



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

**Gerência de Contratualização da Rede Própria - GECORP**  
**Núcleo Especial de Controle, Avaliação e Monitoramento de Contrato -**  
**NECAM**  
**Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Serviços de Saúde –**  
**CMASS ASSISTENCIAL**

**MANUAL DE INDICADORES PARA A PARTE VARIÁVEL**  
**DO HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES**

**DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO**

**Para 70º Termo Aditivo do HEJSN**  
**Abril de 2024**

## 1 INTRODUÇÃO

Este manual tem por objeto descrever os indicadores de qualidade que serão avaliados pela Secretaria Estadual da Saúde – SESA, através da Gerência de Contratualização da Rede Própria – GECORP e do Núcleo Especial de Controle, Avaliação e Monitoramento de Contrato - NECAM , com a finalidade de analisar o desempenho da gestão para os indicadores de qualidade, correspondente ao repasse de 10% do valor global do Contrato de Gestão 001/2012 para gerenciamento do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves – HEJSN, celebrado entre a SESA e a Organização Social – OSS Associação Evangélica Beneficente Espírito Santense - AEBES.

O acompanhamento destes indicadores será realizado mensalmente pela Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Serviços de Saúde – CMASS Assistencial; porém, o período para a análise final do cumprimento das metas dos indicadores será trimestral, com consequente ajuste sobre o repasse financeiro caso não seja atingida a meta pactuada.

O prazo para entrega das informações sobre o desempenho referente a estes indicadores à equipe de monitoramento é até o 15º dia do mês subsequente. Os indicadores de Segurança do Paciente – Protocolo de Identificação do Paciente, Segurança do Paciente – Notificação de NEAR MISS, Segurança do Paciente – Percentual de investigação, análise e tratativas de eventos adversos graves e óbitos da UTIN/UCIN, Taxa de adequação de antibióticos prescritos, Taxa de Suspensão de Cirurgia e Resolução de Reclamações, serão todos disponibilizados na Pasta F além recebidos na prestação de contas mensal do HEJSN enviados pelo Contratado, conforme contrato de gestão. A equipe de monitoramento assistencial do HEJSN fará a análise dos dados recebidos com as coletas de dados através do sistema MV e outros sistemas e documentos complementares, referentes a cada indicador.

Vale ressaltar que a Comissão de Monitoramento avaliará todos os outros indicadores de qualidade que já foram pontuáveis, além dos indicadores definidos nas “**Diretrizes para Padronização de Nomenclatura e Indicadores do Monitoramento Assistencial dos Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde**”. Portanto, os mesmos precisam continuar sendo disponibilizados e enviados na Prestação de Contas Mensal.

Para a avaliação dos indicadores de qualidade referentes à parte variável do Contrato de Gestão estabelece-se que o hospital alcance as metas definidas para os seguintes indicadores a partir do 70º TA:

- **Segurança do Paciente - Protocolo de Identificação do Paciente;**
- **Segurança do Paciente – Notificação de NEAR MISS;**
- **Segurança do Paciente - Percentual de investigação, análise e tratativas de**

### **eventos adversos graves e óbitos da UTIN/UCUN;**

- **Controle de Infecção – Taxa de adequação de antibióticos prescritos;**
- **Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva;**
- **Resolução de Reclamação.**

## **2 IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES DE QUALIDADE**

Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente. (1)

Indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte(2)

Desse modo, visando dar melhoria contínua na qualidade da assistência ao usuário propusemos os indicadores a seguir.

## **3 INDICADORES DE QUALIDADE E METAS**

A partir do Termo Aditivo 70º os indicadores citados serão avaliados em seu desempenho comparativamente às metas pactuadas descritas a seguir, e após a análise conclusiva da CMASS, esta será a determinante para o pagamento da parte variável do Termo Aditivo vigente ao Contrato de Gestão 001/2012.

### **3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE – PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar. Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. (3) (Código: GR.IN.0004 - HEJSN)

O HEJSN irá enviar mensalmente junto à prestação de contas e disponibilizar acesso na Unidade Institucional (F:) - como é feita a de LPP - planilha (.xls) os checklists (scaneados) do

protocolo de identificação do paciente preenchidos, no período, pela auditoria do HEJSN de todos os pacientes auditados neste protocolo.

**META:**

1° e 2° Trimestres:

- **% de efetividade do Protocolo de Identificação do Paciente ≥ 80%**

3° e 4° Trimestres:

- **% de efetividade do Protocolo de Identificação do Paciente ≥ 90%**

**Monitoramento:** Verificação dos check lists do protocolo de identificação do paciente encaminhados na Prestação de Contas, do número de itens avaliados conformes, do total de itens avaliados e aplicação do cálculo da % de efetividade do Protocolo de Identificação do Paciente. Eventualmente a CMASS fará auditoria conforme o protocolo de identificação nos setores. O HEJSN irá disponibilizar o arquivo check list para as auditorias na pasta F.

**MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\text{\% de efetividade do Protocolo de Identificação do Paciente} = (\text{N}^\circ \text{ de itens avaliados conformes} / \text{Total de Itens avaliados}) \times 100$$

O envio deverá ocorrer conjuntamente com as demais informações da prestação de contas mensal até o 15º dia do mês subsequente.

Este indicador será avaliado a cada trimestre e a valoração deste indicador será de 20%.

### 3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE – NOTIFICAÇÃO DE NEAR MISS

A notificação de incidentes é uma prática comum em serviços hospitalares, onde diferentes eventos podem comprometer a assistência ao paciente. Desta forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente e um importante tópico desta taxonomia é a definição dos tipos de incidentes, onde near miss ou quase erro, “é o incidente que não atingiu o paciente”, o “evento é algo que acontece ou envolve o paciente” apresentando dano ou não. No caso de evento com paciente que gerou dano, é denominado evento adverso. (4)

Desta forma, **Near Miss:** é um incidente que não alcançou o paciente, o dano não existe porque o erro foi detectado.

Conhecer as fragilidades dos serviços de saúde permite identificar suas causas e redesenhar o processo com barreiras que reduzam os riscos de danos. Neste contexto, a notificação de incidentes é considerada uma importante ferramenta, capaz de coletar dados sobre os incidentes, proporcionando um ambiente de aprendizado, capaz de compartilhar informações importantes para o desenvolvimento da segurança do paciente.

### 1º e 2º Trimestres

O HEJSN irá enviar **mensalmente** junto à prestação de contas e disponibilizar acesso na Unidade Institucional (F:) - como é feita a de LPP/FARMACOVIGILÂNCIA:

1. Planilha (.xls) de **TODOS** os near miss notificados no período;
2. Lista de Presença (escaneada) dos treinamentos realizados para sensibilização de notificação de Near Miss. Arquivo do treinamento ministrado (conteúdo programático).
3. Análise trimestral dos eventos de Near Miss mais prevalentes. (Ao final do último mês do trimestre)

O HEJSN irá enviar **Trimestralmente** (junto ao envio mensal do último mês do trimestre) junto à prestação de contas e disponibilizar acesso na Unidade Institucional (F:) - como é feita a de LPP/FARMACOVIGILÂNCIA - **Análise trimestral dos eventos de Near Miss mais prevalentes.**

#### **META:**

1º e 2º Trimestres:

- **Entrega de 07 itens ao final do Trimestre (2 itens em cada mês - Lista de Near Miss notificados + Listas de treinamentos - nos 2 primeiros meses e 3 itens - Lista de near miss notificados + Listas de treinamentos + Análise ao final do trimestre)**

**Monitoramento:** Verificação da planilha contendo todas as notificações de Near Miss notificados no período, das listas de presença, dos arquivos de treinamento e do Relatório de análise dos Near Miss mais prevalentes no trimestre avaliado.

Este indicador será avaliado a cada trimestre e a valoração deste indicador será de 20%.

### 3º e 4º Trimestres

O HEJSN irá enviar **mensalmente** junto à prestação de contas e disponibilizar acesso na Unidade Institucional (F:) - como é feita a de LPP/FARMACOVIGILÂNCIA:

1. Planilha (.xls) de **TODOS** os near miss notificados no período;
2. Lista de Presença (escaneada) dos treinamentos realizados para sensibilização de notificação de Near Miss. Arquivo do treinamento ministrado (conteúdo programático).
3. Análise trimestral dos eventos de Near Miss mais prevalentes. (Ao final do último mês do trimestre)

O HEJSN irá enviar **Trimestralmente** (junto ao envio mensal do último mês do trimestre) junto à prestação de contas e disponibilizar acesso na Unidade Institucional (F:) - como é feita a de LPP/FARMACOVIGILÂNCIA - **Análise trimestral dos eventos de Near Miss mais prevalentes.**

**META:**

**3º e 4º Trimestres: Notificação  $\geq$  6% de NEAR MISS +** Envio mensal de relatório contendo todas as notificações de Near Miss, listas de presença e arquivo de treinamento e Análises trimestrais dos mais prevalentes

**Monitoramento:** Verificação da planilha contendo todas as notificações de Near Miss notificados no período, das listas de presença, dos arquivos de treinamento e do Relatório de análise dos Near Miss mais prevalentes no trimestre avaliado.

### **3.3 - SEGURANÇA DO PACIENTE – PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO, ANÁLISE E TRATATIVAS DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES E ÓBITOS DA UTIN/UCUN**

A Segurança do Paciente compreende a redução do risco de danos ao paciente nos serviços de saúde. Estudos estimam que a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde, e em particular os eventos adversos (EA), afete de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos, o que sensibilizou sistemas de saúde em todo o mundo a melhorar a segurança do paciente. (5)

Considerando que os serviços de saúde são prestados em ambientes complexos, onde vários fatores podem contribuir para a ocorrência dos incidentes relacionados à assistência, faz-se necessária a identificação e tratamento dos riscos aos quais os pacientes estão submetidos.

O primeiro passo para entender a importância da notificação é sabermos que a identificação de qualquer evento adverso é uma informação extremamente valiosa, que ajuda a assegurar a qualidade e a segurança dos procedimentos hospitalares. Ou seja, são essas notificações que irão contribuir para o aperfeiçoamento do conhecimento sobre os eventos adversos ocorridos.

O HEJSN irá enviar mensalmente junto à prestação de contas ou disponibilizar acesso na Unidade Institucional (F:) - como é feita a de LPP/FARMACOVIGILÂNCIA - planilha (.xls) de **TODOS** os eventos adversos (óbitos, danos graves moderados, leves, e sem dano) da UTIN/UCIN notificados no período pelo sistema / formulários de notificação e APRESENTAR relatório de investigação, análise e tratativas dos eventos classificados como **grave e óbito**.

A OSS deverá enviar junto à planilha documentos que evidenciem o processo de investigação, análise e tratativas dos eventos (relatórios gerenciais, evidências documentais – ata de reunião, lista de presença).

As análises que ainda não estiverem concluídas serão contadas como eventos investigados, pois entende-se que alguns eventos demandam maior tempo de análise e tratativa.

A CMASS poderá a qualquer tempo, avaliando-se a necessidade, solicitar investigação, análise e tratativa de outros eventos adversos além do óbito e dano grave.

**META:**

1° e 2° Trimestres:

- **Investigação, Análise e Tratativa de  $\geq 80\%$  dos Eventos Adversos com dano grave e óbito da UTIN/UCIN notificados no período.**

3° e 4° Trimestres:

- **Investigação, Análise e Tratativa de  $\geq 90\%$  dos Eventos Adversos com dano grave e óbito da UTIN/UCIN notificados no período.**

Os resultados dos índices acima serão acompanhados com periodicidade mensal, com valoração da parte variável analisada trimestralmente, considerando a média obtida no trimestre. Caso não haja notificação em algum mês do trimestre com dano grave e óbito a média será pelos meses que tiveram eventos.

**Monitoramento:** Verificação de prontuário eletrônico, Relatório dos Sistemas de MV PEP e planilhas de notificação de eventos adversos da UTIN/UCIN no sistema utilizado pelo HEJSN e comparar o mesmo com as análises dos Relatórios de Investigação, Análise e Tratativa dos eventos enviadas na Prestação de Contas mensalmente realizando o percentual de tratativas dos eventos com dano grave e óbito. (relatórios gerenciais, evidências documentais – ata de reunião, lista de presença)

**Observação:** A gestão do HEJSN deverá liberar acesso para a CMASS assistencial extrair os relatórios de notificação de evento adverso usado pelo hospital.

O envio deverá ocorrer conjuntamente com as demais informações da prestação de contas

mensal até o 15º dia do mês subsequente.

Este indicador será avaliado a cada trimestre e a valoração deste indicador será de 20%.

### 3.4 - CONTROLE DE INFECÇÃO – TAXA DE ADEQUAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS PRESCRITOS

A resistência microbiana (RM) aos antimicrobianos está entre as dez maiores ameaças a saúde pública mundial da atualidade, uma vez que está tornando tal grupo de medicamentos ineficaz, gerando uma série de consequências diretas e indiretas como, por exemplo, inefetividade de tratamentos preventivos, falta de opção terapêutica para o tratamento de doenças infecciosas, prolongamento do tempo de internação hospitalar, aumento nos custos em saúde e na mortalidade. Considerando que o uso de antimicrobianos promove a seleção de microrganismos resistentes, torna-se imprescindível que ele ocorra de forma responsável e apropriada. Assim, é necessário que as instituições de saúde gerenciem o uso destes medicamentos por meio de um conjunto de ações integradas que promovam o seu uso apropriado, desde o diagnóstico até a utilização (medicamento, dose, duração e via de administração ideais). (6)

O HEJSN irá enviar mensalmente junto à prestação de contas e disponibilizar acesso na Unidade Institucional (F:) - como é feita a de LPP - planilha (.xls) com todos os antibióticos prescritos, no período, passíveis de auditoria do HEJSN, conforme Instrução Normativa SCIH.IN.0024-HEJSN, informando se necessitou de adequação da prescrição ou não e se a intervenção proposta teve adesão.

#### **META:**

1º e 2º Trimestres:

- **Taxa de adequação de antibióticos prescritos  $\geq$  80%**

3º e 4º Trimestres:

- **Taxa de adequação de antibióticos prescritos  $\geq$  90%**

**Monitoramento:** Verificação da planilha encaminhada na Prestação de Contas, do número de antibióticos que necessitaram de adequação, do total de antibióticos prescrito e aplicação do cálculo da Taxa de adequação de antibióticos prescritos. A planilha também deverá conter os dados dos pacientes para que a CMASS faça o monitoramento do indicador. Verificação de prontuário eletrônico, Relatório dos Sistemas de MV PEP e Relatórios MV.

#### **MÉTODO DE CÁLCULO:**

**Taxa de adequação de antibióticos prescritos = (Número de antibióticos adequados /**



### Total de antibióticos utilizados) X 100

O envio deverá ocorrer conjuntamente com as demais informações da prestação de contas mensal até o 15º dia do mês subsequente.

Este indicador será avaliado a cada trimestre e a valoração deste indicador será de 20%.

### 3.5 TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS

A suspensão de cirurgias tem recebido atenção especial de pesquisadores da área da saúde. É de consenso, que este evento pode ser analisado pelas repercussões que envolvem o usuário e as consequências para a instituição de saúde. O cancelamento da cirurgia acarreta prejuízos ao paciente, interferindo no resultado da assistência e na produtividade do serviço. Além disso, implica em custo operacional e financeiro à instituição, consumo de tempo e de recursos materiais, tendo repercussões negativas. Desta forma, mensurar a taxa de suspensões em cirurgia e as razões que levaram a esta conduta é fundamental para minimizar os resultados deletérios para todos os envolvidos.

Evitar a suspensão de cirurgias significa contribuir com o fluxo dos pacientes internamente, permitir o ingresso de outros, evitar o aumento do tempo de internação, prevenindo os eventos adversos que impedem o restabelecimento da saúde dos pacientes. Os benefícios em relação aos recursos financeiros são inquestionáveis.

Este indicador foi mantido, com redução do peso ponderal, devido a importância do mesmo para um hospital com grande volume de procedimentos eletivos e a necessidade de manutenção das ações de vigilância para o pleno funcionamento dos processos relacionados as cirurgias.

#### MÉTODO DE CÁLCULO:

**Taxa de suspensão de cirurgias eletivas\*:  $\frac{\text{número de cirurgias eletivas suspensas}}{\text{número de cirurgias eletivas agendadas}} \times 100$**

\* Cirurgias eletivas são aquelas passíveis de planejamento prévio que não possuem caráter de urgência/emergência.

Número de cirurgias suspensas: É o total de cirurgias suspensas dentro do período analisado cuja causa não dependeu do paciente, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambiente cirúrgico.

Exemplos conforme tabela abaixo entre outros:

Ausência de Cirurgiões
Ausência do Anestesiista
Divergência de Informações entre as Equipes
Erro relacionado ao Agendamento
Falhas relacionadas ao OPME (Compra)
Falta de Acomodações (pós oper. em UTI/enfer)
Falta de Instrumentador
Falta de Material (falhas de CME/contaminação)
Falta de Material (peças faltantes)
Mudança de Conduta Médica
Pré Operatório Incompleto (Itens administrativos)
Preparo Inadequado para Cirurgia
Sem Tempo Hábil/demanda de urgência sobrepos
Problemas com infraestrutura

Quando a suspensão ocorre antes da internação, por motivos extra-pacientes, o dado não deve ser contabilizado. Se houver suspensão no dia da cirurgia, a mesma deverá ser contabilizada.

O HEJSN irá enviar mensalmente junto a prestação de contas ou disponibilizar acesso na Unidade Institucional (F:) - como é feita a de LPP/FARMACOVIGILÂNCIA - planilha (.xls) contendo listagem de **TODOS** os procedimentos cirúrgicos agendados, realizados, suspensos e cancelados no período com seus motivos de suspensão/cancelamento, apontando na análise se o motivo do cancelamento/suspensão é processo, processo - justificável ou paciente. A planilha deverá conter todos os dados dos pacientes para que a CMASS faça o monitoramento do indicador.

Tal análise deverá ser classificada em 3 linhas : Processo, Processo justificável ou Paciente

- Quanto a classificação de suspensão/cancelamento forem **processos justificáveis**, as evidências de justificativa devem ser enviadas.
- Quanto a classificação **paciente** somente será aceita quando a condução do pré-operatório foi adequada e mesmo assim as condições clínicas do paciente não estava adequada a realização do procedimento.

Por sugestão da AEBES, conforme OFÍCIO AEBES HEJSN DIR. GERAL 045/2022, **não serão contáveis** os motivos de cancelamento/suspensão de cirurgia os seguintes motivos, com ajustes para o 70° TA:

- Falta de sangue e hemoderivados na rede, (Com envio de evidências)
- Cirurgia de urgência e emergência que sobrepõe a eletiva, (Com envio de evidências)

- Ausência de vaga de UTI para pós operatório daqueles pacientes com indicação (Desde de que a vaga tenha sido solicitada antecipadamente),
- Mudança de quadro clínico (somente não será contabilizado se o pré-operatório foi conduzido satisfatoriamente e a mudança de quadro clínico não poderia ter sido prevista),
- Evasão do paciente, não comparecimento do paciente no dia da cirurgia marcada
- Óbito/tranferência do paciente
- Entrega equivocada do material consignado (Desde de que comprovada a solicitação adequada pelo cirurgião).

**META:**

**1º e 2º trimestres - Meta: ≤ 5,00%**

**3º e 4º trimestres - Meta: ≤ 4,00%**

Monitoramento: Verificação de prontuário eletrônico, Relatório dos Sistemas de MV PEP, FSCC e planilhas. O envio deverá ocorrer conjuntamente com as demais informações da prestação de contas mensal até o 15º dia do mês subsequente.

Este indicador será avaliado a cada trimestre e a valoração deste indicador será de 10%.

### **3.6 ATENÇÃO AO USUÁRIO: RESOLUÇÃO DE RECLAMAÇÃO**

Entende-se por reclamação a demonstração de descontentamento do cidadão diante do serviço ofertado, com o intuito de reivindicar os direitos relacionados ao atendimento de qualidade.

Todas as reclamações de natureza assistencial registradas (de modo presencial, urna, telefone, e-mail, etc) nos canais de atendimento do hospital, Serviço de Atenção ao Usuário ou Ouvidoria do Hospital, Ouvidoria SESA e outras Ouvidorias públicas. Ainda, as reclamações detectadas na aplicação dos questionários da Pesquisa de Satisfação do Usuário deverão ser enviadas em planilha à Comissão.

A resolução é o conjunto de ações geradas por uma reclamação, no sentido de solucioná-la de modo imediato e em sua causa raiz, a fim de ser encaminhada ao seu autor e à CMASS, como

resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A análise de causa raiz tem como objetivo principal entender a razão da falha e implementar ações corretivas para evitar reincidências. É importante saber diferenciar o que são sintomas e causas falhas que originaram a reclamação, tendo em vista a melhor eficácia na realização das tratativas.

Na verificação mensal da planilha de reclamações do SAU/Ouvidoria serão consideradas como tratativas satisfatórias aquelas que apresentarem respostas completas e coerentes com a reivindicação do usuário e o tratamento da causa raiz (sempre que necessário), demonstrando o processo de apuração e ações corretivas adotadas pelo gestor responsável. A Organização Social deverá apresentar as evidências das tratativas quando da prestação de contas mensal.

As tratativas consideradas pendentes deverão apresentar resposta definitiva em uma única vez, no prazo de até 05 dias úteis, bem como a materialidade das evidências, a partir da data de solicitação de esclarecimentos realizada pela CMASS.

As respostas das tratativas consideradas pendentes também deverão retornar ao cidadão pelo canal de escolha do mesmo, para registro de sua satisfação final pelo SAU/Ouvidoria de Origem.

Serão considerados como instrumentos de gestão para validação das respostas: plano de ação específico, relatórios gerenciais, evidências documentais (ata de reunião, lista de presença, Procedimento Operacional Padrão, fluxograma), entre outros.

Para pontuação do indicador serão consideradas as reclamações que estão dentro da governabilidade da OSS.

Não serão consideradas as reclamações registradas pelo cidadão que apresentem informações insuficientes, de modo que inviabilize ou dificulte a devida apuração e tratativa pela OSS.

As tratativas serão avaliadas e pontuadas conforme a natureza do registro e demanda de resolução. O cidadão pode registrar na mesma ocasião reclamações de distintas naturezas sobre o serviço ofertado, sendo cada uma dessas contabilizada para efeito de cálculo do alcance da meta do indicador. Neste sentido, cada reclamação receberá peso 01.

Reclamações realizadas pelo mesmo cidadão, com a mesma natureza e demanda de resposta serão reunidas e receberão peso 01, ainda que sejam realizadas pelo cidadão em diferentes datas do mês.

Deverá ser registrado mensalmente na Planilha de Reclamações do Serviço de Atendimento ao

Usuário (SAU/Ouvidoria) o cálculo percentual de respostas às reclamações recebidas pelo SAU/Ouvidorias do hospital dentro do prazo de igual ou menor que 10 dias úteis, onde o período a ser considerado será a data da solicitação do usuário à data de retorno da primeira resposta (tratativa).

Para manifestações geradas em Ouvidorias externas e encaminhadas ao hospital, o período a ser considerado será a data de recebimento oficial da manifestação pelo Ouvidoria do hospital à data de retorno desta à Ouvidoria de origem. O interstício de resposta deverá ser registrado na Planilha de Reclamações do SAU/Ouvidoria observando-se o prazo estipulado pela SSEC.

A manifestação deverá ser incluída na planilha referente ao mês em que foi emitida a resposta.

Este indicador foi mantido, com redução do peso ponderal, devido a importância do mesmo para acompanhamento da qualidade da assistência ao usuário.

#### **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\text{RESOLUÇÃO DE RECLAMAÇÕES} = \frac{\text{Número de reclamações resolvidas} \times 100}{\text{Número de reclamações recebidas}}$$

O envio deverá ocorrer conjuntamente com as demais informações da prestação de contas mensal até o 15º dia do mês subsequente.

#### **META:**

- **Resolução ≥ 90% das reclamações recebidas no trimestre.**

Este indicador será avaliado a cada trimestre e a valoração deste indicador será de 10%.

#### **Nota:**

Particularmente, sobre o último mês contratual ou em caso de rescisão do Contrato de Gestão, a avaliação realizada pela CMASS Assistencial se dará da seguinte forma:

- 1 – A OSS deverá realizar entrega de relatório analítico do indicador referente aos últimos três meses junto à entrega da planilha registro de reclamações do SAU/Ouvidoria do último mês de gestão, com as devidas tratativas, considerando a previsibilidade de encerramento do contrato e a impossibilidade de realização da segunda tratativa das reclamações.

#### 4 RESUMO DE METAS E PESOS PERCENTUAIS DOS INDICADORES DE QUALIDADE

Sugestão da CMASS de ajustes de metas, Faixas de desconto\* para não alcance e pesos percentuais dos Indicadores de Qualidade. (\*Faixa de desconto recomendada pela PGE)

METAS QUALITATIVAS 70º TERMO ADITIVO			
INDICADOR	META MENSAL	Peso Ponderal	Faixas de desconto para o não alcance de meta
Protocolo de Identificação do Paciente	<b>Meta: ≥ 80% 1º e 2º trimestres</b>	20%	≥ 80% Não há desconto
	<b>Meta: ≥ 90% 3º e 4º trimestres</b>		Entre 70% a 79.99% (20% de desconto)
Notificação de NEAR MISS	<b>Meta: 1º e 2º Trimestres:</b> (1)Envio mensal de relatório contendo todas as notificações de Near Miss, (2) Treinamento das equipes para sensibilização de Notificação de Near Miss, (3) Análise trimestral dos mais prevalentes. (Itens enviados).	20%	Entre 60 e 69,99% (50% de desconto)
	<b>Meta: 3º e 4º Trimestres:</b> <b>Notificação ≥ 6% de NEAR MISS</b> , - Envio mensal de relatório contendo todas as notificações de Near Miss, - Análise trimestral dos mais prevalentes, - Treinamento das equipes para sensibilização de Notificação de Near Miss		≤ 59,99% ( Desconto total)
Percentual de investigação, análise e tratativas de eventos adversos graves e óbitos da UTIN/UCIN	<b>Meta: ≥ 80% 1º e 2º trimestres</b>	20%	≥ 90% (Não há desconto)
	<b>Meta: ≥ 90% 3º e 4º trimestres</b>		Entre 80% a 89.99% (20% de desconto)
Controle de Infecção – Taxa de adequação de antibióticos prescritos	<b>Meta: ≥ 80% 1º e 2º trimestres</b>	20%	Entre 70 e 79,99% (50% de desconto)
	<b>Meta: ≥ 90% 3º e 4º trimestres</b>		≤ 69,99% ( Desconto total)

			desconto
			≤ 69,99% ( Desconto total)
Taxa de Suspensão de Cirurgias eletivas	<b>1º e 2º Trimestres: Meta: ≤ 5,00%</b>	<b>10%</b>	≤ 5,00% (Não há desconto)
			≥ 5,01 a 6,00% (20% desconto)
			≥ 6,01 a 7,00% (50% desconto)
			≥ 7,01% desconto total
	<b>3º e 4º Trimestres: Meta: ≤ 4,00%</b>		≤ 4,00% (Não há desconto)
			≥ 4,01 a 5,00% (20% desconto)
			≥ 5,01 a 6,00% (50% desconto)
			≥ 6,01% desconto total
Resolução de Reclamação	<b>Meta: Resolução ≥ 90% das reclamações recebidas no trimestre</b>	<b>10%</b>	≥ 90% (Não há desconto)
			Entre 80% a 89,99% (20% de desconto)
			Entre 70 e 79,99% (50% de desconto)
			≤ 69,99% ( Desconto total)

Caso o período destes Indicadores excedam quatro trimestres, as metas a serem alcançadas permanecerão conforme valores dos último trimestre (4º trimestre).

O quadro abaixo sintetiza os indicadores de qualidade, sua forma de apresentação e suas metas a serem alcançadas pelo Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves - HEJSN, para o 70º TA para avaliação do repasse financeiro de 10% do valor do Contrato de Gestão, referente à parte variável.

INDICADOR	MEIO DE APRESENTAÇÃO	PARÂMETRO/META
Segurança do Paciente: <b>Protocolo de Identificação do Paciente</b>	Meio eletrônico planilha (.xls) os checklists (scaneados) do protocolo de identificação do paciente preenchidos	<b>1º e 2º trimestres - Meta: ≥ 80%</b> <b>3º e 4º trimestres - Meta: ≥ 90%</b>
Segurança do Paciente: <b>Notificação de NEAR MISS</b>	Planilha (.xls) de TODOS os near miss notificados no período; Lista de Presença (escaneada) dos treinamentos realizados para sensibilização de notificação de Near Miss.Arquivo do treinamento ministrado (conteúdo programático). - Análise trimestral dos mais prevalentes.	<b>Meta: 1º e 2º Trimestres:</b> <b>7 Itens:</b> – Envio mensal de relatório contendo todas as notificações de Near Miss, - Análise trimestral dos mais prevalentes, - Treinamento das equipes para sensibilização de Notificação de Near Miss.  <b>Meta: 3º e 4º Trimestres:</b> <b>Notificação ≥ 6%</b> de NEAR MISS, - Envio mensal de relatório contendo todas as notificações de Near Miss, - Análise trimestral dos mais prevalentes, - Treinamento das equipes para sensibilização de Notificação de Near Miss
Segurança do Paciente: <b>Percentual de investigação, análise e tratativas de eventos adversos graves e óbitos da UTIN/UCIN</b>	Planilha (.xls) de TODOS os eventos adversos (óbitos, danos graves moderados, leves, e sem dano) da UTIN/UCIN notificados no período pelo sistema / formulários de notificação e APRESENTAR relatório de investigação, análise e tratativas dos eventos classificados como grave e óbito.	<b>1º e 2º trimestres - Meta: ≥ 80%</b> <b>3º e 4º trimestres - Meta: ≥ 90%</b>
Controle de Infecção – <b>Taxa de adequação de antibióticos prescritos</b>	Planilha (.xls) com todos os antibióticos prescritos, no período, passíveis de auditoria do HEJSN, conforme Instrução Normativa SCIH.IN.0024-HEJSN, informando se necessitou de adequação da prescrição ou não e se a intervenção proposta teve adesão.	<b>1º e 2º trimestres - Meta: ≥ 80%</b> <b>3º e 4º trimestres - Meta: ≥ 90%</b>
<b>Taxa de Suspensão de Cirurgias</b>	planilha (.xls) contendo listagem de TODOS os procedimentos	<b>1º e 2º trimestres - Meta: ≤ 5,00%</b>



<p align="center"><b>Eletivas</b></p>	<p>cirúrgicos agendados, realizados, suspensos e cancelados no período com seus motivos de suspensão/cancelamento, apontando na análise se o motivo do cancelamento/suspensão foi processo, processo - justificável ou paciente . Envio de evidências quando couber.</p>	<p align="center"><b>3º e 4º trimestres - Meta: ≤ 4,00%</b></p>
<p>Atenção ao usuário: <b>Resolução de Reclamação</b></p>	<p>Planilha de reclamação do SAU/Ouvidoria contendo as tratativas e plano de ação específico (relatórios gerenciais, evidências documentais – ata de reunião, lista de presença)</p>	<p align="center"><b>Meta: ≥ 90% respondidas</b></p>



**Elaborado por :**

**Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Serviços de Saúde – HEJSN**

**Iara Cristina Lage de Rezende**  
Enfermeira – Membro CMASS

**Jeane Cristina B. P. da Silva**  
Enfermeira – Membro CMASS

**Leticia Jorge de Freitas**  
Farmacêutica – Membro GECORP

**Telma Pereira Salomão**  
Assistente Social – Membro CMASS

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BITTAR, O.J.N.V. Revista Administração em Saúde RAS \_ Vol. 3, Nº 12 – Jul-Set, 2001.  
Disponível: <https://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf>
2. Agenda for change – Characteristics of Clinical Indicators. Joint Commission. QRB – Quality Review Bulletin, v. 15, n. 11, 1989.
3. Instrução Normativa AEBES-HEJSN - Código: GR.IN.0004 TÍTULO: POLÍTICA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NO HEJSN.
4. Amaro. M.A.C – Revista Enferm. Foco 2020;11(5):172-8 NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS NEAR MISS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Disponível: <https://biblioteca.cofen.gov.br>
5. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180317.  
Disponível: <https://www.scielo.br/>
6. ANVISA- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. Revisão 2023. Disponível: <https://www.gov.br/anvisa>

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

**JEANE CRISTINA BATISTA PESSOA DA SILVA**

ENFERMEIRO - QSS  
NECAM - SESA - GOVES  
assinado em 23/04/2024 15:24:05 -03:00

**TELMA PEREIRA SALOMÃO**

ASSISTENTE SOCIAL - DT  
NECAM - SESA - GOVES  
assinado em 23/04/2024 15:23:12 -03:00

**IARA CRISTINA LAGE**

MEMBRO (COMISSAO DE MONITO.E AVALIA.PARA FISCA.DOS  
CONTRAT)  
SESA - SESA - GOVES  
assinado em 23/04/2024 15:36:33 -03:00

**LETÍCIA JORGE DE FREITAS**

FARMACEUTICO - QSS  
NECAM - SESA - GOVES  
assinado em 23/04/2024 15:26:28 -03:00



**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 23/04/2024 15:36:33 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por JEANE CRISTINA BATISTA PESSOA DA SILVA (ENFERMEIRO - QSS - NECAM - SESA - GOVES)  
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-KL35BK>