Q1- HOSP
GESTÃO PARTICIPATIVA
FUNCIONAMENTO DO CONSELHOR GESTOR

CONCEITO

Avaliação do cumprimento dos cronogramas das reuniões ordinárias dos conselhos gestores de acordo com a legislação vigente.

OBJETIVO

Avaliação da efetiva realização das reuniões dos conselhos gestores das unidades conforme calendário de reuniões previamente estabelecido e o cumprimento dos requisitos legais de competência dos conselhos gestores locais.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL.

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

MENSAL.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de Atas de Reunião publicizadas pela Assessoria Parlamentar e Gestão Participativa da SMS.

Denominador: Total de Reuniões do Conselho Gestor Local previstas no período.

Fator de multiplicação: 100.

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

O indicador se refere a avaliação das ATAs e ao nº de reuniões realizadas.

A ATAs é o documento expresso, que valida que a reunião ocorreu e quais e como foram seus delineamentos. Para que a reunião seja considerada válida deve haver apresentação da ata (com lista de presença e assinatura dos conselheiros presentes).

Conforme a lei 13.325/2002 artigo 5° "Os Conselhos Gestores reunir-se-ão, ordinariamente, uma vez a cada mês, podendo ser convocados extraordinariamente por solicitação de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) de seus membros ou da direção da Unidade correspondente".

Devem ser redigidas ATAs em todas as reuniões independentemente de serem deliberativas ou informativas.

As ATAs das reuniões só serão consideradas para fim de avaliação quando entregues e protocoladas em tempo hábil para publicação.

A pauta da reunião ordinária constará de:

a) Data, local e horário de início e término da reunião;
b) discussão e aprovação da ata da reunião anterior;
c) expediente constando de informes da mesa;
d) informes dos Conselheiros;
e) ordem do dia constando dos temas previamente definidos;
f) deliberações;
g) definição da pauta da reunião seguinte pelo Plenário;
h) encerramento.

FONTE DE DADOS

Calendário de Reuniões e Atas de reuniões ordinárias e regimento interno publicizadas pela Assessoria Parlamentar e Gestão Participativa da SMS.

REFERÊNCIAS

LEI Nº 13.325 DE 8 DE FEVEREIRO DE 2002 - Dispõe sobre a organização de Conselhos Gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências.

DECRETO Nº 44.658 DE 23 DE ABRIL DE 2004 - Regulamenta a organização de Conselhos Gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde e nas Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, instituídos pela Lei nº 13.325, de 8 de fevereiro de 2002, com as alterações introduzidas pelos artigos 20, 21 e 22 da Lei nº 13.716, de 7 de janeiro de 2004.

Q2- HOSP
OUVIDORIA
ATENDIMENTO AS SOLCITAÇÕES DA OUVIDORIA

CONCEITO

Corresponde ao prazo de resposta das queixas registradas na Rede de Ouvidorias SUS da cidade de São Paulo.

OBJETIVO

Permite avaliar se o prazo de resposta das queixas registradas na Rede de Ouvidorias SUS atende o previsto na legislação.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL.

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

MENSAL.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de solicitações/reclamações com status arquivado/concluído/fechado respondidos em até 20º dia, contados a partir do dia de recebimento da queixa na Unidade.

Denominador: Número total de solicitações/reclamações.

Fator de multiplicação: 100.

Proporção (%) de solicitações / reclamações com status arquivado / concluído / fechado respondidos em até 20 dias contados a partir do dia de recebimento na unidade em relação ao total de solicitações / reclamações recebidas na Unidade no período analisado. Cálculo é realizado através do intervalo entre Data Primeira Conclusão e Data do último destino (de encaminhamento). O intervalo deve ser menor/igual a 20 dias.

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

De acordo com o Art. 35º da Portaria Secretaria Municipal da Saúde - SMS nº 166, de 14 de abril de 2021:

> *"§ 3º Nenhuma Ouvidoria, que não a demandada, poderá ficar em poder da manifestação por mais de 2 (dois) dias úteis até que esta seja concluída."*

Art. 31º Todas as manifestações a que alude o art. 2º, desta portaria, devem ser registradas, tratadas e respondidas em sistema informatizado.

Parágrafo único: Cabe às Ouvidorias providenciar junto aos usuários, quando possível, as informações complementares necessárias à abrangência do objeto e alcance de sua manifestação, antes dos encaminhamentos internos do expediente.

Entende-se como: Ouvidoria demandada é a ouvidoria responsável pela resposta ao usuário. Ouvidoria não demandada são todas as áreas por onde a manifestação tramita até chegar ao responsável pela resposta ao usuário.

FONTE DE DADOS

Sistema Informatizado Ouvidor SUS.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS.Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidora-geral do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 40 p.:il;

PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 166 DE 14 DE ABRIL DE 2021, Capítulo 1, artigo 1º.

Q3- HOSP
ATENÇÃO HOSPITALAR
ACOLHIMENTO E CLASSIFICACÃO DE RISCO

CONCEITO

Mede a proporção de pacientes que tiveram o risco classificado na urgência e emergência, conforme protocolos estabelecidos (Manchester) garantindo que todos os pacientes sejam priorizados e atendidos em tempo oportuno de acordo com a gravidade do risco.

OBJETIVO

Monitorar a adesão ao protocolo de classificação de risco, assegurando que todos os pacientes tenham sua condição avaliada de forma sistemática e sejam encaminhados para atendimento com base na gravidade e necessidade clínica. Esse indicador visa melhorar a segurança do paciente, a eficiência operacional e a qualidade do atendimento.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL.

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

MENSAL.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número acolhimentos com classificação de risco no período.

Denominador: Número total de atendimentos no período.

Fator de multiplicação:100**.**

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

Identificar o número total de pacientes atendidos na urgência e emergência no período analisado que passaram pelo processo de classificação de risco conforme registro no sistema de classificação.

Numerador

- 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO.

Denominador

- 0301060029 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS;
- 0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA;
- 0301060096 ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PA;
- 0301060100 ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA.

FONTE DE DADOS

BPA- DATASUS

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, SAS, Política nacional de Humanização — 1. ed. 1. reimpr. — Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 82 de 13 de março de 2024.

Dispõe sobre a instituição do Sistema Manchester de Classificação de Risco como metodologia oficial através do Protocolo de Classificação de Risco e Gestão Clínica dos Pacientes no processo Classificação de Risco nas “portas” de entrada da Rede de Urgência e Emergência Municipais

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf;

http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp.

Q4- HOSP
ATENÇÃO HOSPITALAR
TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

CONCEITO

Relação porcentual entre número de óbitos que ocorrem 24 horas após a admissão hospitalar do paciente e o total de saídas em determinado período.

OBJETIVO

Monitorar a mortalidade dentro da unidade hospitalar para identificar padrões, causas e oportunidades de melhoria nos processos assistenciais e administrativos. O indicador é fundamental para avaliar o impacto de intervenções e políticas de saúde voltadas para redução de óbitos evitáveis.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL.

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

MENSAL.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de óbitos após 24 horas de internação.

Denominador: Total de saídas.

Fator de multiplicação:100**.**

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

Determinar o número de Óbito ocorridos no período baseado no total de saídas hospitalares por alta, óbito e transferência para outro estabelecimento).

FONTE DE DADOS

DATASUS

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde 2002. 32p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.).

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Sistema de Informações sobre Mortalidade — Ministério da Saúde.

CQH. Manual de Indicadores de Enfermagem — 2ª edição 2012. Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar https://www.cqh.org.br/icqh/ind/web_ficha.php?p_nind=47.

Q5- HOSP
ATENÇÃO HOSPITALAR
TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL

CONCEITO

Medir a proporção de óbitos de recém-nascidos com idade de 0 a 27 dias em relação ao número total de nascidos vivos no mesmo período. Este indicador avalia a qualidade da assistência pré-natal, perinatal e neonatal prestada pelas unidades de saúde.

OBJETIVO

Monitorar a mortalidade neonatal para identificar fatores de risco, avaliar a qualidade dos cuidados prestados durante a gestação, o parto e o período neonatal, e implementar ações corretivas que contribuam para a redução de óbitos evitáveis.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL.

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

MENSAL.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de óbitos de RNs de 0 a 27 dias de vida.

Denominador: Número total de recém-nascidos.

Fator de multiplicação:100**.**

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

Identificar o número de óbitos ocorridos entre 0 e 27 dias completos de idade no período analisado.

FONTE DE DADOS

SIM/SINASC

REFERÊNCIAS

C.1 Taxa de Mortalidade Infantil

https://cqh.org.br/wp-content/uploads/001-CQH-IND-002-rev5-Caderno-de-Indicadores-Roteiro-rev12.pdf 6.1.23. Ficha Número 23 – Taxa de Mortalidade Neonatal.