



ANEXO II B- METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO

METAS DE PRODUÇÃO E INDICADORES DE DESEMPENHO			
ITEM	ESTRUTURA	META	% MÊS 1°-12°
1.1	Percentual do número de leitos	100%	3%
1.2	Equipe mínima de profissionais	100%	5%
DESEMPENHO ASSISTENCIAL			
2.1	Percentual de pacientes atendidos por médico conforme tempo definido em, no máximo, 2 horas	90%	9%
2.2	Taxa de Mortalidade na unidade de emergência ≤ 24h	<4%	3%
2.3	Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidados do AVC	100%	4%
2.4	Percentual de pacientes trombolizados + percentual de pacientes encaminhados para ICP conforme linha de cuidados do IAM	100%	8%
2.5	Cumprimentos e metas dos indicadores de linha de cuidado TRAUMA	100%	4%
2.6; 2.7; e 2.8;	Índice de suspeição de SEPSE e abertura do protocolo; Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE; Adesão ao protocolo.	100%	4%
2.9	Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados para UBS	100%	5%
2.10	Percentual de atendimento a pacientes encaminhados pelos serviços de atendimento pré-hospitalar (SAMU, bombeiros, etc.)	100%	3%
2.11	Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco	100%	4%
2.12	Proporção de notificações de agravos de notificação compulsória	100%	2%
2.13	Nova consulta em menos de 24 horas	> 5%	2%
PRODUÇÃO			
3.1	Consultas em clínica médica	8500	4%
3.2	Consultas em pediatria	3200	4%
3.3	Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação menor que 1 hora	100%	6%
GESTÃO			
4.1	Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período	70%	7%
4.2	Proporção de atendimento prioritário A pessoas vulneráveis (sendo a meta 60% no primeiro ano e 100% até o final do primeiro semestre do segundo ano do contrato)	60% /100%	3%
4.3	Percentual de comissões atuantes e regulares	100%	5%
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO			
5.1	Monitoramento da manifestação do cliente, avaliação de reclamação e sugestões	100%	6%
5.2	Percentual de usuários satisfeitos/ muito satisfeitos	>80%	9%
TOTAL			100%

A avaliação de desempenho da Unidade se dará na seguinte forma.



Prefeitura de São José dos Campos
Secretaria de Saúde

O acompanhamento e avaliação de desempenho são instrumentos essenciais para assegurar que a organização está apresentando os resultados planejados, de modo que eventuais desvios possam induzir a redirecionamentos durante o curso das ações.

A avaliação das ações e metas programadas será efetivada levando-se em conta os indicadores de desempenho pré-fixados.

A avaliação da unidade quanto ao alcance de metas será feita com base nos seguintes Indicadores de Desempenho, a partir do início da operação da Unidade, conforme discriminado abaixo:

a) Indicadores Quantitativos: Os indicadores quantitativos estão relacionados ao número de consultas, número de procedimentos e exames do total de atendimentos;

b) Indicadores Qualitativos: Os indicadores de qualidade estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

Os Indicadores de Desempenho Quantitativos e Qualitativos, bem como os pesos a eles atribuídos, poderão ser revistos a qualquer tempo, durante a vigência do Contrato de Gestão, conforme interesse e necessidade da Secretaria de Saúde, devendo a contratada se adequar no prazo estipulado pela contratante.

RELAÇÃO DE INDICADORES

1. INDICADORES DE ESTRUTURA

1.1. Indicador: percentual de número de leitos

- a. Descrição: o indicador assegura que todos os leitos da UPA III estarão disponíveis e em plenas condições de uso, em regime de prontidão, com apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto, 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana, com equipe completa e equipamentos necessários, para manter pacientes em observação por período de até 24 horas, conforme Portaria 1601/GM/MS, de 7 de julho de 2011;
- b. Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento da SS;
- c. Periodicidade: mensal;
- d. Método de cálculo:

$$\frac{(\text{média mensal de nº de leitos disponíveis em funcionamento}) \times 100}{\text{Nº de leitos definidos pelo edital de chamamento}}$$

- e. Meta: 100%.



Prefeitura de São José dos Campos
Secretaria de Saúde

1.2. Indicador: equipe mínima de profissionais

- a. Descrição: o indicador assegura que será mantida equipe mínima necessária para garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de acordo com edital;
- b. Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento da Secretaria de Saúde;
- c. Periodicidade: mensal;
- d. Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de Plantão com Equipe Assistencial Completa definida no edital} \times 100}{\text{Nº de Plantões no mês}}$$

- e. Meta: 100%

2. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

2.1. Percentual de pacientes atendidos pelo médico em tempo igual ou menor do que 2 horas

- a. Objetivo: Acesso rápido ao atendimento médico priorizando o risco de vida;
- b. Meta: 90%;
- c. Fórmula:

$$\frac{\text{Número de pacientes que foram atendidos pelo médico, em tempo igual ou menor do que 2 horas} \times 100}{\text{Total de pacientes classificados pelo protocolo de acolhimento e classificação de risco}}$$

- Numerador: Número de pacientes que foram atendidos pelo médico em tempo igual ou menor do que 2 horas;
- Denominador: Total de pacientes classificados pelo protocolo de acolhimento e classificação de risco.

2.2. Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência \leq 24h.

- a. Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos em unidade pré-hospitalar fixa. Mede indiretamente a capacidade e eficácia do Serviço de Urgências para resolver os casos mais críticos com rapidez, seja solucionando o problema com seus meios ou derivando o paciente para o serviço, unidade ou centro mais adequado à gravidade do caso.
- b. Meta < 4%;
- c. Fórmula:

$$\frac{\text{Número de óbitos na unidade de pacientes com permanência} < 24 \text{ h por período} \times 100}{\text{Total de pacientes na unidade com tempo de permanência} \leq 24 \text{ h no período}}$$

- Numerador: Número de óbitos na unidade de pacientes com permanência \leq 24 h por período;
- Denominador: Total de pacientes na unidade com tempo de permanência \leq 24 h no período



Prefeitura de São José dos Campos
Secretaria de Saúde

Excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa, durante sua permanência na UPA e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos). Deverá ser implantada comissão de óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada ao relatório.

2.3. Percentual de Pacientes com Suspeita de AVC Atendidos Conforme a linha de cuidado do AVC

- a. Objetivo: medir a taxa de pacientes com suspeita de AVC que foram transferidos para o centro de referência em tempo hábil para tratamento definitivo.
- b. Formula:

$$\frac{\text{Total de pacientes transferidos com suspeita de AVC em tempo hábil para trombólise} \times 100}{\text{Total de pacientes atendidos com início de sintomas de AVC em até 3 horas}}$$

- c. Meta: 100%

Em relação à Linha de Cuidado AVC (Portaria Nº 665, de 12 de abril de 2011), a UPA deverá encaminhar relatório com pacientes identificados com suspeita de AVC com seguintes dados:

- I. Tempo de abertura de FAA até consulta médica;
- II. Tempo porta – centro de referência;
- III. Tempo sintoma- centro de referência.

2.4. Percentual de pacientes trombolisados + Percentual de pacientes encaminhados para ICP

Meta: 100%

Realizar cálculo dos indicadores.

2.4.1. Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio – IAM com supra de ST.

- a. Objetivo: medir a taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM com supra de ST que foram submetidos à Trombólise via periférica.
- b. Fórmula:

$$\frac{\text{Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolisados} \times 100}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST no período analisado}}$$

2.4.2. Percentual de Intervenção Coronária Percutânea realizada no tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio – IAM com supra de ST.

- a. Objetivo: medir a taxa de adesão dos pacientes, com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM com supra de ST, que foram submetidos à ICP;



Prefeitura de São José dos Campos
Secretaria de Saúde

b. Fórmula:

$$\frac{\text{Total de pacientes IAM com Supra de ST Transferidos para a ICP X100}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST no período analisado}}$$

Em relação à Linha de cuidado do Infarto agudo do miocárdio (Portaria Nº 2994, de 13 de dezembro de 2011), a UPA deverá encaminhar relatório com pacientes identificados com suspeita de IAM com seguintes dados:

- I. Tempo porta classificação de risco;
- II. Tempo porta AVALIAÇÃO DO ECG PELO MÉDICO (META DA AVALIAÇÃO EM NO MÁXIMO 10 MINUTOS);
- III. Tempo porta balão (META: ENCAMINHAR O PACIENTE AO CATE NO MAXIMO 120 MINUTOS);
- IV. Tempo porta agulha (META: INICIAR ADMINISTRAÇÃO DO TROMBOLÍTICO NO MÁXIMO 90 MINUTOS);
- V. Tempo porta transferência;
- VI. Desfecho final na UPA com data e horário.

Os dados deverão estar disponíveis separados por mês, em forma de média e em números absolutos.

2.5. Percentual de pacientes vitimados por Trauma atendidos na Sala Vermelha.

- a. Objetivo: medir a resolutividade das diferentes variáveis de pacientes vítimas de trauma na condução do atendimento;
- b. Fórmula:

$$\frac{\text{Total de pacientes atendidos por trauma em determinado período que receberam alta ou transferência}}{\text{Total de pacientes com trauma atendidos no período}} \times 100$$

- c. META: 100%

Excluem-se deste indicador pacientes que por ventura tenham chegado em óbito, sejam trazidos pelos serviços de atendimento pré-hospitalar (morte na ambulância, por exemplo) ou trazidos por populares onde o médico assistente constatou óbito logo no início do atendimento, no entanto deve incluí-lo no relatório de tempo de atendimento, sem prejuízo ao cálculo deste indicador.

2.5.1. Linha de Cuidado Trauma (Portaria Nº 1600, 07 de julho de 2011), a UPA deverá encaminhar relatórios com pacientes identificados como vítimas de trauma.

- I. Tempo trauma UPA 24h;
- II. Tempo porta atendimento médico;
- III. 3-Tempo porta transferência;
- IV. Mecanismo de trauma;
- V. Desfecho final na UPA com data e horário.



2.6. Índice de Suspeição de SEPSE e abertura do protocolo

A suspeita de SEPSE precoce é de extrema importância para o melhor prognóstico da doença. Quanto mais cedo for indicado o tratamento adequado, melhores são as chances do paciente. Por isto este indicador procura avaliar a suspeita de SEPSE e pode ser realizado por qualquer membro da equipe de saúde e não necessariamente apenas pelo médico assistente. Os critérios seguem as indicações da publicação do Instituto Latino Americano de Sepse na sua última versão (atualmente, de 2018) e deve ser utilizada classificação de risco, na sala vermelha e na observação (neste último caso podem-se acrescentar os resultados de exame laboratoriais para melhorar o alcance do protocolo).

A suspeição poderá ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, mas a decisão da continuidade do protocolo será do médico assistente, que poderá encerrar ou dar continuidade aos passos seguintes do protocolo. Uma vez diagnosticada a SEPSE, as condutas para o tratamento devem ser iniciadas imediatamente. Para tanto foi desenvolvida pelo ILAS a utilização de pacotes de tratamento, atualmente conhecidos por pacote de 1 hora e *check point* de 6 horas.

Os critérios de suspeita são:

PELO MENOS DOIS SINAIS DE SRIS – SÍNDROME DA RESPOSTA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA

SINAIS E EXAMES	REFERÊNCIA	SETOR
FREQUÊNCIA CARDÍACA	>90 BPM	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, OBSERVAÇÃO, SALA VERMELHA
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	>20 IPM	
TEMPERATURA AXILAR	>37,8 OU <35°C	
LEUCÓCITOS	>12.000 mm ³	OBSERVAÇÃO E SALA VERMELHA, QUANDO DISPONÍVEL

OU PELO MENO UM CRITÉRIO DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA

SINAIS E EXAMES	SETOR
HIPOTENSÃO PAS <90mmHg, SONOLÊNCIA, AGITAÇÃO OU COMA	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, OBSERVAÇÃO, SALA VERMELHA
SATURAÇÃO DE O ₂ ≤ 90%	
NECESSIDADE DE O ₂ OU DISPNEIA	
DIURESE < 0,5 ml/ Kg/HORA	OBSERVAÇÃO E SALA VERMELHA, QUANDO DISPONÍVEL
CREATINA > 2,0 mg/dl	
LACTATO ACIMA DO VALOR DE REFERÊNCIA	
PLAQUETAS < 100.000 mm ³ ou INR > 1,5	
BILIRRUBINA > 2 mg/dl	



a. Cálculo:

$$\frac{\text{Nº de pacientes com critérios de suspeita de SEPSE com protocolo aberto no período} \times 100}{\text{Nº de pacientes com critérios de SEPSE total no período}}$$

b. Meta: 100%.

Para avaliar este indicador, dentro da estratégia, além da contagem de protocolos abertos, é necessária a avaliação através de busca ativa e revisão das fichas de atendimento ambulatorial.

2.7. Número de pacientes que não receberam tratamento precoce da SEPSE

A contratada deve elaborar um protocolo de atendimento seguindo as melhores evidências disponíveis. A ênfase do protocolo deverá ser dada ao pacote de 1 hora, tendo em vista a sua importância para sobrevivência dos pacientes.

Sendo assim, o indicador demonstra quantos pacientes tiveram o protocolo aberto e não receberam tratamento no tempo adequado.

a. O cálculo se dará pela seguinte fórmula:

A = Número de protocolos abertos pela equipe no período

B = Número de pacientes que receberam o “pacote de 1 hora”

C = Número de protocolos fechados pelo médico

Fórmula:

$$A - (B + C)$$

b. META = 0

2.8. Adesão ao protocolo

Os pacientes que receberam o pacote de 1 hora devem, obrigatoriamente, serem reavaliados pelo médico assistente em até 6 horas. Este indicador demonstra a aderência da equipe médica ao protocolo.

a. Cálculo do indicador:

$$\frac{\text{Nº de pacientes que fizeram uso do pacote de 1 hora no período} + \text{Nº de protocolos fechados no período}}{\text{Nº de protocolos abertos}} \times 100$$

b. Meta 100%



2.9. Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhado para UBS

Descrição: Este indicador assegura que a maior parte dos pacientes classificados com prioridade azul seja encaminhada para unidade básica de saúde para acompanhamento.

a. Método de cálculo:

$$\frac{\Sigma \text{ de pacientes que foram classificados em azul encaminhados para UBS no período} \times 100}{\Sigma \text{ de pacientes que foram classificados em azul no período}}$$

b. Meta: 100%

2.10. Percentual de pacientes encaminhados pela Regulação Médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Atendimento Pré-Hospitalar (APH) através de suas unidades móveis

a. Descrição: o indicador assegura que todos os pacientes encaminhados pelos serviços de atendimento pré-hospitalar (SAMU, corpo de bombeiros, GRAU, Concessionárias de rodovias etc.) através de suas unidades móveis de suporte Básico e Avançado sejam atendidos pela **UPA Campo dos Alemães**, que poderá funcionar como local de estabilização destes pacientes, estando disponível para atendimento, em regime de prontidão, com apoio diagnóstico terapêutico ininterrupto, 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana, com equipe completa e equipamentos necessários.

b. Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento do SAMU/ documentos ou relatórios dos serviços.

c. Periodicidade: mensal.

d. Método de cálculo:

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de pacientes que foram efetivamente atendidos quando trazidos pelos serviços de APH móvel}) \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes encaminhados a UPA pelo serviço de APH móvel}}$$

e. Meta: 100%

2.11. Indicador: Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco

A classificação de risco é uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Humanização. Sendo um processo dinâmico de identificação da gravidade de pacientes com o objetivo de otimizar recursos, atendendo primeiramente os pacientes mais graves dando um atendimento equânime aos pacientes durante 24h do dia.

a. Método de cálculo:

$$\frac{\Sigma \text{ pacientes acolhidos com classificação de risco no período} \times 100}{\Sigma \text{ pacientes atendidos na UPA no período}}$$



b. Meta 100%

Para este indicador somente serão aceitos casos com classificação de risco conforme a portaria de consolidação nº 3, capítulo VII, artigo 93, inciso IV.

2.12. Indicador: proporção de notificações de agravos de Notificação Compulsória

- a. Descrição: o indicador assegura que todas as doenças e agravos de Notificação Compulsória sejam devidamente lançadas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) para controle epidemiológico junto à Vigilância Epidemiológica.
- b. Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento VISA.
- c. Periodicidade: mensal.
- d. Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de casos notificados}}{\text{Nº de casos atendidos cuja suspeita ou confirmação diagnóstica são definidos como notificáveis pelo SINAN}} \times 100$$

Nº de casos atendidos cuja suspeita ou confirmação diagnóstica são definidos como notificáveis pelo SINAN

e. Meta: 100%

A complexidade dos indicadores de qualidade é crescente e gradual considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, novos indicadores poderão ser introduzidos, sendo que os indicadores aqui pactuados tornar-se-ão pré-requisitos para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados. Desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados.

2.13. 2.13 Retorno para nova consulta em menor ou igual a 24 horas

Segundo a cartilha da Política Nacional de Humanização os pacientes que retornam à UPA, em menos de 24 horas, devem ser classificados, no mínimo, com verde, podendo ser classificado em amarelo e vermelho caso necessário, mas nunca como azul. Os dados deste indicador devem ser colhidos durante o atendimento na classificação de risco e servirá como indicativo de resolutividade da UPA.

a. Formula:

$$\frac{\text{Nº de pacientes que retornaram à unidade pela mesma queixa em tempo menor ou igual a 24 horas no período}}{\text{Nº de pacientes atendidos na unidade no período}} \times 100$$

b. Meta: < 5%



3. INDICADORES DE PRODUÇÃO

Os indicadores de produção se darão pelo número absoluto de atendimento prestado e as metas estabelecidas serão as seguintes:

	PRODUÇÃO	META*	%
3.1	Consultas em clínica médica	8.500	4%
3.2	Consulta em pediatria	3.200	4%
3.3	Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação menor que 1 hora **	100%	4%

*Para realização do cálculo das metas de produção, foi utilizada a média do ano de 2019, devido aos anos de 2020 e 2021 terem sido atípicos por conta da pandemia do SARS-COV2.

**Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação menor que 1 hora x100
Total de pacientes encaminhados para sala de medicação

A CONTRATADA deverá apresentar a produção mensal dos itens acima em cada prestação de contas e em comparativo a media mensal do ano anterior

4. INDICADOR DE GESTÃO

4.1. Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturadas no período.

O faturamento das FAA's são de extrema importância para diminuição de custos e glosa, demonstrando a eficiência do serviço de faturamento. A contratada deve obrigatoriamente realizar o faturamento das FAA's no mês corrente.

a. Método de cálculo:

$$\frac{\Sigma \text{ de fichas faturadas no período}}{\Sigma \text{ de pacientes atendidos no período}} \times 100$$

b. Meta: 70%

4.2. Proporção de atendimento prioritário a pessoas vulneráveis

Implantar ações que garantam atendimento prioritário, na **UPA 24h CAMPO DOS ALEMÃES** a pessoas vulneráveis (Pessoas com deficiência, idosos, crianças, gestantes, lactantes), excluindo urgência e emergência.



Prefeitura de São José dos Campos
Secretaria de Saúde

Para cada ação será pontuada 1 ponto:

- Atendimento diferenciado às pessoas vulneráveis (AVD);
- Sinalização indicativa de atendimento preferencial (SAI);
- Local específico para atendimento prioritário, com garantia do direito de livre escolha (LEP);
- Capacitação de pessoal para prestar atendimento às pessoas vulneráveis (CAP);
- Divulgação, em local visível, do direito de atendimento prioritário (DIV);

Proporção de AVD+SAI+LEP+CAP+DIV realizados.

a. Método de cálculo:

$$\frac{(ADV+SAI+LEP+CAP+DIV)}{5} \times 100$$

5

b. Meta 60% no primeiro ano de gestão.

c. Meta de 100% até o final do primeiro semestre do segundo ano de gestão.

4.3. Percentual de Comissões atuantes e regulares

As comissões exigidas por este plano de trabalho são 8 (comissão de revisão de prontuários, ética médica, ética de enfermagem, CCIH, revisão de óbito, CIPA, comissão de farmácia e terapêutica e núcleo de segurança do paciente) e devem ser atuantes e regulares durante todo o período do contrato. Mensalmente, a contratada deverá enviar relatórios das ações e efetivo funcionamento das comissões, no entanto estas poderão, a critério da Secretaria de Saúde, a qualquer tempo sofrerem auditorias por parte da contratante para verificação de efetivo funcionamento. O indicador visa demonstrar o percentual de efetivo funcionamento das comissões. Nos casos onde existirem inconsistências entre a auditoria e o relatório apresentado pela contratada, será considerado correto o dado encontrado pela auditoria (total de comissões atuantes).

a. Fórmula:

$$\frac{\text{Total de comissões atuantes}}{8} \times 100$$

8

- Numerador: Total de comissões atuantes;
- Denominador: 8 (Nº de comissões exigidas).

Observação: Na eventualidade de serem criadas novas comissões, seja por exigência de nova legislação ou necessidade da contratada, o denominador deverá ser aumentado tanto quanto forem as comissões criadas.

b. Meta: 100%.



5. SATISFAÇÃO USUÁRIO

5.1. Monitoramento da Manifestação do Cliente, Avaliação de Reclamações e Sugestões

- a. Conceito: Verificar o funcionamento da estrutura organizacional que permita o monitoramento e avaliação das manifestações do cliente, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitações de informações.
Tais manifestações deverão ser registradas por meio de canais de comunicação (ouvidoria 156, ouvidoria SUS, serviços de atendimento ao cliente, de forma presencial ou eletrônica, como e-mails).
Ações de melhoria deverão ser desencadeadas a partir de reclamações e sugestões relacionadas à qualidade e segurança dos pacientes atendidos.
- b. O método de cálculo:
Existência de ações de melhorias desencadeadas a partir de reclamações ou sugestões.
- c. Interpretação:
Quanto maior o número de ações de melhorias desenvolvidas a partir de sugestões, maior o envolvimento da instituição com a centralidade do cuidado do paciente.
- d. Público alvo: pacientes de todas as idades, seus familiares e acompanhantes.
- e. Meta: 100%
Nº crescente de ações de melhorias relacionadas a reclamações ou sugestões dos pacientes.
- f. Periodicidade: mensal.

5.2. Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos

- a. Objetivo: Medir o nível de satisfação dos clientes, através da pesquisa de satisfação.
- b. Meta: >80%.
- c. Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de conceitos satisfeito e muito satisfeito}}{\text{Total de Respostas efetivas}} \times 100$$

- Numerador: Nº de conceitos satisfeito e muito satisfeito – somatório das respostas com conceito.
- Denominador: Total de respostas efetivas – número de questionários respondidos no sistema implantado no período avaliado, com os critérios muito satisfeito, satisfeito, medianamente satisfeito, pouco satisfeito e insatisfeito.