

ALESSANDRA DA GRAÇA CORRÊA

**A importância dos indicadores de qualidade para a certificação hospitalar da
*Joint Commission International***

São Paulo
2016

ALESSANDRA DA GRAÇA CORRÊA

**A importância dos indicadores de qualidade para a certificação hospitalar da
*Joint Commission International***

Monografia apresentada à Escola
Politécnica da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Gestão e Engenharia da Qualidade/
Engenharia e Gestão da Manufatura e
Manutenção

Orientador: Prof. Dr. Adherbal Caminada
Netto

São Paulo
2016

ALESSANDRA DA GRAÇA CORRÊA

**A importância dos indicadores de qualidade para a certificação hospitalar da
*Joint Commission International***

Monografia apresentada à Escola
Politécnica da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Gestão e Engenharia da Qualidade/
Engenharia e Gestão da Manufatura e
Manutenção

Orientador: Prof. Dr. Adherbal Caminada
Netto

São Paulo

2016

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Adherbal Caminada Netto pela contribuição em meu aprendizado com seus amplos conhecimentos e brilhante orientação para realização desse trabalho, agradeço imensamente pela compreensão e companheiros mediante a doença do meu pai.

A minha família, em especial meu pai Osmar Corrêa pelo apoio e compreensão mesmo muito doente, conseguia externar preocupação com a minha correria diária, à minha mãe por estar sempre ao meu lado nas horas mais difíceis e me encorajar quando quis desistir do curso.

Aos meus queridos amigos adquiridos ao longo desse curso: Massayoshi Campos, Regina Sanzoni e Felipe Moreno que estiveram sempre do meu lado, encorajando-me a também não desistir, sempre me apoiando nos momentos cruciais.

À todos os professores do PECE pela excelente contribuição no meu crescimento e aprendizado como ser humano e profissional.

RESUMO

Abordar o conceito de qualidade é algo desafiador, pois não há uma definição global, entretanto, reconhecer qualidade é fácil, por ser algo agradável, positivo, que traz benefícios para todas as partes envolvidas. A preocupação em garantir um atendimento ao paciente que necessita de um serviço de saúde vem crescendo ao longo do tempo, e conforme controles de qualidade realizados na indústria há a adaptação para o âmbito hospitalar. A *Joint Commission*, é uma organização não-governamental norte-americana que realiza acreditação desde 1953, sendo a principal agência de acreditação em saúde dos Estados Unidos, atuando em mais de 40 países, entre eles a Alemanha, a Dinamarca, a Espanha, a Hungria, a Rússia, a Turquia, os Emirados Árabes e a África do Sul. No Brasil, a JCI está representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação. Em 1999, o Hospital Geral, Privado e Terciário apresentado nesse estudo foi o primeiro hospital em São Paulo, a receber a acreditação da JCI. Em março de 2015, ele obteve a 6ª reacreditação pela JCI. A acreditação hospitalar internacional é um reconhecimento importante aos serviços de saúde, proporciona grande visibilidade para a instituição e maior segurança ao paciente. Os resultados dos indicadores de qualidade apresentados nesse trabalho, foram derivados do protocolo gerenciado de Infarto Agudo do Miocárdio, implementado em um Programa de Cardiologia do hospital e esse protocolo foi gerenciado pelo autor. Observou-se um aumento progressivo na adesão da maioria dos indicadores de qualidade, de acordo com as taxas apresentadas. Conclui-se que a evolução dos resultados globais dos indicadores de qualidade costuma ser observada após o período de um ano, a partir da data da implementação do protocolo.

Palavras-Chave: Indicador de qualidade; acreditação de instituições de saúde; infarto agudo do miocárdio.

ABSTRACT

There is no global definition about quality concept, this is a challenging issue, however, recognize quality is easy, quality can be recognized as something pleasant, positive, that can benefit all parties. The concern to guarantee the quality care assistance for patients, which requires a health care service has grown over time, and as quality controls carried out in the industry for adaptation to the hospital environment. The Joint Commission International is an American non-governmental health care organization that performed accreditation since 1953. It is the main Health accrediting agency in the United States, acting in more than 40 countries, including Germany, Denmark, Spain, Hungary, Russia, Turkey, the United Arab Emirates and South Africa. In Brazil, JCI is represented by the Brazilian Consortium for Accreditation. In 1999, the General, Private and Tertiary Hospital presented in this study was the first hospital in São Paulo, to receive JCI accreditation. In March 2015, he obtained the 6th JCI reaccreditation by JCI. The international hospital accreditation is an important recognition to health services, provides great visibility to the institution and greater patient safety. The quality indicators results presented in this study were derived from the Acute Myocardial Infarction managed protocol, implemented in a Cardiology Program in this Hospital. This protocol was managed by the author. There was a progressive increase in the adherence rates in the two main quality indicators. It is concluded that the evolution of the overall results of the quality indicators is usually observed after a period of one year from the Protocol's implementation date.

Keywords: Health care quality indicators. Health facility accreditation. Myocardial Infarction.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Taxa de Prescrição de AAS na Alta Hospitalar.....	23
Gráfico 2.	Taxa de Prescrição de Inibidores da ECA/BRA na Alta Hospitalar.....	23
Gráfico 3.	Taxa de Orientação para Cessação do Tabagismo na Alta Hospitalar.....	24
Gráfico 4.	Taxa de Mortalidade Intra-Hospitalar não ajustada para risco.....	24

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS

1.	INTRODUÇÃO	9
1.1	Objetivos	10
1.2	Justificativa	10
2.	REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1	Qualidade	12
2.2	Acreditação hospitalar	14
3.	METODOLOGIA	16
3.1	Descrição dos indicadores de qualidade	16
3.2	Geração de dados	16
3.3	Indicadores de qualidade	18
3.4	Relação dos principais indicadores	19
3.4.1	Taxa de prescrição de ácido acetilsalicílico na admissão e alta	19
3.4.2	Taxa de prescrição de betabloqueadores na admissão e alta	19
3.4.3	Taxa de inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do sistema renina angiotensina na admissão e alta	20
3.4.4	Taxa de aconselhamento para cessação do tabagismo na alta	20
3.4.5	Recomendação de reabilitação cardíaca	21
3.4.6	Tempo porta-eletrocardiograma	21
3.4.7	Tempo porta-balão	21
3.4.8	Tempo porta-agulha	22
3.4.9	Taxa de realização de angioplastia em até 90 minutos	22
3.4.10	Reinternação em 30 dias após a alta hospitalar e mortalidade em 30 dias após a alta hospitalar	22
4.	RESULTADOS	23
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
5.1	Discussão	25
5.2	Conclusão	28
6.	REFERÊNCIAS	30
7.	APÊNDICES	33

1. INTRODUÇÃO

A importância dos indicadores de qualidade para a certificação hospitalar da *Joint Commission International* é o tema central escolhido para a monografia.

Para abordar decidiu-se pela revisão bibliográfica, do qual se verificou os conceitos da qualidade, onde observou-se que, apesar de aparentemente ser fácil definir esse conceito, nota-se ainda certa dificuldade de seu emprego na prática. Outro ponto abordado pela revisão bibliográfica foi a acreditação hospitalar do qual o próprio Ministério da Saúde é defensor da idéia, sendo uma das principais referências encontradas para fazer parte do trabalho.

E conforme as referências que abordam a qualidade e a própria acreditação hospitalar, a avaliação é feita através de indicadores de qualidade. Dessa forma, foi escolhido também como um dos itens de abordagem da revisão da literatura, pois se reforça a necessidade de trabalhar baseado em dados confiáveis e como, portanto, a geração o próprio indicador.

Após a revisão da literatura, de forma a situar o leitor as premissas do que é a qualidade, certificação hospitalar e a forma como é feita, o próximo passo resultou em abordar os indicadores propriamente ditos, em específico para a atuação na doença isquêmica, que pode ser fatal caso não realizado um atendimento médico-hospitalar de forma rápida e sistematizada. A leitura torna-se interessante independente da área de formação do leitor, pois se trata de um evento que pode ocorrer com qualquer um, seja familiar, conhecido, dentre outros. E conhecer o que se pode fazer em situações que impactam na vida de uma pessoa é sempre importante.

Esperava-se que fosse encontrada maior quantidade de literatura nacional para análise e posterior uso como fonte bibliográfica, porém a maior fonte foi a internacional. Como a experiência institucional foi através da *Joint Commission*, para se evitar viés de interpretação de outras creditações focou-se no material único.

1.1 Objetivos

A presente monografia tem como objetivo principal: verificar mediante revisão de literatura a importância dos indicadores de qualidade para a certificação hospitalar da *Joint Commission International*.

Como objetivos secundários: a revisão dos principais conceitos que permeiam a qualidade e a certificação hospitalar como forma de basear a discussão e trazer a tona sua real importância.

1.2 Justificativa

A escolha do tema se justifica pelo fato de garantir o melhor atendimento ao paciente, principalmente mediante as situações desafiadoras para a equipe médica. Com a melhoria de adesão aos indicadores de qualidade é possível salvar vidas, como foi o caso da sepse e a própria adesão a higienização das mãos durante a “Campanha 5 Milhões de Vidas” lançada em dezembro de 2006 pelo *Institute for Healthcare Improvement*.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A preocupação em garantir um atendimento ao paciente que necessita de um serviço de saúde vem crescendo ao longo do tempo, e conforme controles de qualidade realizados na indústria há a adaptação para o âmbito hospitalar (CAMACHO, 1998). Não apenas uma preocupação local, mas nacionalmente e internacionalmente, sendo a *Joint Commission*, umas das mais reconhecidas agências que certificam as instituições de saúde.

Trata-se de uma organização não-governamental norte-americana que realiza acreditação desde 1953, sendo a principal agência de acreditação em saúde dos Estados Unidos, atuando em mais de 40 países, entre eles a Alemanha, a Dinamarca, a Espanha, a Hungria, a Rússia, a Turquia, os Emirados Árabes e a África do Sul.

O processo de acreditação tem a finalidade de criar uma cultura de segurança e qualidade dentro de uma organização que continuamente se esforça para melhorar processos de cuidado ao paciente. Seus critérios cobrem uma gama de itens, que envolvem infra-estrutura do ambiente assistencial, direitos e deveres dos pacientes, tratamento e prontuário do paciente, manutenção dos equipamentos, treinamento dos profissionais, gerenciamento de catástrofes e controle de infecção hospitalar (GURGEL Jr, 2002).

Para a acreditação internacional, como a atual experiência brasileira do Hospital Geral, Privado, Terciário e de Grande Porte, a *Joint Commission International* (JCI) foi criada em 1999, como um desdobramento da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, para melhorar a qualidade da assistência à saúde internacionalmente. No Brasil, a JCI está representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA, 2007). Em 1999, o Hospital desse estudo foi o primeiro hospital, fora dos Estados Unidos e Europa, a receber a acreditação da JCI. A cada três anos essa instituição passa por novos processos de avaliação dos processos, em março de 2012, o Hospital obteve a 6ª reacreditação pela JCI (LERER et al, 2012).

Os critérios para acreditação hospitalar cobrem uma vasta gama de itens organizados em: metas internacionais de segurança; direitos do paciente e dos

familiares; acesso ao tratamento e continuidade; avaliação do paciente; cuidado ao paciente; educação do paciente e dos familiares; gerenciamento e uso de medicamentos; anestesia e cirurgia; capacitação dos recursos humanos; gerenciamento da comunicação e das informações (prontuário); vigilância e controle de infecção hospitalar; direção e capacitação das lideranças; gerenciamento e segurança das instalações; segurança do paciente e melhoria contínua da qualidade.

2.1 Qualidade

Abordar o conceito de qualidade é algo desafiador, pois não há uma definição global, entretanto, reconhecer qualidade é fácil, por ser algo agradável, positivo, que traz benefícios para todas as partes envolvidas. Apesar dessa falta de um conceito concreto, é um assunto de grande procura em diversas áreas nas últimas décadas, não apenas da saúde (por exemplo), porém em diversas que objetivam ter um bom reconhecimento no mercado. Devido à competitividade, atualmente, entre os prestadores de serviços, fábricas, empresas que buscam vender seus produtos e / ou serviços são preocupados com a qualidade e todos os processos envolvidos (GURGEL Jr, 2002; MAINARDES, 2010).

A busca pela qualidade, apesar de amplamente abordada em diversas discussões e processos, sempre esteve presente na história da humanidade. Pode parecer uma preocupação em moda, porém a partir do século 20 o foco das organizações ao redor do mundo passou a ser a qualidade (AVELINO, 2005).

Há diversos focos, porém todos preocupados com a qualidade, dos quais, por exemplo, Deming baseava a qualidade no controle e melhoria dos processos, com o uso de técnicas estatísticas, análise de indicadores, coleta de dados. Juran defendia a qualidade como adequação ao uso (“o que o cliente quer”). Para Crosby, o produto de qualidade é aquele isento de defeitos; Ishikawa preocupava-se com em atender as necessidades dos clientes; e Taguchi considerava que o processo com boa qualidade é o que envolve a mínima perda de produtos (AVELINO, 2005; MAINARDES, 2010).

Em específico sobre indicadores, segundo (CAMINADA NETTO, 2006), o investigador deve debruçar-se sobre os diversos aspectos que envolvem sua definição, o cálculo e sua utilização. De maneira especial, e isto é particularmente importante no caso de indicadores de projeto, além dos aspectos técnicos, comerciais e financeiros, deve prestar atenção aos fatores humanos que condicionam tais atividades, uma vez que o indicador é tão bom quanto os dados disponíveis para sua estruturação. E dados são coletados e manipulados por pessoas, sujeito ao arbítrio da natureza humana, por outro lado o indicador é tão útil como a pertinência, com que foi definido e a maneira como é utilizado.

Ou seja, a qualidade pode ser vista interna ou externamente à organização. Quanto visto internamente, contribui para a otimização de uso dos recursos, não ao desperdício, aumento da produtividade e ausência de defeitos. Quando o foco é externo, facilita a conquista e manutenção dos clientes. Dessa forma, é possível verificar que a qualidade é a capacidade de qualquer objeto ou ação de corresponder ao objetivo a que se propõe (MAINARDES, 2010).

Em 1947, na Suíça, houve a aprovação das primeiras normas internacionais em todos os campos técnicos, através da Organização Internacional para Padronização (*International Organization for Standardization – ISO*). A princípio a preocupação girava em torno da construção civil, porém aos poucos e com grande procura foi atingindo diversas áreas, envolve também a especificação de produtos, serviços e boas práticas, ajudando a tornar a empresa/indústria mais eficiente e eficaz. E pelo fato de ser um consenso global, ajuda a quebrar barreiras do comércio internacional, tornando a exportação e importação mais rápidas tanto para aprovação de compra ou vendas (ISO, 2013).

Como forma de aprimorar e especificar a qualidade em serviços e atendimentos em saúde relaciona-se a qualidade com a acreditação da instituição. Uma instituição acreditada por determinado órgão, torna-se sinônimo de oferecer os melhores níveis de qualidade relacionado a padrões, dependendo do foco do credenciador, internacional ou nacional (Da SILVA & MATSUDA, 2012).

2.2 Acreditação Hospitalar

A essência das instituições hospitalares, independente de qual for, é atender a seus pacientes de forma mais adequada possível. É um instrumento que contribui para a proteção do consumidor, na medida em que um produto, um serviço ou um sistema cumpram requisitos exigidos por leis, regulamentos e, na área de saúde, práticas baseadas em evidências científicas. Essa necessidade é suprimida através de constantes esforços com programas de melhorias permanentes da qualidade de gestão e assistência, buscando uma integração harmônica de todas as áreas envolvidas nesse cuidado. Desde a beira leito com a equipe de saúde multidisciplinar, as áreas correlatas envolvidas indiretamente, como engenharia, administração, economia, advocacia, dentre outros (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O aumento da eficiência e eficácia nos processos de gestão é necessário para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde das pessoas que necessitam de atendimento médico-hospitalar, cuidado e apoio. Visando essa necessidade, no início da década de 90, surge em São Paulo os primeiros movimentos de acreditação de serviços de saúde no Brasil, com foco na Associação Paulista de Medicina em parceria com outros órgãos ligados aos serviços de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em 1992 é lançada a versão brasileira de um manual voltado especificamente para garantir a qualidade e acreditação hospitalar para hospitais da América Latina. Após três anos, em 1995, o Ministério da Saúde cria o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, como forma de avaliar a assistência prestada à saúde do brasileiro no sistema público. Em contrapartida, em regiões como Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo haviam entidades que já desenvolviam iniciativas voltadas ao processo de acreditação (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Como forma de unificar esforços, o MS em 1997 reúne as instituições do setor de saúde e propõe a constituição de uma organização nacional, que centralize o processo de acreditação, de caráter não governamental. Dessa forma, criou-se o Órgão Nacional de Acreditação a princípio, que mais tarde ficou

conhecido como Organização Nacional de Acreditação (ONA) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; ONA, 2013).

A ONA incentiva “o setor de saúde para o aprimoramento da gestão e qualidade da assistência através do desenvolvimento e evolução de um sistema de acreditação” (ONA, 2013).

A acreditação é definida como um sistema de avaliação e certificação da qualidade, de um pressuposto de ideia dinâmica, ininterrupto de atividade permanente para identificação de potenciais falhas nas rotinas e procedimentos de serviços. É uma ação coordenada normalmente por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e implantação da sua metodologia. Tem caráter educativo e voltado para a melhoria contínua (FELDMAN, 2005, p.214; CQH, 2007).

Dentre as principais vantagens que a acreditação traz ao serviço de saúde, estão em destaque a segurança do paciente e profissionais envolvidos, qualidade de assistência, construção de equipe e melhoria contínua, útil instrumento de gerenciamento, que para os funcionários envolvidos a possibilidade de novas formas de atuação em suas profissões. E com essas vantagens, portanto, verifica-se que entre os principais interessados pelo processo de acreditação estão: líderes e administradores de serviços e instituições de saúde, profissionais de saúde, organizações de saúde, sistemas compradores, governo e cidadão (ONA, 2013).

A acreditação hospitalar internacional é considerada um reconhecimento importante aos serviços de saúde, do qual passam a ser considerados como referência para instituições menores ou nacionais do mesmo porte. Outra vantagem é a de poder apresentar à população os resultados da prática médica baseada em diretrizes assistenciais nacionais e internacionais. Ainda também por seguir a mesma metodologia dessas diretrizes e dos serviços de acreditação internacionais como a JCI, possibilita o *benchmark* com os serviços internacionais de referência como a Cleveland Clinic.

3. METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa retrospectiva, de abordagem quantitativa dos indicadores de qualidade hospitalar preconizados pela *Joint Commission International*, em uma instituição privada, terciária de atendimento geral, localizado na cidade de São Paulo, Brasil.

3.1 Descrição dos indicadores de qualidade

Devido a quantidade de indicadores que envolvem o monitoramento do atendimento ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) foram selecionados os indicadores: taxa de aspirina na alta, taxa de inibidor da IECA na alta, taxa de orientação da cessação de tabagismo e taxa de mortalidade. O período para análise dos indicadores foi uma série histórica de 2011 a 2014, sendo que em 2014 foi examinada por meio de estatística descritiva básica mensalmente.

Para cada indicador foram desenvolvidas fichas técnicas, que contém as seguintes informações: nome do indicador, descrição, finalidade, tipo de indicador, desfechos relacionados, forma de detectar a melhora de qualidade, numerador (responsável pela coleta, local de armazenamento e extração do dado, formato de registro), população incluída e excluída relacionado ao numerador; denominador (responsável pela coleta, local de armazenamento e extração do dado, formato de registro), ajuste de risco, abordagem para coleta de dados, acurácia dos dados, amostragem, meta, referencial comparativo, versão, data de atualização dos dados, fonte de dados (referência) e formato de relato do dado (Anexos).

3.2 Geração de dados

Do dado origina-se a informação, ou seja, informações são dados organizados com significado, da qual muda o conhecimento de alguém, entretanto, a relevância do dado ou fato é situacional e depende do nível de conhecimento de quem recebe a informação, e principalmente, tem-se no dado uma forma de reduzir incertezas (OLETO, 2006, p.57).

Com isso, diversos modelos de gestão têm organizado discussões sobre o papel da necessidade de dados a respeito de determinado assunto e sua necessidade de reformular constantemente diversas bases de informações para procurar responder questões fundamentais, que influenciam diretamente decisões a respeito de políticas administrativas, por exemplo, de condições a saúde, infraestrutura da cidade, dentre outras. Em síntese, dados, informações e conhecimento são elementos fundamentais para a comunicação e a tomada de decisão nas organizações, mas seus significados não são tão evidentes. Eles formam um sistema hierárquico de difícil delimitação. O que é um dado para um indivíduo pode ser informação e / ou conhecimento para outro.

O dado influencia diretamente, portanto, há a necessidade de confiabilidade do dado, conforme a importância para decidir algo, pois pressupõem a redução de erros e, assim, direcionamento para o caminho mais certo, com maior chance de ganhos. A decisão ocorre sempre quando nos deparamos com cursos alternativos de ação, ou seja, quando podemos fazer algo de duas ou mais maneiras diferentes, o qual resulta na necessidade de decisão. Onde, dessa forma, a tomada de decisão é o processo de escolher um curso de ação entre várias alternativas para se defrontar com um problema ou oportunidade (CHIAVENATO, 2004, p.254).

Além de reduzir incertezas, a informação é usada para monitoração da concorrência, identificação de ameaças e oportunidades de melhora da competitividade. Embora a necessidade dessas informações sempre estivesse presente, com a globalização da economia a importância de dados confiáveis tornou-se mais premente. Com a internacionalização dos negócios, a competitividade entre empresas e países pode estar vinculada à qualidade do sistema de informações de que se dispõe em relação a concorrentes (CENDÓN, 2002). Quanto maior o contato com tecnologias e seus avanços, melhor será a chance de assertividade, caso o entendimento do assunto esteja coerente aos demais. Dessa forma, auxilia em vários aspectos, dentre eles, a possibilidade de comparação de resultados, pressupondo equivalências entre um serviço e outros, e assim, proporciona a troca de aprendizado e treinamentos.

3.3 Indicadores de qualidade

Com a garantia de dados fidedignos, o trabalho na análise baseia-se, portanto, em regras pré-definidas, no qual possibilita a comparação entre os serviços de saúde. O que proporciona uma boa visibilidade de mercado, pois é uma informação de peso ao paciente que necessita escolher algum serviço de saúde para resolução de seu problema (VAITSMAN, 2005).

Dessa forma, adota-se uma sistematização de planejamento, formulação e operacionalização dos processos assistenciais e de apoio, necessários para garantir a segurança dos pacientes e a qualidade dos serviços prestados. É um processo dinâmico que permite a revisão e atualização dos padrões e critérios adotados como referenciais, com flexibilidade suficiente para permitir a adequação a diferentes necessidades estratégicas da instituição (CENDÓN, 2002).

Os indicadores de qualidade são utilizados na mensuração do desempenho de protocolos e podem ser divididos em duas categorias: indicadores de processo e indicadores de resultados, permitindo comparação entre instituições distintas (*benchmarking*) (RADZWILL, 2002). São denominados de *procesos*, aqueles que medem a qualidade da assistência oferecida, isto é, se foram seguidas as recomendações das diretrizes ou *guidelines* assistenciais. Por exemplo, taxa de prescrição de AAS e taxa de prescrição de inibidor da enzima conversora da angiotensina ou bloqueador do receptor da angiotensina (IECA/BRA) para pacientes internados com infarto agudo do miocárdio e com disfunção ventricular sistólica de grau moderado à grave (fração de ejeção do ventrículo esquerdo <40%) na alta. Os indicadores de resultado medem a mudanças desejáveis ou não, que possam ser atribuídas à assistência oferecida) por exemplo, a taxa de mortalidade hospitalar ajustada, taxa de readmissões em 30 dias e o tempo de permanência hospitalar em pacientes portadores de Infarto Agudo do Miocárdio (MAKDISSE, 2006).

Para cada indicador deve ser definida uma meta a ser alcançada que poderá ser estabelecida pela própria instituição, ou ser baseada na comparação com o desempenho de outras instituições que tenham seus indicadores de qualidade publicados. O objetivo será sempre alcançar ou superar os melhores resultados.

3.4 Relação dos principais indicadores

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) demanda da equipe multidisciplinar um atendimento rápido, porém efetivo, devido à gravidade da patologia. São preconizados pela JCI ações que vão desde o atendimento inicial, quando o paciente chega à instituição como é o indicador de Tempo Porta Eletrocardiograma, e a partir da confirmação do caso, até o uso de medicações. O tempo para a abertura da artéria comprometida é mensurado sistematicamente (JCI, 2007).

Conforme critérios da JCI (2007), a seguir os indicadores que compõem a mensuração da qualidade no atendimento do Infarto Agudo do Miocárdio.

3.4.1 Taxa de prescrição de ácido acetilsalicílico (AAS) na admissão e alta

A medicação é considerada fundamental no tratamento pós Infarto Agudo do Miocárdio como forma de evitar novos eventos isquêmicos (JCI, 2007).

São considerados elegíveis todos os pacientes que não apresentam contraindicações ao AAS ou razões descritas em prontuário pelo médico para não prescrição desse medicamento. As principais contraindicações são consideradas: alergia ao AAS, sangramento ativo à admissão ou durante a internação, pacientes que fazem uso regular de anticoagulantes, úlcera ativa, outras razões para não prescrição do AAS (JCI, 2007).

3.4.2 Taxa de prescrição de betabloqueadores na admissão e na alta

A medicação atua para diminuir o trabalho cardíaco e poupar o músculo do coração, seu uso reduz em 20% o risco de morte e prevenir a morte súbita (JCI, 2007).

São considerados elegíveis todos os pacientes que não apresentam contraindicações ao betabloqueador ou razões descritas em prontuário pelo médico para não prescrição desse medicamento. As principais contraindicações são

consideradas: alergia ao betabloqueador, frequência cardíaca menor que 60 batimentos / minuto, que não estivessem em uso do medicamento, bloqueio átrio-ventricular do 2º ou 3º grau que não receberam marca-passo, presença de sinais de insuficiência cardíaca nas primeiras 24h da internação, pacientes em choque ou com pressão máxima (sistólica) inferior a 90mmHg, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e outras razões para não prescrição do betabloqueador (JCI, 2007).

3.4.3 Taxa de uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueador do sistema renina angiotensina (BRA) na admissão e na alta

O IECA/BRA é benéfico para a prevenção de óbito em curto prazo por Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral em pacientes com doença aterosclerótica prévia com comprometimento coronariano. Também se beneficiam os portadores de cardiopatia isquêmica na medida em que controlam a hipertensão arterial, e são essenciais no tratamento da insuficiência cardíaca (JCI, 2007).

São considerados elegíveis todos os pacientes que não apresentem contraindicações ao inibidor da ECA ou BRA ou razões descritas em prontuário pelo médico assistente para não prescrição dos dois medicamentos. As seguintes contraindicações são consideradas: alergia aos dois medicamentos - inibidor da ECA e BRA; estenose da valva aórtica moderada ou grave; estenose da artéria renal moderada a grave, outras razões para não prescrição do IECA e BRA relatadas pelo médico assistente no prontuário do paciente (JCI, 2007).

3.4.4 Taxa de aconselhamento para cessação do tabagismo na alta

O aconselhamento para cessação do tabagismo é considerado tratamento não-farmacológico, são considerados elegíveis todos os pacientes que tenham fumado, em qualquer período do ano anterior ao da internação. O aconselhamento necessita ser registrado em prontuário pelo médico assistente e/ou pela equipe multiprofissional, e é feito por meio da entrega de material educativo no período que precede a alta do paciente (JCI, 2007).

Além da entrega do material educativo, o Núcleo de Atenção ao Tabagismo (NAT) do Hospital é responsável pela avaliação sistemática dos pacientes fumantes e fornecimento de orientações gerais para cessação do tabagismo. A avaliação é realizada por psicólogos, sem ônus ao paciente. É solicitado aos médicos titulares que se manifestem através de observação na prescrição médica caso não desejem que essa abordagem inicial seja realizada (JCI, 2007).

O resultado da avaliação é disponibilizado no prontuário para o médico titular e ele poderá solicitar inte-consulta médica ao NAT, através de prescrição, caso julgue necessária (JCI, 2007).

3.4.5 Recomendação de reabilitação cardíaca

A recomendação para reabilitação cardíaca deve ser feita pelo médico titular do paciente na alta e registrada em impresso próprio (JCI, 2007).

3.4.6 Tempo porta-eletrocardiograma

O tempo porta-eletrocardiograma é mensurado a partir da chegada do paciente na unidade de pronto atendimento (UPA) com dor torácica ou queixa de equivalente isquêmico até a realização desse, o tempo ideal recomendado pela *American Heart Association* é de até 10 minutos (JCI, 2007).

3.4.7 Tempo porta-balão

O tempo porta-balão é mensurado a partir da chegada do paciente na sala de emergência Unidade de Pronto Atendimento (UPA) até a abertura da artéria de forma mecânica por meio da angioplastia primária (cateterismo) no laboratório de hemodinâmica que pertence ao Centro de Intervenção Cardiovascular, o tempo recomendado pela *American Heart Association* é de até 90 minutos (JCI, 2007).

3.4.8 Tempo porta-agulha

O tempo porta-agulha é mensurado a partir da chegada do paciente nas UPAs externas (Perdizes, Alphaville e Ibirapuera) até a abertura da artéria por meio da infusão endovenosa do fibrinolítico, medicação que dissolve o trombo no coração e desobstrui a artéria acometida. O tempo recomendado pela *American Heart Association* é de até 30 minutos (JCI, 2007).

3.4.9 Taxa de realização de angioplastias em até 90 minutos

Esse indicador mede a porcentagem de realização de angioplastias (cateterismos) em até 90 minutos em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com apresentação de supradesnívelamento de segmento ST no eletrocardiograma, elegíveis para o indicador tempo porta-balão (JCI, 2007).

3.4.10 Reinternação em 30 dias após a alta hospitalar e mortalidade em 30 dias após a alta hospitalar

A partir de 2012 a célula de desfecho da Divisão de prática Médica, setor independente do Programa de Cardiologia, iniciou o seguimento prospectivo dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio após a alta hospitalar, tornando possível uma melhor avaliação da evolução clínica dos pacientes, o contato é feito por meio telefônico e um questionário de qualidade de vida validado é aplicado aos pacientes (JCI, 2007).

4. RESULTADOS

A taxa de prescrição de AAS na alta hospitalar foi o indicador com melhor aderência dentre os selecionados conforme gráfico 1, o qual desde o início da análise dos resultados em 2011 observou-se 100% de conformidade (n=215/215), em 2012 100% (n=215/215), 2013 100% (n=241/241) e 2014 100% (n=190/190). A ficha técnica desse indicador encontra-se no apêndice 1.

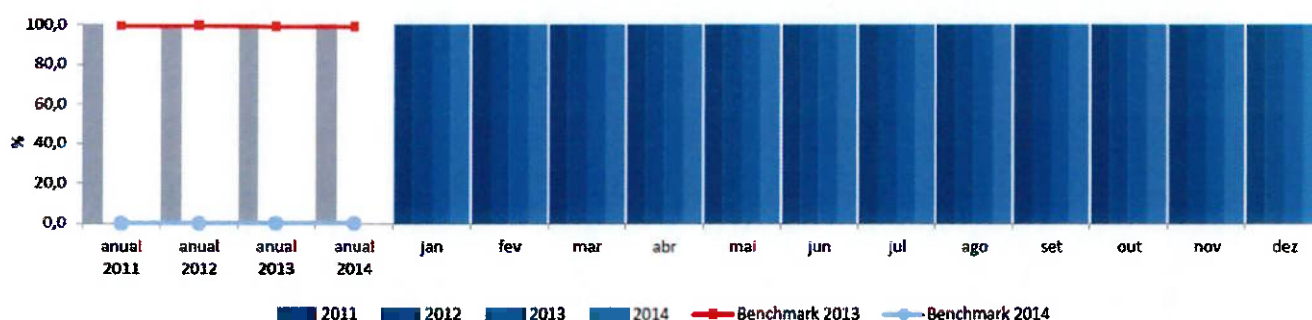


Gráfico 1. Taxa de Prescrição de AAS na Alta Hospitalar.

A taxa de prescrição de IECA / BRA na alta hospitalar em 2011 94% (n=17/18), conforme gráfico 2, observou-se uma não conformidade no mês de novembro de 2011. A partir de 2012 o indicador foi atingido em sua plenitude. As taxas foram em 2012 100% (n=18/18), em 2013 100% (n=19/19) e em 2014 100% (n=22/22). A ficha técnica desse indicador encontra-se no apêndice 2.

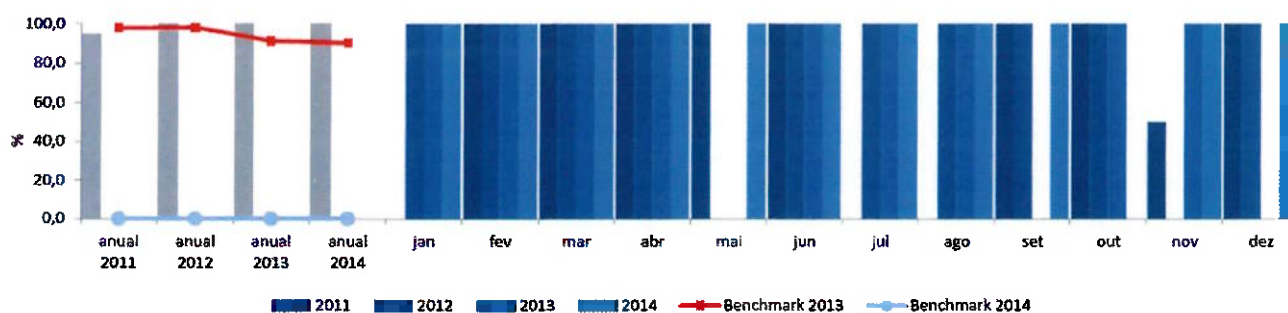


Gráfico 2. Taxa de Prescrição de Inibidor da ECA/BRA na Alta Hospitalar.

Diferente dos resultados anteriormente demonstrados, a taxa de orientação para a cessação do tabagismo na alta hospitalar foi o indicador com maior variação ao longo dos anos. Em 2011 com 81% (n=25/31), em 2012, 89% (n=24/27), em 2013 89% (n=32/36), e 2014 com 80% (n=16/20), conforme gráfico 4. A ficha técnica desse indicador encontra-se no apêndice 3. Nota-se que o *benchmark* só surge a partir de 2013, ano em que esse indicador passa a ser reportado institucionalmente, nos anos anteriores era realizado apenas o acompanhamento de sua taxa sem implementação de ações de melhorias.

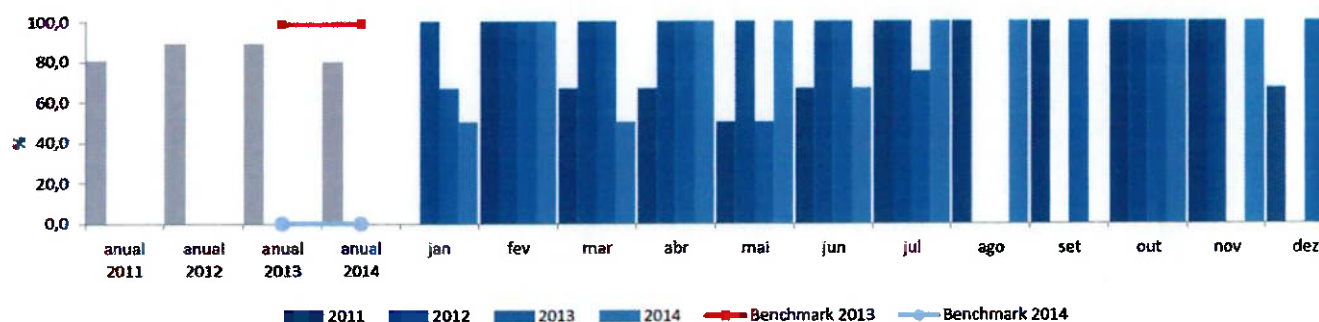


Gráfico 3. Taxa de Orientação para Cessação do Tabagismo na Alta Hospitalar.

Ao longo dos anos de atendimento ao IAM, a taxa de mortalidade não ultrapassou 10%, em 2011 5% (n=11/237); 2012 6% (n=15/248); 2013 8% (n=23/281) e 2014 5% (n=11/214), conforme demonstrado no gráfico 3. A ficha técnica desse indicador encontra-se no apêndice 4.

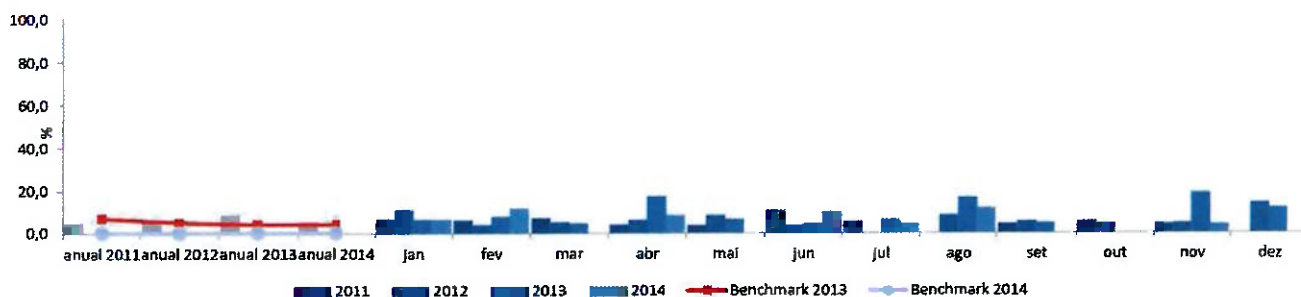


Gráfico 4. Taxa de Mortalidade Intra-Hospitalar não-ajustada para risco.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Discussão

Quando ocorre o diagnóstico de uma enfermidade, em geral, os pacientes se preocupam com a gravidade da doença e com a possibilidade de afetar sua capacidade em desenvolver uma atividade normal, e podem experimentar um conjunto de emoções que compreende frustração, medo, ansiedade, sentimento de perda, culpa, baixa autoestima e depressão (RANTUSSI, 2007).

A experiência de adoecimento e hospitalização implica em separação de familiares, amigos e objetos significativos, mudança de rotina, limitação do espaço físico, restrição de atividades, submissão a novos horários, realização de procedimentos invasivos e dolorosos, dependência em situações básicas como alimentação, higiene e movimentação, além de sofrimento com a solidão e o medo da morte, uma realidade constante nos hospitais (MARRA, 1989).

O momento da alta hospitalar costuma trazer, ao paciente, sentimentos ambíguos, como satisfação e medo. Satisfação por estar se recuperando e por voltar para casa, e medo por sentir-se inseguro sem o suporte da equipe de saúde, já que, geralmente, deverá dar continuidade ao processo de recuperação. Quanto maior a dependência de cuidados ou de medicamentos, maiores são os receios (MARRA, 1989).

Comumente, os pacientes retornam para a família e comunidade ainda com uma gama de problemas que demandam assistência, pois recebem alta logo após a resolução de problemas mais agudos, devido à grande demanda pelos leitos hospitalares, à necessidade de redução de custos, bem como devido aos riscos que a hospitalização prolongada pode oferecer, especialmente infecção hospitalar. Ou seja, os pacientes recebem alta frequentemente no processo de convalescença, mais que em seu estado de saúde basal (KRIPALANI *et al*, 2008).

De acordo com alguns estudos, uma parte desses problemas está relacionado à falha na adesão ao tratamento medicamentoso, como por exemplo a continuidade do tratamento no pós-alta com as referidas medicações apresentadas

nesse estudo, taxa de prescrição de AAs e de IECA/BRA na alta, e ao tratamento não medicamentoso, taxa de orientação para cessação do tabagismo.

Estima-se que entre 20% a 50% dos pacientes não utilizam seus medicamentos da maneira como são prescritos. A não-adesão ao tratamento farmacológico pode ser uma das razões pelos quais medicamentos reconhecidamente eficazes sob condições controladas não são efetivos quando utilizados na prática clínica habitual, podendo resultar em comprometimento dos resultados do tratamento, deterioração do estado de saúde do paciente, além de aumento da utilização e dos custos do atendimento em saúde (SILVA, 2000).

O conhecimento insuficiente sobre seus problemas de saúde e medicamentos, seja pela falta de informação ou pela não compreensão das informações recebidas dos profissionais de saúde, é uma das principais causas da falta de adesão do paciente ao seu regime farmacoterapêutico e plano de monitorização; sem adequado conhecimento, os pacientes não podem ser parceiros efetivos no manejo de seu próprio atendimento (SILVA, 2000).

A taxa de adesão ao indicador orientação para cessação do tabagismo que é denominada de tratamento não-farmacológico, conforme demonstrado nos resultados, pode ser considerada insuficiente em comparação ao *benchmark*. Isso pode ser devido à baixa adesão e assertividade da equipe multiprofissional em fornecer o material educativo aos pacientes antes da alta hospitalar. Esse resultado aponta para necessidade de implementação de ações de melhoria, como treinamento da equipe multiprofissional em relação ao cumprimento do indicador. O fator de comunicação entre as equipes assistências pode ter sido crucial para o sucesso do indicador. Disponibilizar informações ao paciente ao longo da internação diminui a ansiedade dos pacientes, proporciona maior segurança e maior capacidade de se sentirem encorajados a mudança de estilo de vida e mesmo a aderir aos esquemas terapêuticos tanto farmacológicos ou não farmacológicos (KERZMAN *et al*, 2005).

Os estudos demonstram que os pacientes que não recebem orientações de alta adequadas, em relação ao seu tratamento, reinternam em tempo inferior a 30 dias. Além de impacto na taxa de reinternação, o tratamento também

pode proporcionar impacto na taxa de mortalidade hospitalar. Em um estudo multicêntrico randomizado, concluiu-se que o grupo intervenção, que recebia uma sessão educacional fornecida por uma enfermeira, obteve as menores taxas de reinternação e de mortalidade por ter obtido a maior aderência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Nesse estudo a sessão educacional oferecida era composta por informações sobre a gravidade da doença, reconhecimento de piora de sinais e sintomas, efeito dos medicamentos e a importância da adesão a esses, orientações sobre dieta e exercícios físicos, além de todos esses componentes, a enfermeira fornecia material educativo, criado pelo grupo de estudo (GESICA INVESTIGATORS, 2003).

A necessidade de reinternação está relacionada ao despreparo do paciente ou da família sobre os cuidados que devem ser desenvolvidos no domicílio, como a dificuldade na administração de medicamentos, mudanças no estilo de vida, autocuidado com necessidades especiais decorrentes da enfermidade, entre outros (PEREIRA, 2007).

O resultado da taxa de mortalidade demonstrado, foi inferior ao *benchmark*, o risco de mortalidade intra-hospitalar pode ser estimado, usando-se, rotineiramente, alguns dados importantes de admissão hospitalar, como sinais vitais e alguns dados laboratoriais (WHELLAN, 2008). A presença de comorbidades e de algumas intercorrências hospitalares como infecção, descompensação, choque cardiogênico, sangramentos e diálise, são fatores que devem sempre ser analisados, pois podem influenciar de forma negativa e direta na taxa de mortalidade intra-hospitalar. A adesão adequada por parte do paciente ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, visa garantir um aumento de sua sobrevivência, possibilita maiores chances em evitar novos eventos isquêmicos em curto espaço de tempo e pode proporcionar impacto positivo na diminuição da taxa de mortalidade tanto no ambiente intra como no extra-hospitalar.

Em relação aos conceitos de qualidade, da geração dos dados e sua confiabilidade, bem como a acreditação hospitalar e os conceitos da *Joint Commission International*, com a correlação da análise a alguns indicadores do atendimento ao Infarto Agudo do Miocárdio, a importância dos indicadores de qualidade transparece ao paciente e a toda sociedade a qualidade de atendimento

prestado. Torna-se possível comprovar a qualidade e o envolvimento da equipe multidisciplinar, do qual a instituição tende a ganhar em reconhecimento pelos seus consumidores.

Não só em relação ao Infarto Agudo do Miocárdio, mas também como em outras patologias, a análise dos indicadores de qualidade, bem como o seu monitoramento e comparação, proporcionam grande visualização para a instituição, maior segurança ao paciente que por sua vez poderá escolher os serviços ao qual irá se submeter para o seu tratamento.

5.2 Conclusão

Os resultados dos indicadores de qualidade apresentados nesse trabalho, foram derivados do protocolo gerenciado de Infarto Agudo do Miocárdio, implementado em um Programa de Cardiologia de um Hospital geral, privado e terciário e esse protocolo foi gerenciado pelo autor.

Observou-se um aumento progressivo na adesão em dois dos principais indicadores de qualidade, taxa de prescrição de AAS e taxa de prescrição de inibidor da ECA/BRA, porém esse aumento foi proporcional ao aumento do tempo, pode-se inferir com isso que a evolução dos resultados globais dos indicadores de qualidade não costuma ocorrer de imediato, ela pode ser observada após o período de um ano, a partir da data da implementação do protocolo. O produto final da análise desses resultados será sempre o ponto de partida para a melhoria do desempenho da instituição e do processo de qualidade e segurança do paciente.

Conclui-se que os hospitais que tem interesse em melhorar a qualidade da assistência devem implementar protocolos gerenciados contendo indicadores de qualidade baseados em diretrizes nacionais e internacionais. Outro fato relevante é o de que o hospital deve criar uma estrutura independente da assistência e que realize todas as etapas do gerenciamento, como emissão de relatórios em níveis gerenciais. Esses relatórios devem traduzir a qualidade da assistência prestada aos pacientes por meio dos indicadores de qualidade, e em contrapartida os resultados desses indicadores, expressos em relatórios, poderão servir como instrumentos de

negociação com as fontes pagadoras e de divulgação da qualidade e dos serviços para os clientes médicos.

Foi possível observar nesse estudo que apesar do hospital não conseguir atuar de imediato em todos os indicadores de qualidade, ele conseguiu demonstrar a *performance* da prática clínica, e isso se faz fundamental para que possam ser implementadas ações de melhoria de curto, médio e longo prazo. Essas informações derivadas do monitoramento e análise dos indicadores de qualidade, são importantes para que se possam traçar metas e que sejam permitidas comparação entre serviços prestados entre instituições nacionais, internacionais e centros de referências mundiais, como é o caso da *Cleveland Clinic* e do *Medicare and Medicaid Services*. Os indicadores de qualidade que compõe o protocolo gerenciado, são ferramentas de acompanhamento das características da prática clínica de uma instituição, bem como e suas mudanças ao longo do tempo e devem ser utilizados para a implementação de melhorias na qualidade da assistência aos pacientes.

6. REFERÊNCIAS

AVELINO, A. Qualidade no proceso de produção: um modelo de gestão para garantir a qualidade de acabamentos das carrocerías em chapa na linha de produção. Dissertação de Mestrado, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CAMINADA NETTO, Adherbal. Gestão da qualidade em projeto e desenvolvimento do produto: contribuição para a avaliação da eficácia. 2006. Tese (Doutorado em Engenharia Mecânica) - Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3132/tde-13122006-154019/>>. Acesso em: 2016-01-20

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde. 3º ed. Rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108p.

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação. Serviços Acreditados. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br>>. Acesso em: 29 Jul 2015.

CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Indicadores. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br>>. Acesso em: 20 Jun 2015.

CAMACHO, J. L. T. Qualidade total para os serviços de saúde. São Paulo: Nobel 1998.

CENDÓN, Beatriz Valadares. Bases de dados de informação para negócios. Ciência da Informação, v.31, n.2, p.30-43, maio/ago., 2002.

CHIAVENATO, Idalberto. Administração nos novos tempos. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

Da SILVA, L.G.; MATSUDA, L.M. Um olhar para a qualidade no proceso de atendimento em um serviço de urgência público. Cienc. Cuid. Saúde. Vol.11

FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.K.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm, vol.18, n.2, p.213-219, 2005.

GURGEL Jr, G.D.; VIEIRA, M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções. Ciência. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2002, v. 7, n. 2, p. 325-334.

ISO. International Organization for Standardization. About ISO. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/home/about.htm>. Acesso em: 15 Abr 2014.

JCI. Joint Commission International. Oak Brook, Illinois, 2007. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org>>. Acesso em 07 Mai 2015.

KERZMAN, H.; BARON-EPEL, O.; TOREN, O. What do discharged patients know about their medication? *Patient Education and Counseling*, v. 56, p. 276-282, 2005.

KRIPALANI, S., YAO, X.; HAYNES, R. B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Arch Intern Med.* v. 167, p. 540-550, 2007.

LERER, B.; LOTTENBERG, C.; BRANDT, R.; KNOBEL, E.; KOVESI, P. Hospital Israelita Albert Einstein 40 Anos mais que um hospital. São Paulo: Editora Ipsis. 2012. 112 p.

MARRA, C.C. Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 2, n. 4, p. 123-127, 1989.

MAINARDES, E.W.; LOURENÇO, L.; TONTINI, G. Percepções dos conceitos de qualidade e gestão pela qualidade total: estudo de caso na universidade. *Rev. Gestão. Org.*, v.8, n.2, p.279-297, mai/ago 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/gestaoorg/index.php/gestao/article/viewFile/200/181>. Acesso em: 05 Ago 2013.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. Conheça a ONA. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/20/Conheca-a-ONA>. ACESSO EM: 05 AGO 2013.
OLETO, Ronaldo Ronan. Percepção da qualidade da informação. *Ciência da Informação*, v. 35, n. 1, p. 57-62, jan./abr., 2006.

PEREIRA, A.P.S. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. *R Enferm UERJ*. v. 15, n. 1, p. 40-45, 2007.

RANTUCCI, M.J. *Pharmacists talking with patients: a guide to patient counseling*. 2nd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

SILVA, T.; SCHENKEL, E.P.; MENGUE, S.S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad Saúde Pública*. v. 16, n. 2, p. 449-455, 2000.

SPATZ, M. Providing consumer health information in the rural setting: Planetree Health Resource Center's approach. *Bull Med Libr Assoc*, v.88, n.4, p.382-388, oct., 2000.

STONE, S. Planetree implementation improves quality outcomes. *Planetree Planetalk*. Disponível em: <http://www.planetree.org>. Acesso 28 out 2012.

THOMAS, A.; HERRIN, D. Care Model Transformation. JONA, v.39, n.11, p.453-456, nov., 2009.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc. Saúde Colet, vol.10, n.3, p.599-613, 2005.

GESICA Investigators. Randoized trial of telephone intervention in chronic heart failure (DIAL): study design and preliminary observations. Journal of Cardiac Failure. 2003; 9(3): 172-9.

WHELLAN DJ. Heart failure disease management: implementation and outcomes. Cardiol Rev. 2005; 13 (5): 231-9.

RADZWILL MA. Integration of case management and disease management. Why and how. This Manage Health Outcomes 2002; 1095: 277-89.

MAKDISSE M, SANTOS BFC, FERNANDES Jr CJ, CENDOROGLO NETO M. Gerenciamento de doenças e casos em terapia intensiva. In: Knobel E. Conduas no paciente grave. 3ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p.1999-2005.

7. APENDICES - FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES

Apêndice 1. Taxa de prescrição AAS na Alta

Nome do indicador:	Prescrição de AAS na alta.	
Descrição:	Pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) que são prescritos AAS na alta hospitalar.	
Finalidade:	Aumentar a taxa de adesão à prescrição de AAS na alta hospitalar.	
Tipo de Indicador:	Processo	
Outcomes relacionados:	A terapia com aspirina em pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, reduz o risco de eventos adversos e mortalidade. Estudos têm demonstrado que a aspirina pode reduzir o risco em 20% (Collaboration antiplaquetária Trialists ¹ , 1994). As diretrizes nacionais recomendam fortemente aspirina a longo prazo para a prevenção secundária de eventos cardiovasculares em pacientes mais idosos elegíveis na alta após AMI (Antman, 2004; Antman, 2008; Wright, 2011; e Smith, 2011).	
Forma de Detectar Melhora de Qualidade:	Através do aumento da taxa de prescrição de estatina na alta hospitalar.	
Numerador:	Responsável	Alessandra da Graça Correa
	Local de armazenamento e extração	Planilha do Excel em diretório específico com acesso limitado. GED-SAME. Prontuário digitalizado, formulários "Prescrição Medica" das últimas 24h ou no receituário médico de alta em formulário "Continuidade do Tratamento e Orientações Pós Alta".
	Formato de registro	Planilha Excel
População Incluída:	Não se aplica.	
População Excluída:	Nenhum.	
Denominador:	Responsável	Alessandra da Graça Correa

	Local de armazenamento e extração	Planilha do Excel em diretório específico com acesso limitado. GED-SAME. Prontuário digitalizado, formulários "Prescrição Médica" das últimas 24h ou no receituário médico de alta em formulário "Continuidade do Tratamento e Orientações Pós Alta".
	Formato de registro	Planilha Excel
População Incluída:	Pacientes com diagnóstico de IAM.	
População Excluída:	<p>Pacientes com menos de 18 anos de idade;</p> <p>Pacientes com tempo de permanência superior a 120 dias;</p> <p>Pacientes sob cuidados paliativos documentado em prescrição médica do prontuário;</p> <p>Pacientes incluídos em ensaios clínicos;</p> <p>Pacientes que receberam alta, transferido para outro serviço; ou serviço de cuidados paliativos</p> <p>Pacientes com cuidados descontinuados e que não adere ou recusa cuidados médicos;</p> <p>Pacientes que foram a óbito intra-hospitalar;</p> <p>Pacientes com razão documentada em prontuário para não receber AAS na alta hospitalar.</p>	
Ajuste de Risco:	Não.	
Abordagem para coleta de dados:	Realizada em tempo real (durante a internação) ou através de busca retrospectiva em prontuário.	
Acurácia dos dados:	Acima de 90%	
Amostragem:	Não aplicável.	
Meta	Não aplicável.	
Referencial Comparativo:	98,9% - Benchmark: Action Registry (registro internacional de infarto agudo do miocárdio – American College of Cardiology), 3º trimestre 2014	
Data da Versão do Instrumento:	26/03/2015.	
Data da Atualização dos Dados:	Atuação mensal de dados	
Fonte de Dados:	http://cvquality.acc.org/NCDR-Home/Registries.aspx	
Forma de Relato do Dado:	Relatórios trimestrais contendo indicadores de qualidade, planilhas, apresentações, divulgação em congressos e publicações.	

Apêndice 2. Taxa de prescrição de IECA na Alta

Nome do indicador:	Prescrição de IECA/BRA na alta para pacientes com DSVE (FEVE<40%)	
Descrição:	Pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) que são prescritos inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor de angiotensina (BRA) na alta hospitalar.	
Finalidade:	Aumentar a taxa de adesão à prescrição de IECA/BRA na alta hospitalar.	
Tipo de Indicador:	Processo	
Outcomes relacionados:	Os inibidores da ECA reduzem mortalidade e morbidade em pacientes com disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (DSVE) após o IAM (Flather, 2000; Pfeffer, 1992; Torp-Peterson, 1999; e Yusuf, 1992). Os ensaios clínicos também estabeleceram terapia com BRA como uma alternativa aceitável para IECA, especialmente em pacientes com insuficiência cardíaca e / ou LVSD que são intolerantes ao IECA (Granger, 2003 e Pfeffer, 2003). As diretrizes nacionais recomendam fortemente o uso de IECA para pacientes internados com IAM que têm ou insuficiência cardíaca clínica ou DSVE (Antman de 2004, e Anderson, 2007). Comitês de diretrizes também apoiaram a inclusão de BRAs em medidas de desempenho para AMI (Antman, 2004; Antman, 2008; Anderson, 2007; e Smith, 2011	
Forma de Detectar Melhora de Qualidade:	Através do aumento da taxa de prescrição de IECA/BRA na alta hospitalar.	
Numerador:	Responsável	Alessandra da Graça Correa
	Local de armazenamento e extração	Planilha do Excel em diretório específico com acesso limitado. GED-SAME. Prontuário digitalizado, formulários "Prescrição Medica" das últimas 24h ou no receituário médico de alta em formulário "Continuidade do Tratamento e Orientações Pós Alta".
	Formato de registro	Planilha Excel
População Incluída:	Não se aplica.	

População Excluída:	Nenhum.	
Denominador:	Responsável Local de armazenamento e extração Formato de registro	Alessandra da Graça Correa Planilha do Excel em diretório específico com acesso limitado. GED-SAME. Prontuário digitalizado, formulários "Prescrição Médica" das últimas 24h ou no receituário médico de alta em formulário "Continuidade do Tratamento e Orientações Pós Alta". Planilha Excel
População Incluída:	Pacientes com diagnóstico de IAM e com disfunção ventricular sistólica (FEVE<40%)	
População Excluída:	Pacientes com menos de 18 anos de idade; Pacientes com tempo de permanência superior a 120 dias; Pacientes sob cuidados paliativos documentado em prescrição médica do prontuário; Pacientes incluídos em ensaios clínicos; Pacientes que receberam alta, transferido para outro serviço; ou serviço de cuidados paliativos Pacientes com cuidados descontinuados e que não adere ou recusa cuidados médicos; Pacientes que foram a óbito intra-hospitalar; Pacientes com razão documentada em prontuário para não receberem IECA/BRA na alta hospitalar.	
Ajuste de Risco:	Não.	
Abordagem para coleta de dados:	Realizada em tempo real (durante a internação) ou através de busca retrospectiva em prontuário.	
Acurácia dos dados:	Acima de 90%	
Amostragem:	Não aplicável.	
Meta	Não aplicável.	
Referencial Comparativo:	91,8% - Benchmark: Action Registry (registro internacional de infarto agudo do miocárdio – American College of Cardiology), 3º trimestre 2014	
Data da Versão do Instrumento:	26/03/2015.	
Data da Atualização dos Dados:	Atuação mensal de dados	
Fonte de Dados:	http://cvquality.acc.org/NCDR-Home/Registries.aspx	

Forma de Relato do Dado: Relatórios trimestrais contendo indicadores de qualidade, planilhas, apresentações, divulgação em congressos e publicações.

Apêndice 3. Taxa de Orientação para Cessaç o do Tabagismo

Nome do indicador: Orienta o para Cessa o do Tabagismo

Descri�o:	Orienta�o oferecida ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio e com história de tabagismo durante o período de até um ano antes da internat�o.	
Finalidade:	Pacientes que recebem orienta�o e aconselhamento para cessa�o do tabagismo pela equipe assistencial durante o período de internat�o, apresentam maior tendência de parar com este hábito.	
Tipo de Indicador:	Indicador de processos.	
Outcomes relacionados:		
Forma de Detectar Melhora de Qualidade:	Numero de pacientes portadores de insuficiência card�cia e história de tabagismo durante o período de até um ano antes da internat�o que receberam orienta�o e aconselhamento para cessa�o deste hábito.	
Numerador:	Responsável	Obtido por intermédio de busca ativa feita por enfermeiros/ estagiários do Programa de Cardiologia
	Local de armazenamento e extra�o	Dado referente ao histórico de tabagismo obtido por intermédio de prontuário nos impressos "Avalia�o Inicial de Enfermagem" e dados referentes ao recebimento de orienta�o e aconselhamento para cessa�o do tabagismo obtidos em impresso "Plano Educacional" e/ou "Evolu�o Multiprofissional"
	Formato de registro	Dado � coletado por impresso de coleta de dados (CRF) e posteriormente armazenado em coluna própria de banco de dados construido em programa de excel. Registro manual (realizado pelo profissional que colheu histórico do paciente e pelo profissional que ofereceu a respectiva orienta�o)
Popula�o Incluída:	Numero de pacientes portadores de insuficiência card�cia e história de tabagismo durante o período de até um ano antes da internat�o que receberam orienta�o e aconselhamento para cessa�o deste hábito.	
Popula�o Excluída:	Pacientes com história de tabagismo durante o período maior de um ano antes da internat�o.	
Denominador:	Responsável	Obtido por intermédio de busca ativa feita por enfermeiros/ estagiários do Programa de Cardiologia
	Local de armazenamento e extra�o	Dado referente ao histórico de tabagismo obtido por intermédio de prontuário nos impressos "Avalia�o Inicial de Enfermagem"
	Formato de registro	Dado � coletado por impresso de coleta de dados (CRF) e posteriormente armazenado em coluna própria de banco de dados construido em programa de excel. Registro manual (realizado pelo profissional que colheu histórico do paciente)
Popula�o Incluída:	Numero de pacientes com infarto agudo do miocárdio e história de tabagismo durante o período de até um ano antes da internat�o.	
Popula�o Excluída:	Pacientes com idade menor de 18 anos, realizaram transferência para outros serviços, apresentem indica�o médica de descontinuidade do tratamento, diagnostico de insuficiência card�cia não confirmado e com história de tabagismo durante o período maior de um ano antes da internat�o.	
Ajuste de Risco:	Não se aplica	
Abordagem para coleta de dados:	Busca ativa, retrospectiva em prontuário.	

Acurácia dos dados:	Acima de 90%
Amostragem:	Método Não se aplica
Meta	
Referencial Comparativo:	100% - Relatório Cleveland Clinic - 2010
Data da Versão do Instrumento:	26/03/2015
Data da Atualização dos Dados:	Atualização mensal de dados.
Fonte de Dados:	Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures Discharges 04-01-10 (2Q10) through 09-30-10 (3Q10)
Forma de Relato do Dado:	Relatórios mensais contendo indicador de qualidade

Apendice 4. Taxa de Mortalidade Hospitalar

Nome do indicador:	Taxa de mortalidade hospitalar por Infarto Agudo do Miocárdio	
Descrição:	Taxa de mortalidade hospitalar em pacientes com diagnóstico de IAM.	
Finalidade:	Melhorar a qualidade da assistência	
Tipo de Indicador:	Resultado	
Outcomes relacionados:	Este indicador fornece importantes informações adicionais sobre a qualidade do atendimento que atualmente é oferecida durante a fase intra-hospitalar. A variação na mortalidade, após o ajuste de risco, pode refletir diferenças entre os serviços e hospitais gerais (como a coordenação dos cuidados, as políticas de segurança do paciente e pessoa!). Além disso, a melhoria dos resultados é o objetivo final de melhoria de qualidade, que pode ser notada através da adesão aos indicadores de processo durante a internação.	
Forma de Detectar Melhora de Qualidade:	Queda na taxa de reinternação em 30 dias após a alta	
Numerador:	Responsável:	Alessandra da Graça Corrêa
	Local de armazenamento e extração:	Planilha em excel em diretório específico com acesso limitado
	Formato de registro:	planilha de excel
População Incluída:	Total de pacientes que morreram durante a fase hospitalar.	
População Excluída:	<p>Pacientes que receberam alta a pedido</p> <p>Pacientes que internaram com procedimentos eletivos programados (exemplo: revascularização do miocárdio e angioplastia).</p> <p>Pacientes em cuidados paliativos .</p> <p>Pacientes que vieram transferidos de outros hospitais.</p> <p>Pacientes que internaram e saíram de alta no período de 24h.</p>	
Denominador:	Responsável:	Alessandra da Graça Corrêa
	Local de armazenamento:	Planilha em excel em diretório específico com acesso limitado Local de extração: SGH, Banco de dados Excel, ligação externa feita pela célula de outcomes, GED Same
	Formato de registro:	Planilha em excel
População Incluída:	Total de pacientes inseridos no protocolo gerenciado de IAM que receberam alta hospitalar com diagnóstico de IAM (taxa mensal)	
População Excluída:	<p>Pacientes que receberam alta a pedido</p> <p>Pacientes que internaram com procedimentos eletivos programados (exemplo: revascularização do miocárdio e angioplastia).</p> <p>Pacientes em cuidados paliativos .</p> <p>Pacientes que vieram transferidos de outros hospitais.</p> <p>Pacientes que internaram e saíram de alta no período de 24h.</p>	
Ajuste de Risco:	A mortalidade detectada deverá ser ajustada ao risco na ocasião da alta	
Abordagem para coleta	Realizada no prontuário do paciente em tempo real (durante a internação índice e durante	

de dados:	eventuais reinternações); ligação externa
Acurácia dos dados:	Acima de 90%
Amostragem:	Não se aplica
Meta	
Referencial Comparativo:	4,1% - Benchmark: Action Registry (registro internacional de infarto agudo do miocárdio – American College of Cardiology), 3º trimestre 2014
Data da Versão do Instrumento:	26/03/2015
Data da Atualização dos Dados:	Atuação mensal de dados
Fonte de Dados:	http://cvquality.acc.org/NCDR-Home/Registries.aspx
Forma de Relato do Dado:	Relatórios, planilhas, apresentações, divulgação em congressos e publicações