



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:

$$\frac{\text{Total de pacientes transferidos com suspeita de AVC em tempo hábil para trombólise X100}}{\text{Total de pacientes atendidos com início de sintomas de AVC em até 3 horas}}$$

- 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:

$$\frac{\text{Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolisados X100}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST no período analisado}}$$

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;



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 receberem 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 encaminhados 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:

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

- 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 Putim**, 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:

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

- 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.



Prefeitura de São José dos Campos
Secretaria de Saúde

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:

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

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 PUTIM**, 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.