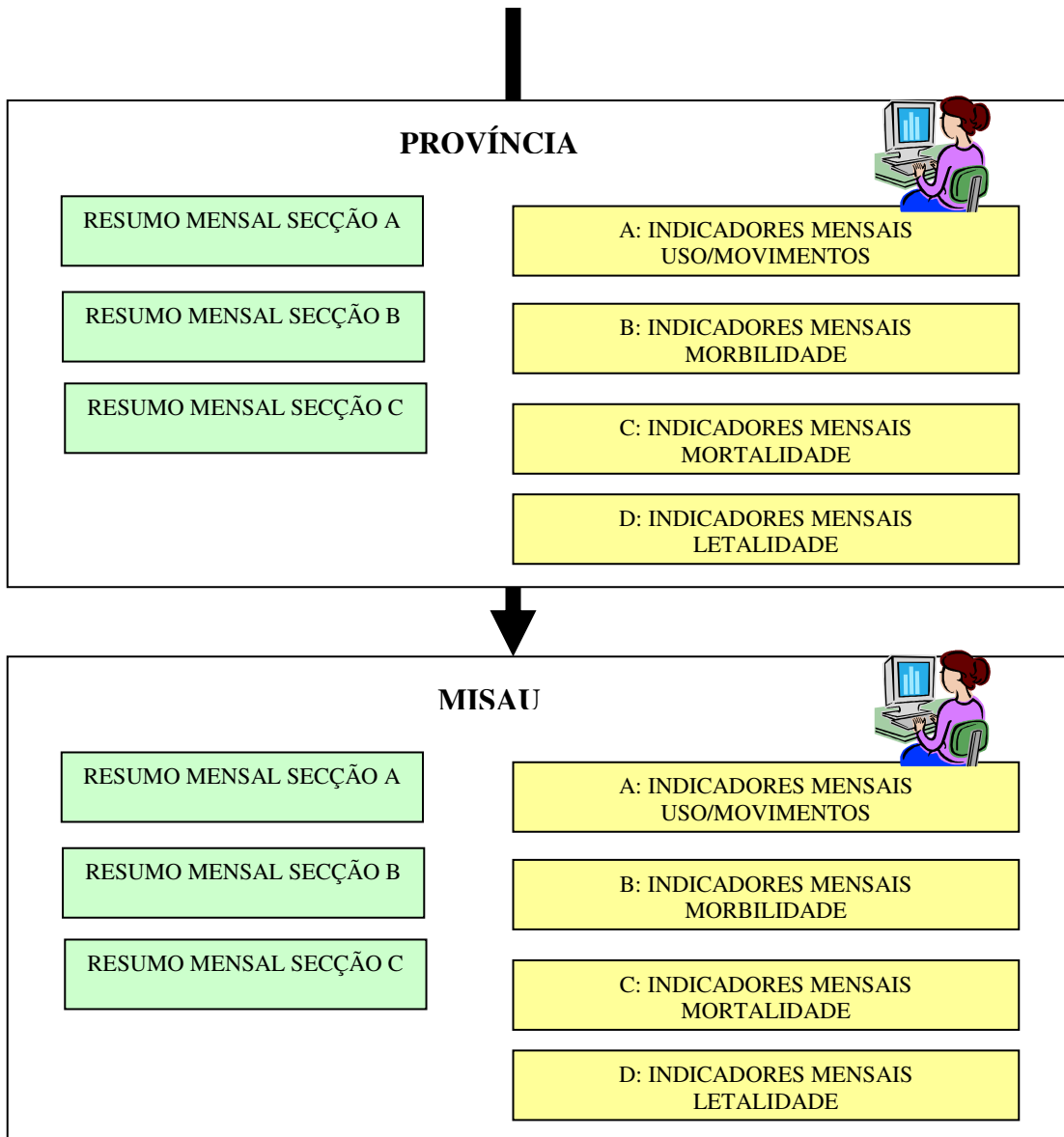
- Recolha **diária** no Processo Clínico,
- Recolha **diária** no Livro de Registo,
- Recolha **diária** na Ficha de registo Diário do Serviço (instrumento novo proposto nesse documento),
- Recolha **mensal** na Ficha de Resumo Mensal do Departamento (instrumento novo proposto nesse documento),
- Recolha **mensal** na Ficha de Resumo Mensal do Hospital (instrumento novo proposto nesse documento).

### 2. PERIODICIDADE NOS DIVERSOS NÍVEIS DE GESTÃO (DISTRITO, PROVÍNCIA E MISAU)

- Recolha **mensal** na Ficha de Resumo Mensal do Distrito (instrumento novo proposto nesse documento),
- Recolha **mensal** na Ficha de Resumo Mensal da Província (instrumento novo proposto nesse documento),
- Recolha **mensal** na Ficha de Resumo Mensal do MISAU (instrumento novo proposto nesse documento),

## D. DIAGRAMA DE FLUXO





## E. OS VOCABULÁRIOS DE TERMINOLOGIA MÉDICA NECESSÁRIOS

### 1. LISTA DE MOVIMENTOS

CD_MOVIMENTOS	DS_MOVIMENTOS
A.01	DOENTES AS 7.00h DA AMANHA
A.02	ADMITIDOS <= 15 ANOS
A.03	ADMITIDOS DE SEXO FEMININO
A.04	TOTAL ADMITIDOS
A.05	ALTA POR ÓBITO
A.06	Óbitos < 48h
A.07	Óbitos > 48h
A.08	ALTA POR ABANDONO ALTA POR TRANSFERÊNCIA A OUTRA UNIDADE
A.09	SANITÁRIA OUTRAS ALTA (A PEDIDO, MELHORADO, POR CURA.
A.10	COMPULSIVA) Óbitos < 48h
A.11	TOTAL ALTAS

### 2. LISTA DOS DEPARTAMENTOS e SERVIÇOS HOSPITALARES

#### 2.A HOSPITAIS DE III NÍVEL

COD	Departamento	N.º de fichas necessárias
01	Departamento de Medicinas	1
02	Departamento de Cirurgia	1
03	Departamento de Ginecologia	1
04	Departamento de Obstetrícia	1
05	Departamento de Pediatria	1
06	Departamento de Ortopedia	1
07	Departamento de Clínica Especial	1
08	Unidade de Cuidados Intensivos	1
09	S.O (Serviço de observação de adultos)	1

## 2.B HOSPITAIS DE IV NÍVEL

COD	Departamento	Serviços	N.º de fichas necessárias
01	Departamento de Medicinas	1. Medicina I 2. Medicina II 3. Medicina III 4. Medicina IV 5. Cardiologia 6. Dermatologia 7. Neonatologia 8. Oncologia 9. Pneumologia 10. Psiquiatria 11. Cuidados Intermediários 12. Quartos especiais 13. Isolamento 14. Urgência	} 1 2 3 4 5 6 7 8 ? ? ?
02	Departamento de Cirurgia	1. Neurocirurgia 2. Otorrinolaringologia 3. Cirurgia II 4. Cirurgia III 5. Cirurgia plástica 6. Cirurgia Oro – Máxilo facial 7. Urologia 8. Oftalmologia 9. Cuidados intermediários	1 2 } 3 4 5 6 7 8
03	Departamento de Ginecologia	1. Ginecologia I 2. Ginecologia II 3. Urgência de Ginecologia	} 1 2
04	Departamento de Obstetrícia	4. Obstetrícia I 5. Obstetrícia II 6. Obstetrícia IV 7. Obstetrícia V 8. Cuidados Intermediários	} 1 2
05	Departamento de Pediatria	1. Pediatria Cirúrgica 2. Pediatria Latentes 3. Pediatria Isolamento 4. Pediatria Doenças Respiratórias (pneumologia) 5. Pediatria Malnutrição 6. Pediatria Doenças Gerais 7. Neonatologia 8. Hospital de Dia Pediátrico 9. Internamento de Curta Duração 10. Urgência de Pediatria	1 2 3 4 5 6 7 8 9 ?
06	Departamento de Ortopedia	1. Ortopedia I 2. Ortopedia II 3. Ortopedia III	1

COD	Departamento	Serviços	N.º de fichas necessárias
		4. Ortopedia IV	
07	Departamento de Clínica Especial	1. Clínica SUR 2. Clínica I 3. Clínica II 4. Clínica III	todas as especialidades ??
08	Unidade de Cuidados Intensivos		1
09	S.O (Serviço de observação de adultos)		N/A
<b>TOTAL FICHAS ESPECÍFICAS</b>			<b>30</b>

### 3. LISTA DAS CAUSAS DE MORTE NÍVEL III E NÍVEL IV (CID-10 ADAPTADO PARA MOÇAMBIQUE)

**A SER DEFINIDA PELA COMISSÃO NACIONAL CID-10**

### 4. LISTA DAS CAUSAS CAUSA DE INTERNAMENTO NÍVEL III E NÍVEL IV (CID-10 ADAPTADO PARA MOÇAMBIQUE)

**A SER DEFINIDA PELA COMISSÃO NACIONAL CID-10**

### 5. DATA SET

N.º	DESCRICAO	OBSERVACOES
1	DIAS DO MÊS	São 31 em todas as fichas
2	PROVÍNCIA	Codificação oficial MISAU
3	DISTRITO	Codificação oficial MISAU
4	UNIDADE SANITÁRIA	Codificação oficial MISAU
5	DEPARTAMENTO	Vocabulário MISAU
6	SERVICO	Vocabulário MISAU
7	DATA	FORMATO EUROPEIO dd/mm/aaa
8	MES	Formato texto completo
9	ANO	Formato numérico 4 dígitos
10	DOENTES AS 7.00h DA MANHÃ	Formato numérico
11	N.º TOTAL DE CAMAS AUTORIZADAS	Formato numérico
12	N.º TOTAL DE CAMAS REAIS	Formato numérico
13	ADMITIDOS	
14	ADMITIDOS >= 15 ANOS	Formato numérico
15	ADMITIDOS SEXO FEMININO	
16	TOTAL ADMITIDOS	
17	TOTAL ALTAS	Formato numérico
18	ALTA POR ÓBITO	Formato numérico
19	ALTA POR Óbitos > 48h	Formato numérico
20	ALTA POR ABANDONO	Formato numérico
21	ALTA POR TRANSFERÊNCIA	Formato numérico
22	ALTA OUTRAS (A PEDIDO, MELHORADO,	Formato numérico

N.º	DESCRICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
	POR CURA, COMPULSIVA)	
23	DIAGNOSTICO DE MORBILIDADE (CASOS DE INTERNAMENTO)	Lista CID-10 reduzida
24	DIAGNÓSTICO DE MORTALIDADE (CAUSA DE MORTE)	Lista CID-10 reduzida

## **F. INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA RECOLHA E RELATÓRIOS (MODELOS EM ANEXO):**

---

1. PROCESSO CLÍNICO
2. LIVRO DE REGISTO DE INTERNAMENTO (JÁ EXISTENTE)
3. FICHA DE REGISTO DIÁRIO DO SERVIÇO:

São necessárias fichas diferenciadas por cada Serviço clínico, isto é um mínimo de 30 a 35 fichas dependendo da lista final de Departamentos e Serviços.

Cada Serviço tem que ter de facto uma lista específica de causas de internamentos e de morte que não permite o uso de uma ficha única.

- ❖ **SECCÃO A:** DADOS RELATIVOS A UTILIZAÇÃO, PRODUTIVIDADE E MOVIMENTO NOS INTERNAMENTOS
- ❖ **SECCÃO B:** DADOS RELATIVOS A MORBILIDADE
- ❖ **SECCÃO C:** DADOS RELATIVOS A MORTALIDADE
- ❖ **SECCÃO D:** DADOS RELATIVOS AOS RESPONSÁVEIS

4. FICHA DE RESUMO MENSAL DO SERVIÇO:

- ❖ **FICHA DE RESUMO SECCÃO A/B/C/D:** DADOS RELATIVOS A UTILIZAÇÃO, PRODUTIVIDADE, MOVIMENTO, CASOS E ÓBITOS NOS INTERNAMENTOS
  - ❖ **FICHA A:** INDICADORES DE MORBILIDADE
  - ❖ **FICHA B:** INDICADORES DE MORTALIDADE
  - ❖ **FICHA D:** INDICADORES DE LETALIDADE

5. FICHA DE RESUMO MENSAL DOS DEPARTAMENTOS:

- ❖ **FICHA DE RESUMO SECCÃO A/B/C/D:** DADOS RELATIVOS A UTILIZAÇÃO, PRODUTIVIDADE, MOVIMENTO, CASOS E ÓBITOS NOS INTERNAMENTOS
  - ❖ **FICHA A:** INDICADORES DE MORBILIDADE
  - ❖ **FICHA B:** INDICADORES DE MORTALIDADE
  - ❖ **FICHA D:** INDICADORES DE LETALIDADE

6. FICHA DE RESUMO MENSAL DO HOSPITAL:

- ❖ **FICHA DE RESUMO SECCÃO A/B/C/D:** DADOS RELATIVOS A UTILIZAÇÃO, PRODUTIVIDADE, MOVIMENTO, CASOS E ÓBITOS NOS INTERNAMENTOS
  - ❖ **FICHA A:** INDICADORES DE MORBILIDADE
  - ❖ **FICHA B:** INDICADORES DE MORTALIDADE

❖ **FICHA D:** INDICADORES DE LETALIDADE

7. FICHA DE RESUMO MENSAL DA **PROVÍNCIA (MÓDULO BÁSICO):**

❖ **FICHA DE RESUMO SECCÃO A/B/C/D:** DADOS RELATIVOS A UTILIZAÇÃO, PRODUTIVIDADE, MOVIMENTO, CASOS E ÓBITOS NOS INTERNAMENTOS

❖ **FICHA A:** INDICADORES DE MORBILIDADE

❖ **FICHA B:** INDICADORES DE MORTALIDADE

❖ **FICHA D:** INDICADORES DE LETALIDADE

8. FICHA DE RESUMO MENSAL **NACIONAL (MÓDULO BÁSICO):**

❖ **FICHA DE RESUMO SECCÃO A/B/C/D:** DADOS RELATIVOS A UTILIZAÇÃO, PRODUTIVIDADE, MOVIMENTO, CASOS E ÓBITOS NOS INTERNAMENTOS

❖ **FICHA A:** INDICADORES DE MORBILIDADE

❖ **FICHA B:** INDICADORES DE MORTALIDADE

❖ **FICHA D:** INDICADORES DE LETALIDADE

## **G. SEGURANÇA E CONFIDENCIALIDADE**

---

A segurança deve ser garantida em quanto a criação de arquivos em papel bem organizados em cada departamento e no NEP do Hospital bem como nas DPPC das províncias.

A introdução de um sistema informático terá que garantir os elementos de segurança estandarte (ver TDR sistema informatizado)

Os dados não são sensíveis em quanto a confidencialidade sendo números agregados sem nenhuma referencia com a identificação dos pacientes

## **H. OS INSTRUMENTOS DE FORMAÇÃO E SUPERVISÃO**

---

- **NORMAS E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO LOCAL**  
(A serem desenvolvidos depois de aprovação do presente documento)
  
- **MANUAIS DE TREINAMENTO PARA OS DIFERENTES NÍVEIS**  
(A serem desenvolvidos depois de aprovação do presente documento)
  
- **NORMAS PARA A SUPERVISÃO A TODOS OS NÍVEIS**  
(A serem desenvolvidos depois de aprovação do presente documento)

## **I. OS INSTRUMENTOS INFORMÁTICOS**

---

A descrição de forma pormenorizada dos termos de referência do sistema informatizado e os detalhes contratuais ou acordos com provedor constam dos anexos.

## **J. RESPONSABILIDADES**

---

- **RESPONSABILIDADE DE RECOLHA DOS DADOS**
  - O Chefe de enfermeiras dos serviços clínicos recolhe os dados diariamente e digita nas fichas
  - O responsável da estatística da US digita no computador e elabora os totais para os resumos e os indicadores dos serviços, departamentos e hospital
  - O técnico da DPPC recebe o file electrónico dos Hospitais da sua província e importa no Modulo básico provincial e divulga os resumos províncias
  - O técnico da REDE do MISAU recebe o file electrónico dos Hospitais da sua província e importa no Modulo básico nacional e divulga os resumos nacionais
  
- **RESPONSABILIDADES DE GESTÃO DO FLUXO DE INFORMAÇÃO**
  - O Chefe do NEP dos Hospitais
  - O Chefe da DPPC
  - O Chefe da REDE - DIS - MISAU

- RESPONSABILIDADES DE ANÁLISE E DIVULGAÇÃO DOS DADOS/INFORMAÇÃO
  - O Director Clínico dos Hospitais
  - O Director medico das DPPC
  - O Chefe do DIS - MISAU

## L. IMPLEMENTAÇÃO

O plano operacional geral prevê as seguintes Etapas

N.º	Etapas	Cronograma
1	Formação de uma equipa de coordenação ou <b>COMITÉ DO PROJECTO</b>	Setembro 2007
2	Elaboração dos TDR para o desenho dos Requisitos do Sistema e o Caderno de Encargo	Fevereiro 2008
3	Elaboração dos Termos de Referencia para o desenho dos Requisitos e Fornecimento de um Sistema de Informação para o III e IV nível - <b>MODULO INTERNAMENTOS</b>	Marco – Julho 2008
4	Lançamento do concurso nacional para a entidade que realiza o projecto executivo	Agosto 2008
5	Adjudicação do projecto executivo e produto final	Setembro 2008
6	Início das actividades de desenvolvimento, instalação, formação	Novembro 2008
7	Entrega do sistema	A ser definido pela empresa que ganha o concurso
8	Rotina, manutenção, suporte e correcção	Permanente

PILOTAGEM E RECURSOS NECESSÁRIOS (A serem desenvolvidos depois de aprovação do presente documento)

AValiação PILOTO (A serem desenvolvidos depois de aprovação do presente documento)

IMPLEMENTAÇÃO DEFINITIVA E PLANO DE CUSTOS ANUAL (A serem desenvolvidos depois de aprovação do presente documento)

## M. FORMAÇÃO

PLANO DETALHADO DE FORMAÇÃO PONTUAL E CONTÍNUA (A serem desenvolvidos depois de aprovação do presente documento)

MATERIAL NECESSÁRIO E CUSTOS (A serem desenvolvidos depois de aprovação do presente documento)

## **ANEXOS**

1. TEMOS DE REFERÊNCIA PARA O SOFTWARE
2. SISTEMA DE FICHAS DO NÍVEL IV
3. SISTEMA DE FICHAS DO NÍVEL III
4. LISTAS DE CAUSAS DE INTERNAMENTOS PARA NÍVEL IV
5. LISTAS DE CAUSAS DE INTERNAMENTOS PARA NÍVEL III

**Referências bibliográficas:**

1. **Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progress réalisés dans la voie de la santé pous tours d'ici l'an 2000** – Organização Mundial da Saúde, 1981 (Série "Santé Pour Tous, No 4").
2. **Volume 2º do CID-10**
3. **Documentação do PHAO**