Q1 - RAST
GESTÃO PARTICIPATIVA
FUNCIONAMENTO DO CONSELHO 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

QUADRIMESTRAL, compreendendo período de 4 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

- **Avaliação:** outubro.
- **Medição:** abril; maio; junho e julho.

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 ata 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".

É necessário seguir os critérios predefinidos no Regimento interno de cada conselho, sendo importante que esteja definido a antecedência mínima para a convocação das reuniões, para o recebimento da pauta com os assuntos a serem discutidos e da cópia da ata da reunião anterior.

O Regimento do Conselho deve estabelecer suas reuniões seguindo essa lei, ou seja, pode definir mais de uma reunião por mês, mas não pode ser menos que uma por mês.

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 da STS.

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 reunião (ordinárias/mensais e extraordinárias/quando houver) e regimento interno (a cada posse de novo conselho) 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 - RAST
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

TRIMESTRAL, compreendendo período de 3 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

- **Avaliação:** setembro.
- **Medição:** abril – maio – junho.
- Abril – serão avaliadas as demandas registradas entre 01 a 30/04/2022. Prazo máximo de 30 dias para resposta previsto na legislação: 30/05/2022. Banco de dados utilizado para cálculo do indicador: primeiro Banco de Dados Ouvidor SUS posterior ao prazo máximo de 30 dias para resposta previsto na legislação: 06/06/2022. A fórmula apresentada será utilizada mês a mês.

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.

Numerador: *Número de solicitações / reclamações com status arquivado / concluído / fechado respondidos em até 20 dias * 100. (Classificação = "SOLICITACAO" OR Classificação = "RECLAMACAO") & (StatusdaDemanda = "ARQUIVADO" OR StatusdaDemanda = "CONCLUIDO" OR StatusdaDemanda = "FECHADO") onde Data Primeira Conclusão - Data do último destino (de encaminhamento) deve ser menor/igual a 20 dias.*

Denominador: *Número total de solicitações/reclamações. (Classificação = "SOLICITACAO" OR Classificação = "RECLAMACAO").*

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

Importante considerar:

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

Brasil. 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 - RAST
QUALIDADE DO REGISTRO DO ATENDIMENTO
AVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO E FICHA DE ATENDIMENTO

CONCEITO

Percentual de prontuários ou fichas de atendimentos com todos os critérios atendidos para o serviço dentro da competência técnico-profissional, em relação ao número de prontuários ou fichas de atendimentos analisados.

OBJETIVO

Espera-se verificar a qualidade do registro do atendimento, por meio da avaliação dos seguintes itens:

- Identificação do profissional (nome legível e número de registro classe) responsável pela consulta/atendimento;
- Data de atendimento;
- Descrição de exame clínico;
- Hipótese diagnóstica, quando couber;
- Conduta

Tais elementos buscam favorecer a comunicação entre os profissionais e o seguimento da assistência prestada. Além disso o prontuário constitui-se em documento legal de propriedade, inclusive, do paciente.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

QUADRIMESTRAL, compreendendo período de 4 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

- **Avaliação:** outubro.
- **Medição:** abril; maio; junho; julho.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número prontuários ou fichas de atendimento com todos os critérios atendidos dentro da competência técnico-profissional para o serviço.

Denominador: Número de prontuários ou fichas de atendimentos analisados.

Fator de multiplicação: 100.

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

A STS deverá estabelecer cronograma de visitas às unidades para que cada unidade seja verificada no mínimo uma vez ao ano. A verificação dos prontuários ou fichas de atendimento deve ser realizada pela STS na presença de representante da OSS.

A amostra de prontuários/fichas de atendimentos deve ser selecionada aleatoriamente, a partir da agenda. Para as UBS na amostra dos prontuários analisados deverá obrigatoriamente constar ao menos dois prontuários de **crianças entre 2 e 5 anos**, dois de usuários hipertensos e dois de usuários diabéticos. Para isso, proceder ao levantamento até que essas condições sejam

identificadas. A amostra de prontuários/fichas de atendimento deverá ser composta por 10 prontuários, sendo que, na ESF, deverão ser avaliados 3 prontuários por equipe, sendo minimamente 10 por unidade.

Serviços como CER, CAPS, URSI e outros devem ser avaliados pelo menos 10 prontuários.

No caso de AE, HDs e AMA-E deverão ser avaliados 3 prontuários por especialidade.

Verificar se o último atendimento contém:

- Assinatura e identificação legível ou assinatura eletrônica e/ou certificação digital: verificar se é possível identificar adequadamente o profissional que realizou o último atendimento;
- Descrição do exame clínico: considerar o registro do exame clínico relativo ao motivo da consulta (queixa específica, acompanhamento periódico, puericultura, entre outros) - em caso de acompanhamento continuado como nos CAPS, CER e demais serviços verificar o registro inicial do exame clínico.

CID, CIAP ou hipótese diagnóstica: Em caso de acompanhamento continuado como nos CAPS, CER e demais serviços verificar o registro inicial da hipótese diagnóstica. Especificamente, nas UBS, verificar se nos últimos seis meses constam:

- Registro de avaliação antropométrica semestralmente em crianças de 2 a 5 anos (procedimento realizado por qualquer profissional dentro da competência técnico-profissional);
- Registro de verificação de pressão arterial semestralmente em hipertensos (procedimento realizado por qualquer profissional dentro da competência técnico-profissional);
- Registro de solicitação de hemoglobina glicada semestralmente em diabéticos (procedimento realizado por qualquer profissional dentro da competência técnico-profissional).

FONTE DE DADOS

Prontuário/ficha de atendimento de pacientes com atendimento nos últimos seis meses.

REFERÊNCIAS

Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS):Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, disponível:https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/NOVAR_A_BHB3_PROTOCOLO_SMS_LINHA_CUIDADO_2020_FINAL.pdf

Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo, disponível: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/NOVAR_A_BHB3_PROTOCOLO_SMS_CLINICO_VERSAO_FINAL.pdf

Q4 - RAST
SAÚDE DA CRIANÇA
COBERTURA VACINAL

CONCEITO

Percentual de crianças com até 04 anos, 11 meses e 29 dias cadastradas com calendário vacinal completo para a idade.

OBJETIVO

Espera-se monitorar a cobertura vacinal em crianças com até 04 anos, 11 meses e 29 dias de modo a controlar a ocorrência de doenças imunopreviníveis.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

SEMESTRAL, compreendendo período de 6 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

- **Avaliação:** outubro.
- **Medição:** fevereiro; março; abril; maio; junho; julho.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de crianças com até 04 anos, 11 meses e 29 dias cadastradas na sala de vacina com calendário vacinal em dia para a idade.

Denominador: Total de crianças nesta faixa etária cadastradas na sala de vacina.

Fator de multiplicação: 100

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

A STS deve estabelecer cronograma de verificação para que cada unidade seja verificada no mínimo uma vez ao ano. A verificação dar-se-á através da análise do relatório enviado pela STS/UVIS.

As fichas espelho deverão ser mantidas e poderão ser consultadas em caso de confirmação da informação. Analisar as fichas espelho arquivadas como “faltosos” e verificar a comprovação de busca ativa (podem ser considerados relatório de visita, aerograma, dentre outras providências).

Considerar as vacinas com atraso de mais de 30 dias com relação à idade. Quanto a crianças com início tardio do calendário, não considerar como atraso, desde que esteja dentro do intervalo mínimo para a próxima dose. Serão excluídas as crianças com fichas espelho comprovadamente “não residentes” na área de abrangência da UBS, quando for detectado atraso. Amostra: 100% das crianças com até 04 anos, 11 meses e 29 dias cadastradas na sala de vacina da unidade.

FONTE DE DADOS

Ficha espelho – contém as crianças cadastradas na unidade;

SIGA Vacina - Histórico de vacinação, utilizar como apoio.

REFERÊNCIAS

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, MS, 2.018

Guia de Vigilância em Saúde 6ª edição revisada, 2024.

Q5 - RAST
SAÚDE DA CRIANÇA
CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO ATÉ 10º DIA

CONCEITO

Percentual de recém-nascidos (RN) com primeira consulta realizada até o décimo dia de vida na Unidade Básica de Saúde, em relação ao número de nascidos cadastrados na UBS no período analisado.

OBJETIVO

Pretende-se fomentar a consulta do recém-nascido em tempo oportuno, considerando a importância do momento para avaliações e orientações à família, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil.

Os recém-nascidos poderão ser agendados para a consulta na UBS pelas maternidades SUS ou pela própria UBS. O importante é ser considerada a consulta realizada, como descrito no conceito.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

TRIMESTRAL, compreende período de 3 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

- **Avaliação:** setembro.
- **Medição:** abril; maio e junho.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de RN com primeira consulta realizada até o décimo dia de vida.

Denominador: Total de nascidos cadastrados na UBS no período analisado.

Fator de multiplicação: 100

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

Deverão ser consideradas consultas realizadas por médicos e/ou enfermeiros na unidade ou em visita domiciliar, podendo ser agendadas pela maternidade ou pela própria unidade.

Procedimentos:

- 0301019720 EXCLUSIVO MÃE PAULISTANA - PRIMEIRA CONSULTA DO RN EM ATENÇÃO PRIMÁRIA;
- 0301010064 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA;
- 0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) -CBO ENFERMEIRO;
- 030101013 CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR;
- 030101971 CONSULTA DE PUERICULTURA – CBO MÉDICO;
- 030101170 CONSULTA DE PUERICULTURA – CBO ENFERMEIRO.

FONTE DE DADOS

Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde - SIGA Saúde por meio da ferramenta.

Relatório RLRN110 - Acompanhamento _pós-parto. **Numerador:** Nome da Coluna ATENDIMENTO_ATE_10_DIAS; **Denominador:** Nome da Coluna ESTABELECIMENTO REFERÊNCIA.

REFERÊNCIAS

Diretrizes da Atenção Básica - https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/345314

A Primeira Consulta do Recém-nascido na Atenção Primária- disponível em https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, MS, 2018.

Q6 - RAST
SAÚDE DA CRIANÇA
CONSULTA DO RECÉM NASCIDO ENTRE 11º ATÉ 30º DIA

CONCEITO

Percentual de recém-nascidos (RN) com segunda consulta entre 11º até 30 º dia de vida, na Unidade Básica de Saúde, em relação ao número de nascidos cadastrados na UBS no período analisado.

OBJETIVO

Pretende-se fomentar a consulta do recém-nascido em tempo oportuno, considerando a importância do momento para avaliações e orientações à família, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil.

Os recém-nascidos poderão ser agendados para a consulta na UBS pelas maternidades SUS ou pela própria UBS. O importante é ser considerada a consulta realizada, como descrito no conceito.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

TRIMESTRAL, compreendendo período de 3 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

Avaliação: setembro.

Medição: abril; maio e junho.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de RN com segunda consulta entre 11º até 30 º dia de vida na Unidade Básica de Saúde.

Denominador: Total de nascidos cadastrados na UBS no período analisado.

Fator de multiplicação: 100

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

Deverão ser consideradas consultas realizadas por médicos e/ou enfermeiros na unidade ou em visita domiciliar, podendo ser agendadas pela maternidade ou pela própria unidade.

Procedimentos:

- 0301019720 EXCLUSIVO MÃE PAULISTANA - PRIMEIRA CONSULTA DO RN EM ATENÇÃO PRIMÁRIA;
- 0301010064 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA;
- 0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) -CBO ENFERMEIRO.
- 030101013 CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR
- 030101971 CONSULTA DE PUERICULTURA – CBO MÉDICO
- 030101170 CONSULTA DE PUERICULTURA – CBO ENFERMEIRO

FONTE DE DADOS

Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde - SIGA Saúde por meio da ferramenta:

Relatório RLRN110 - Acompanhamento _pós-parto. **Numerador:** Nome da Coluna ATENDIMENTO_ATE_30_DIAS; **Denominador:** Nome da Coluna ESTABELECIMENTO REFERÊNCIA.

REFERÊNCIAS

Diretrizes da Atenção Básica: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/345314

A Primeira Consulta do Recém-nascido na Atenção Primária: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, MS, 2018.

Q7 - RAST
EDUCAÇÃO PERMANENTE
APRESENTAÇÃO, APROVAÇÃO E EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE APROVADO PELA CRS

CONCEITO

Percentual de atividades de Educação Permanente (EP) realizadas, em relação ao número de atividades previstas no plano de educação permanente para o período.

OBJETIVO

Espera-se qualificar a assistência, por meio da formação dos profissionais da Rede, monitorando a realização das ações planejadas.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

ANUAL

Exemplo:

- **Avaliação**: janeiro do ano seguinte
- **Medição:** janeiro; fevereiro; março; abril; maio; junho; julho; agosto; setembro; outubro; novembro; dezembro.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de atividades realizadas.

Denominador: Número de atividades previstas no plano de educação permanente para o período.

Fator de multiplicação: 100

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

Para contratos novos, a primeira avaliação de período de 12 meses se refere à entrega de Plano de Educação Permanente, construído e aprovado conjuntamente com as CRS/STS.

De forma conjunta, a OSS, CRS e STS elaborarão o Plano de Educação Permanente.

FONTE DE DADOS

Relatório de acompanhamento da apresentação, aprovação e execução das atividades do PLAMEP.

REFERÊNCIAS

Documento de Orientação para a elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde, disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224635/plamep-documento-orientador.pdf

Q8 - RAST
SAUDE DA MULHER
NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

CONCEITO

Percentual de gestantes acompanhadas com 07 consultas ou mais de pré-natal, em relação ao número de gestantes cadastradas.

OBJETIVO

Espera-se qualificar a assistência ao pré-natal, por meio da realização de no mínimo 7 consultas.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

TRIMESTRAL, compreendendo período de 3 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

- **Avaliação:** setembro.
- **Medição:** abril; maio e junho.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de gestantes acompanhadas com DPP para o período da medição com 07 consultas ou mais de pré-natal.

Denominador: Total de gestantes acompanhadas com DPP no período da medição.

Fator de multiplicação: 100

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

- 0301010110 CONSULTA PRÉ-NATAL.

FONTE DE DADOS

Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde - SIGA Saúde- Mãe Paulistana - Relatório CG05.

REFERÊNCIAS

Portaria SMS.G n° 120 de 11/03/2020, disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PORTARIA_N120_Mae_Paulistana_11_3_2020.pdf.

Protocolo de Pré-natal com Risco habitual (baixo risco) da SMS de São Paulo, disponível em : https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/versao_abril_2021_PRENATALBAIXORISCO.pdf.

Q9 - RAST
SAÚDE DA MULHER
EXAMES DA GESTANTE

CONCEITO

Número de gestantes acompanhadas com exames mínimos realizados, em relação ao número de gestantes acompanhadas.

OBJETIVO

Avalia a proporção de gestantes que realizaram exames mínimos do pré-natal, com vistas a minimizar danos à gestante e criança.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

TRIMESTRAL, compreendendo período de 3 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

- **Avaliação:** setembro;
- **Medição:** abril; maio e junho.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de gestantes acompanhadas com DPP para o período da medição com todos os exames indicados realizados.

Denominador: Total de gestantes acompanhadas com DPP para o período da medição

Fator de multiplicação: 100

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

Consideram-se exames mínimos: 3 resultados para sífilis + 3 resultados de HIV + 2 resultados de urina I + 1 resultado de hepatite B + 2 resultados de glicemia de jejum.

FONTE DE DADOS

Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde - SIGA Saúde – Mãe Paulistana Relatório.
Numerador: CG06; **Denominador:** CG05.

REFERÊNCIAS

Portaria SMS.G n° 120 de 11/03/2020, disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PORTARIA_N120_Mae_Paulistana_11_3_2020.pdf;

Protocolo de Pré-natal com Risco habitual (baixo risco) da SMS de São Paulo, disponível em : https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/versao_abril_2021_PRENATALBAIXORISCO.pdf.

Q10 - RAST
SAÚDE DA MULHER
CONSULTA ODONTOLÓGICA DA GESTANTE

CONCEITO

Percentual de gestantes acompanhada com DPP para o período com ao menos uma consulta odontológica realizada durante a gestação atual, em relação ao número de gestantes acompanhadas com DPP para o período.

OBJETIVO

Permite a análise do acesso da gestante ao cuidado em Saúde Bucal durante a gestação, visando identificar e tratar agravos bucais que têm potencial relação com desfechos adversos na gestação.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

TRIMESTRAL, compreendendo período de 3 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

- **Avaliação:** setembro.
- **Medição:** abril; maio e junho.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de gestantes acompanhadas com DPP para o período da medição com ao menos 1 consulta odontológica na gestação atual.

Denominador: Número de gestantes acompanhadas com DPP para o período da medição.

Fator de multiplicação: 100

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

- 03.01.01.003-0 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO);
- 03.01.01.013-7 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR;
- 03.01.01.015-3 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA.

FONTE DE DADOS

Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde - SIGA Saúde – Mãe Paulistana. Relatório 114 Atendimentos de Saúde Bucal em Gestantes.

REFERÊNCIAS

Diretrizes da Atenção Básica - https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/345314

Q11 - RAST
SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
ATENDIMENTO DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA

CONCEITO

Acompanhamento dos atendimentos do Núcleo de Prevenção à Violência (NPV), em relação as pessoas em situação de violência.

OBJETIVO

Pretende-se que todos os casos de violência notificados sejam referenciados à equipe do NPV para atendimento inicial.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

QUADRIMESTRAL, compreendendo período de 4 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de atendimento inicial da pessoa em situação de violência, por evento de violência, atendida pelo NPV.

Denominador: Número de notificações de violência registradas na ficha SINAN.

Fator de multiplicação: 100

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

Os atendimentos iniciais do NPV serão registrados no procedimento municipal.

- 0301049181- Atendimento inicial à pessoa em situação de violência.

O indicador será calculado com base no número de atendimentos iniciais registrados pelos profissionais do NPV, divididos pelo número de notificações de violência registradas na unidade de atendimento.

FONTE DE DADOS

Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde - Siga Saúde (Relatório - AT02);

Sistema de Informação de Agravos de Notificação -Sinan (Tabnet - SINAN).

REFERÊNCIAS

DECRETO Nº 63.518, DE 25 DE junho DE 2024 - regulamenta a Escuta Especializada no MSP, sendo o NPV o responsável por esta ação na Saúde.

Portaria nº 1.300 / 2015 – Institui os Núcleos de Prevenção da Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo.

Normatiza e organiza o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente VÍTIMA ou TESTEMUNHA de violência e cria mecanismo de prevenir e coibir a violência, com base na doutrina da proteção integral. Integra as políticas de atendimento na área da justiça, segurança pública, saúde, assistência social e educação. (Arts. 1º e 2º da Lei nº 13.431/2017).

Lei 17.884 / 2023 - Institui o “Programa de Acompanhamento Psicológico para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica” no município de São Paulo.

Q12 - RAST
SAÚDE DO IDOSO
ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

CONCEITO

Percentual de idosos com Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (60 anos e +) na Atenção Básica (AMPI-AB) completa nos últimos doze meses, em relação ao número de idosos atendidos nos últimos doze meses, considerando o quadrimestre avaliado.

OBJETIVO

Espera-se, através da realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica – AMPI, qualificar a assistência à saúde da população idosa.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

QUADRIMESTRAL, compreendendo período de 4 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

Avaliação: outubro.

Medição: abril; maio; junho e julho.

Considerar os últimos 12 meses para incluir todos os PTS válidos, ou seja, no exemplo em questão, considerar os dados desde abril do ano anterior.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Soma do número de pessoas idosas (60 anos ou mais) com AMPI-AB completas (PTS saudável, pré-frágil e frágil) nos últimos doze meses.

Denominador: Número de pessoas idosas atendidas nos últimos doze meses em consulta de profissional de nível superior.

Fator de multiplicação: 100

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) compreende a realização do Questionário Multidimensional, Questionário de Dados Sociais e Projeto Terapêutico Singular (PTS) para idosos saudáveis, pré-frágeis e frágeis. Esses procedimentos são registrados no SIGA, e a AMPI-AB só é considerada completa quando o PTS é concluído e lançado no sistema de informações. Deverão ser realizados por profissionais de nível técnico e superior.

Os procedimentos municipais para registro são:

Numerador:

- Procedimento 03.01.09.920-0: AMPI-AB - PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - (PTS) PESSOA IDOSA SAUDÁVEL;
- Procedimento 03.01.09.921-9: AMPI-AB - PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - (PTS) PESSOA IDOSA PRÉ-FRÁGIL;

- Procedimento 03.01.09.922-7: AMPI-AB - PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - (PTS) PESSOA IDOSA FRÁGIL.

A soma dos idosos com PTS realizados corresponderá ao número de idosos com AMPI-AB completas

Denominador:

- 0301010064 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA;
- 0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO);
- 0301019991 SALA DO IDOSO - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA;
- 0301019908 SALA DO IDOSO - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO).

FONTE DE DADOS

Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde - SIGA Saúde (Relatórios AT-37 e AT-38).

REFERÊNCIAS

Manual AMPI-AB(2021),disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MANUAL_AMPI_AB_ATUALIZAO_2021.pdf Diretrizes RASPI (2022 versão preliminar em que consta o NAG), disponível em:https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DIRETRIZES_RASPI_2021.pdf.

Documento Norteador URSI (2016 antigo), disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCUMENTONORTEADOR%20URSIversaofinal09012017.pdf.

Documento Norteador PAI (2016), disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCUMENTONORTEADORPAIFINAL02012017.pdf.

Q13 - RAST
SAÚDE BUCAL
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO CONCLUÍDO NAS UBS

CONCEITO

Percentual de tratamentos odontológicos concluídos (TC), em relação ao total de tratamentos odontológicos iniciados (TI) considerando a meta proposta para o período analisado.

OBJETIVO

Permite avaliar a resolutividade e consequente acesso ao tratamento odontológico.

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

QUADRIMESTRAL, compreendendo período de 4 meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

Exemplo:

- **Avaliação:** outubro.
- **Medição:** abril; maio; junho e julho.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de tratamentos odontológicos concluídos no mês.

Denominador: Total de tratamentos iniciados no mês, considerando a meta proposta.

Fator de multiplicação: 100

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

Para o numerador:

- 307019187 TRATAMENTO CONCLUÍDO NA ATENÇÃO BÁSICA (CLÍNICO/RESTAURADOR) - CÓDIGO MUNICIPAL;
- 307019136 - TRATAMENTO COMPLETADO - CONTROLE DAS DOENÇAS BUCAIS - ESTE PROCEDIMENTO PODERÁ SER CONSIDERADO COMO TRATAMENTO CONCLUÍDO, NOS TERRITÓRIOS ONDE TENHAMOS UM Nº PEQUENO DE ESB EM RELAÇÃO AO Nº DE ESF, ALTA VULNERABILIDADE SOCIAL, DADOS EPIDEMIOLÓGICOS QUE DEMONSTREM QUE O ALTO RISCO DE CÁRIE ESTEJA PRESENTE EM GRANDE Nº EM PACIENTES TRIADOS (MÉDIA DE 70% DE ADULTOS E 50% DE CRIANÇAS);
- 0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA.

FONTE DE DADOS

Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde - SIGA Saúde (Relatório AT-02).

REFERÊNCIAS

Diretrizes da Atenção Básica - https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/345314

Q14 - RAST
UPA
PERCENTUAL DE PACIENTES COM RISCO CLASSSIFICADO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CONCEITO

Proporção de pacientes que tiveram o risco adequadamente classificado na unidade de 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 caso.

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

TRIMESTRAL

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

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-SIA

REFERÊNCIAS

Sistema Manchester de Classificação de Risco;

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.

Q15- RAST
UPA
COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

CONCEITO

Avaliar a existência e a efetiva operação das Comissões Obrigatórias.

OBJETIVO

Monitorar a existência e a operação das Comissões Obrigatórias e o cumprimento de suas obrigações regimentais

PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO

MENSAL

PERÍODO CORRESPONDENTE A AVALIAÇÃO

TRIMESTRAL

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de reuniões realizadas.

Denominador: Número de reuniões programadas.

Fator de multiplicação: 100.

PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO

São consideradas Comissões Obrigatórias para as UPAs:

- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética de Enfermagem;
- Comissão de Óbitos;
- Comissão de Revisão de Prontuários.

FONTE DE DADOS

- Cronograma conforme previsto na legislação
- Lista de presença.

REFERÊNCIAS

Legislação vigente.