

Orientações para as Comissões de Monitoramento Regional quanto ao Mapa de Indicadores do Auxílio Financeiro Santa Casa SUSstentável - 2019.

Contextualização

O “Auxílio Financeiro Santa Casa SUSTentável” foi instituído pela SES-SP por meio da Resolução SS nº. 13 de 05 de fevereiro de 2014, com o propósito de contribuir para o desenvolvimento de um parque hospitalar de referência, no Estado de São Paulo, capaz de prestar serviços de saúde de qualidade e resolutivo, de média e alta complexidade.

Essa Norma Técnica foi alterada posteriormente pela **Resolução SS - 95, de 24-11-2017**, com o intuito de promover adequações visando maior controle e fiscalização no cumprimento das metas estabelecidas para as Instituições participantes.

A **Resolução SS nº 13/2014**, no Artigo 8º, e em posteriores alterações, estabeleceu a constituição de:

- Comissões de Monitoramento Regionais - CMR, com a participação de técnicos dos DRS, em especial das áreas de Planejamento, Contratação de Serviços de Saúde e Auditoria e, ainda, por representantes do Hospital e do Gestor Municipal quando for o caso.
- Comissão de Monitoramento Estadual (CME), composta por técnicos da Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS), Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS), Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira (CGOF), COSEMS e FEHOSP.
- Núcleo Técnico Executivo - NTE, subordinado à CRS.

O NTE propôs a criação de um Mapa de Indicadores para o monitoramento dessa Estratégia, composto por indicadores de Qualificação da Gestão e indicadores de Produção. Esse Mapa de Indicadores foi aprovado por meio da Resolução SS nº 39, de 09 de março de 2014, alterada posteriormente pela Resolução SS nº. 46, de 15 de maio de 2015, e pela Resolução SS nº. 02 de 01 de fevereiro de 2017. Conta com 24 indicadores de “Qualificação da

Gestão” e 11 indicadores de “Produção”. Está hospedado no site da CROSS, módulo indicador. A CROSS é responsável pelo suporte técnico e manutenção do software.

A competência do monitoramento é exclusiva das respectivas CMR, cabendo ao NTE assegurar que os critérios e pontuações estabelecidos sejam empregados por todas as CMR, visando isonomia na avaliação dos Hospitais que participam dessa Estratégia, evitando qualquer subjetividade na avaliação.

O NTE consolida as avaliações e submete a CEM, que tem competência, com base nesse desempenho, propor ao Titular da Pasta critérios para manutenção, supressão e a exclusão dos valores propostos aos hospitais.

A proposta de revisão das orientações para as Comissões de Monitoramento Regionais, quanto ao Mapa de Indicadores do Auxílio Financeiro Santa Casa SUSstável, faz-se oportuna tendo em vista que ainda persistem alguns equívocos de interpretação e/ou dificuldades de avaliações.

Objetivo

O objetivo principal desse manual é fundamentar regras gerais e específicas a serem adotadas pelas Comissões de Monitoramento Regional, com a finalidade de orientar os representantes da Gestão e das Instituições envolvidas quanto a correta apresentação da documentação comprobatória requerida em cada um dos indicadores e de padronizar a rotina de monitoramento, com o intuito de assegurar isonomia na avaliação de todos os serviços envolvidos na estratégia “Santa Casa SUSstável”.

As regras gerais, apresentadas abaixo, referem-se a orientações cabíveis para o conjunto dos indicadores, em especial sobre a clareza e concisão dos dados apresentados. Em relação às orientações específicas, diversos indicadores permanecem com as mesmas orientações, mas alguns tiveram sua redação revista com o propósito de torná-las mais claras, evitando assim

qualquer subjetividade em relação ao que mede cada indicador, qual a documentação a ser apresentada bem como os critérios de pontuação.

Regras Gerais

- 1- Documentos como relatórios, atas e informações anexados no Portal CROSS (indicadores), precisam obrigatoriamente ter a identificação da Instituição com a data do período a que se refere, devem ainda contar com a devida identificação e assinatura do(s) responsável pela informação.
- 2- Nos indicadores que medem taxas e índices, a nota atribuída é referente ao trimestre. Lembramos que não é correto utilizar média de taxas.
- 3- A nota atribuída no trimestre deve seguir a pontuação proposta em cada um dos indicadores.
- 4- Algumas informações se repetem em indicadores distintos e devem guardar a exata correlação.
Exemplo- "paciente dia", aparece na fórmula da taxa de ocupação e na média de permanência.
- 5- Os relatórios anexados devem estar legíveis e serem compatíveis com o requerido para o respectivo indicador.
- 6- Não anexar documentação estranha ao item.
- 7 - Atentar para que os relatórios sejam anexados em ordem de paginação e em formato que permita sua análise sem que tenha que ser impresso e montado.

Orientações Específicas:

● **Indicador A1 – CNES atualizado**

Manter as informações de RH, equipamento e estrutura física do estabelecimento, atualizadas mensalmente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

Anexar mês a mês os seguintes documentos:

1 - Relatório com a data da última atualização do CNES. Pode ser anexado "Print screen" da tela do computador com a última atualização do CNES.

2 - Documento da instituição relatando as atualizações feitas no período, informando mensalmente as ocorrências relativas à área física, equipamentos e RH. Quando for o caso pode ser anexado o documento encaminhado ao gestor solicitando que sejam feitas as atualizações.

Pontuação:

Será atribuído 01 ponto por mês, quando anexados os dois documentos.

Não nos três meses	= 00
Sim em 01 mês	= 01
Sim em 02 meses	= 02
Sim nos três meses	= 03

Observação - na maioria das instituições participantes foi feita auditoria comparando "in loco" as informações constantes no CNES. Sugerimos que as comissões verifiquem junto à auditoria essas informações.

● **Indicador A2 – CID secundário**

Informar mensalmente o número de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, com diagnósticos secundários preenchidos e o total de AIH no mesmo período, discriminados por especialidade. (pediatria, obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica). Na especialidade Obstétrica pode ser informado o CID secundário do RN. Considerar aqui as AIH apresentadas.

O resultado deve ser > ou = a 25%.

Exemplo:

Mês 01: AIH pediatria com CID secundário = 124; Total de AIH = 190

Mês 02: AIH pediatria com CID secundário = 076; Total de AIH = 148

Mês 03: AIH pediatria com CID secundário = 062; Total de AIH = 128

Como calcular: $\frac{124}{190} + \frac{076}{148} + \frac{062}{128} = \frac{262}{466} \times 100 = 56,22\% (>25\%) = 01 \text{ ponto}$

O cálculo é trimestral, 01 ponto por especialidade.

Além da digitação dos valores no sistema, deve-se anexar a informação referente ao total de AIH apresentadas no período por especialidade e número de AIH com CID secundário preenchido. Essa informação refere-se a internações SUS.

● **Indicador A3 – Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Pré-Hospitalar, das informações dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências.**

Os recursos existentes são cadastrados no Portal CROSS Módulo Pré-Hospitalar, mediante aprovação do DRS no processo de implantação.

A unidade deve informar, duas vezes ao dia, à partir das 07 horas e das 19 horas, a disponibilidade dos recursos para atendimento de urgência. Os hospitais com a “porta referenciada” também precisam atender esse indicador.

As Informações são extraídas do Portal CROSS, Módulo Pré-Hospitalar. Número de atualizações realizadas no mês (numerador) dividido pelo número de atualizações esperadas (denominador), multiplicado por 100.

O percentual atingido é então pontuado.

Pontuação: $\geq 90\%$	= 05
$< 90\%$ e $\geq 70\%$	= 02
$< 70\%$	= 00

● **Indicador A4 – Atendimento de urgência e emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação, nas 24hs, nos 07 dias da semana.**

Este indicador contabiliza a quantidade de solicitações de urgência e emergência respondidas pela unidade receptora, através do Módulo de Urgências, utilizando a funcionalidade Executante tipo II.

O cálculo avalia se houve resposta da unidade no prazo, até 59 minutos e 59 segundos. Ao atribuir a opção de pendência a unidade terá outro prazo de 59 minutos e 59 segundos para responder novamente.

O sistema extrai diretamente do Módulo de Urgências o número das solicitações respondidas dentro do prazo (numerador) que é dividido pelo número de solicitações encaminhadas, via Executante II, (denominador), multiplicado por 100.

O percentual atingido é então pontuado.

Pontuação: $\geq 90\%$	= 05
$< 90\%$ e $\geq 70\%$	= 02
$< 70\%$	= 00

● **Indicador A5 – Atualização diária, no Portal CROSS, da ocupação dos leitos hospitalares.**

Os leitos são cadastrados no Portal CROSS Módulo de Leitos e AIH, mediante aprovação do DRS, no processo de implantação.

A unidade deve atualizar diariamente o mapa de leitos, registrando a entrada, alteração e saída dos pacientes.

Numerador: contabiliza quantidade de internações realizadas no mês, que foram inseridas em até um dia após a data real do evento (internações realizadas no período retroativo igual ou inferior à 24h).

Denominador: contabiliza o total de internações no mês, realizadas no Módulo Regulação de Leitos ou Leitos com AIH.

O percentual atingido é então pontuado.

Pontuação:	≥ 90%	= 05
	< 90% e ≥ 70%	= 02
	< 70%	= 00

● **Indicador A6 – Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial, da recepção dos pacientes agendados.**

Informação no Portal CROSS - Módulo Ambulatorial, dos dados referentes à recepção, para consultas, exames e procedimentos.

O indicador mede se a unidade está informando, em até 03 (três) dias úteis após a consulta, exame ou procedimento, o lançamento da recepção.

Numerador: contabiliza o total de recepções (presença/ausência/dispensado/desistente), que foram lançadas, no Módulo Ambulatorial, em até 03 (três) dias úteis após a data em que o paciente estava agendado.

Denominador: contabiliza o total de pacientes agendados, no Módulo Ambulatorial, para a unidade no mês.

O percentual atingido é então pontuado.

Pontuação:	≥ 90%	= 05
	< 90% e ≥ 70%	= 02
	< 70%	= 00

● **Indicador A7 – Disponibilização mensal da agenda no Módulo de Regulação Ambulatorial, no Portal CROSS.**

Informação no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial, da liberação da agenda mensal de consultas, exames e procedimentos, conforme cronograma determinado pelo Grupo de Regulação (CRS).

O indicador mede se a unidade disponibilizou as agendas do mês corrente com a antecedência, até o dia 24 referente ao mês subsequente.

Exemplo: as agendas do mês de maio devem ser liberadas até o prazo limite de 24 de março.

Numerador: O sistema extrai diretamente do Módulo Ambulatorial o número total de horários de consultas, exames e procedimentos, ou seja, as agendas disponibilizadas e distribuídas dentro do prazo.

Denominador: contabiliza o somatório do total de horários de exames, procedimentos e consultas, ou seja, as agendas configuradas de primeira consultas, interconsulta, exames e procedimentos, multiplicado por 100.

O percentual atingido é então pontuado.

Pontuação: $\geq 90\%$ = 05
 $< 90\%$ e $\geq 70\%$ = 02
 $< 70\%$ = 00

● **Indicador A8 – Protocolo de Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco**

Implantar Protocolo de Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco, quando da prestação de serviços de pronto atendimento, urgência e emergência ou da inserção em alguma das Redes de Atenção que determina essa ação, a todos os pacientes. Aplica-se também a Instituições com porta referenciada. Deve se caracterizar como uma prática efetiva na coordenação do cuidado e consequentemente um disparador permanente para avaliação dos processos de trabalho que compõem a produção deste cuidado.

- Deverá ser anexado, mensalmente, o relatório quantitativo dos atendimentos e a respectiva classificação, em papel timbrado da Instituição, com identificação e assinatura do profissional que a elaborou.
- Deverá ainda ser anexada, em pelo menos uma das três competências, cópia integral do Protocolo, devidamente atualizado e assinado.

A avaliação considera os seguintes parâmetros:

Pontuação	Parâmetros Quantitativos	Parâmetros Qualitativos
Não Implantado	Quando o Hospital não disponibiliza documentação comprobatória da implantação do indicador, como a cópia do Protocolo de Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e cópia do relatório quantitativo dos atendimentos com o descritivo das classificações.	Acesso e acolhimento comprometido. Atenção parcial da demanda manifesta pelo paciente.
Em Implantação	Quando o Hospital disponibiliza a cópia do Protocolo e relatório com classificação parcial (não apresentou as estatísticas de TODOS os atendimentos de pronto atendimento, urgência e emergência ou Redes). Observação: Apenas cópia do Protocolo não será considerado como em "implantação", porque configura tão somente a intenção de implantar.	Acesso e acolhimento comprometido. Atenção parcial da demanda manifesta pelo paciente.
Implantado	Quando o Hospital apresenta as estatísticas da classificação de todos os pacientes atendidos no período e pelo menos uma cópia integral do Protocolo.	Acesso e acolhimento garantido. Integralidade na atenção. Fortalecida a gestão do cuidado.
Pontuação	Implantado= 2 pontos Em implantação= 1 pontos Não Implantado = 0	

As unidades receberão apoio e acompanhamento sistemático dos Articuladores de Humanização para a implantação deste indicador, por meio de visitas, reuniões técnicas, acompanhamento remoto, apoio técnico.

● **Indicador A9 – Alta Responsável**

O indicador consiste no processo de planejamento da efetiva saída do usuário do ambiente de tratamento hospitalar, considerando os seguintes itens para unidades hospitalares:

1. Revisão de protocolos, fluxos, instrumentos de registros de alta hospitalar e encaminhamento à rede de atenção, para melhorar a comunicação entre os profissionais.
2. Investir na qualificação dos processos de orientação aos usuários e familiares/cuidadores, visando produzir corresponsabilização destes no cuidado à saúde durante e após a alta hospitalar.
3. Participação nas discussões com DRS e municípios de referência.
4. Criar e/ou investir na organização de Equipes de Alta Qualificada e/ou Gestão de Altas e Núcleos Internos de Regulação, como áreas hospitalares responsáveis pelas articulações internas e externas.
5. A avaliação considera os seguintes parâmetros:

Pontuação	Parâmetros Quantitativos	Parâmetros Qualitativos
Não implantado 00 ponto	Nenhum item identificado	- Não participação nas discussões sobre alta responsável com DRS e municípios de referência; - Ausência de movimentos para revisão de fluxos e instrumentos de alta e encaminhamento para a rede de assistência. - Ausência de processos de qualificação de orientação para a alta e encaminhamento para a rede de assistência aos usuários e familiares/cuidadores.
Em implantação 01 ponto	Itens de 01 a 03 em processo de implantação	- Participação esporádica nas discussões sobre alta responsável com DRS e municípios de referência; - Índícios de processo de revisão de fluxos e instrumentos de registros de alta e encaminhamento para a rede de assistência. - Alguma qualificação nos processos de orientação para a alta e encaminhamento para a rede de assistência aos usuários e familiares/cuidadores.
Implantado 02 pontos	Itens de 01 a 04 implantados	-Participação frequente nas discussões sobre alta responsável com DRS e municípios de referência; -Efetiva revisão dos fluxos e instrumentos de registros de alta e encaminhamento para a rede de assistência. -Processos de orientação aos usuários e familiares/cuidadores para a alta e encaminhamento qualificado para a rede de

		assistência. -Equipes de "alta responsável" criadas e em funcionamento.
--	--	--

As unidades recebem apoio e acompanhamento sistemático dos Articuladores de Humanização para a implementação deste indicador.

A articuladora de Humanização é a responsável pela inserção das informações no sistema, inserção essa trimestral.

● **Indicador A10 – Custo por Absorção**

Trata-se de uma metodologia de cálculo dos custos da empresa/hospital. Custos por absorção incluem em seu cálculo todos os custos, fixos e variáveis, diretos e indiretos, que são rateados (absorvidos) pelos produtos/serviços/centro de custos.

Para melhor compreensão, segue alguns conceitos básicos:

Centro de Custo

- são unidades ou setores de uma empresa/hospital onde se gera algum produto.

- são exemplos de **Centro de Custo** e seus respectivos **produtos**:

- Centro Cirúrgico – produto: cirurgias realizadas
- Maternidade – produto: partos realizados
- Ala de Internação – produto: paciente-dia
- UTI – produto: paciente-dia
- Radiologia – produtos: RX; tomografia; ultrassonografia; ressonância magnética; etc.
- Nutrição e dietética: produtos: refeições servidas; garrafas de café servidas; etc.
- Lavanderia: kg de roupa lavada
- Limpeza: metros quadrados limpos

Custos podem ser:

Fixos – são aqueles que não variam se houver mudança na quantidade de atendimento realizado. Ex. folha de pagamento.

Variáveis – oscilam de acordo com o número de atendimento realizado. Ex- OPM/Medicamentos

Direto – aqueles itens vinculados a um produto específico. Ex- filme de RX (vinculado exclusivamente ao setor da radiologia).

Indireto – itens relacionados a diversos setores e que variam de acordo com o volume de atendimento realizado. Ex: Água/Luz/Telefone/Administração/Roupas/Refeições/etc. Esses custos carecem de rateios entre todos os setores ou Centro de Custos que utilizam esses itens. Esse rateio é proporcional ao seu consumo.

O Hospital deverá apresentar alguns relatórios de custo, priorizando:

- custo paciente dia por especialidade (clínica médica; cirúrgica com e sem MAT/MED; pediatria; obstetrícia);
- custo leito-dia de UTI;
- custo hora do centro cirúrgico;
- custo hora do centro obstétrico;
- custo por atendimento em Pronto Socorro;
- custo da consulta médica com e sem exames - SADT;
- custo de alguns exames tomografia, ressonância, ultrassonografia, endoscopia digestiva, colonoscopia, RX, os de maior relevância pelo volume e ou custo.
- custo por procedimento: parto, alguns procedimentos cirúrgicos (herniorrafias, amigdalectomia/, etc) o que tiver maior frequência naquele Hospital de acordo com as prioridades determinadas pelo DRS e pelos gestores municipais.

Para alguns dos custos unitários apresentados devem trazer a memória contendo todos os custos diretos, indiretos, fixos e variáveis que contribuíram na sua apuração.

Para comprovar o indicador devem ser apresentados 02 relatórios.

- 1- O primeiro deve conter a relação dos principais procedimentos/produtos e o custo apurado de cada um deles, na competência informada.
Ex: Custo unitário do RX, hemograma, cirurgia de catarata, hernioplastia, parto normal, consulta médica; diária de UTI neonatal, sessão de hemodiálise, etc.
- 2- O outro relatório deve trazer a relação de todos os custos que foram absorvidos (diretos/indiretos, fixos e variáveis) de cada um dos procedimentos escolhidos pela Comissão, detalhando todos os valores recebidos do rateio (memória de cálculo).

Exemplo de informações necessárias para os relatórios:

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS NO RELATÓRIO 1

Identificação do Hospital:

Endereço:

Município:

Responsável pelas informações:

Competência:

CUSTO POR ABSORÇÃO DOS PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS/PRODUTOS

Diárias	Setor	Custo dia
	Clínica Médica	
	Clínica Obstétrica	
	Clínica Pediátrica	
	Clínica cirurgica	
	Clínica psiquiátrica	
	UTI adulto	
	UTI neo	
	UTI ped	
	Outras	
Hora	Setor	Custo hora
	Centro cirurgico	
	Centro obstétrico	
	Outro	
Atendimento	Setor	Custo atendimento
	Pronto Atendimento	
	Pronto Socorro	
	Consulta Médica	
	Outros	
Exames	Tipo	custo unitário
	ultrassonografia	
	Tomografia	
	Ressonancia Magnética	
	RX	
	Endoscopia	
	Colonoscopia	
	ECG	
	EEG	
	Hemograma	
	Urina tipo I	
	Anatomo patológico	
	Outros	
Tratamentos amb.	Procedimento	custo unitário
	sessão de hemodiálise	
	sessão de DPI	
	sessão de QT	
	campo de RT	
	outros	
Tratamentos cirurgicos	Procedimento	custo unitário
	Apendicectomia	
	colecistectomia	
	hernioplastia	
	histerectomia	
	varizes	
	parto cesariano	
	outros	
Tratamentos clínicos	procedimentos	custo unitário
	parto normal	
	ICC	
	IAM	
	outros	
Outros procedimentos	procedimentos	custo unitário

Assinatura do responsável pelas informações.....

Coordenadoria de Regiões de Saúde

Núcleo Técnico Executivo

São Paulo

Março de 2019

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS NO RELATÓRIO 2

Identificação do Hospital:		
Endereço:		
Município:		
Responsável pelas informações:		
Competência:		
CUSTO POR ABSORÇÃO DOS PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS/PRODUTOS		
CUSTO UNITÁRIO DO PROCEDIMENTO		
DETALHAMENTO		
PESSOAL MÉDICO E NÃO MEDICO	Custo	
salário/folha		
encargos sociais		
benefícios		
outros (detalhar quais)		
Subtotal		
MATERIAL E MEDICAMENTO USO DIRETO AO PACIENTE	Custo	
medicamentos		
material hospitalar		
OPME		
dieta enteral e parenteral		
gases medicinais		
outros (detalhar quais)		
Subtotal		
MATERIAL DE CONSUMO DE USO GERAL (RATEIO)	Custo	
uniformes		
enxoval		
lavanderia		
higiene e limpeza		
material de escritório/impressos		
material de informática		
alimentos e dietas (copa e cozinha)		
outros materiais de copa e cozinha		
combustíveis		
transportes		
outros (detalhar quais)		
Subtotal		
SERVIÇOS (RATEIO)	Custo	
manutenção		
limpeza		
segurança		
jardinagem		
processamento das contas		
outros (detalhar quais)		
Subtotal		
OUTROS (RATEIO)	Custo	
locação de imóveis		
locação de equipamentos		
água		
luz		
telefone		
seguro predial		
outros (detalhar quais)		
Subtotal		
TOTAL		
Assinatura do responsável pelas informações.....		

Será considerado:

“em implantação” - quando a instituição comprovar que apurou os custos de cada um dos seus Centros de Custo (Ex. Custo do Centro Cirúrgico/UTI/Ala de Internação/Lavanderia/Nutrição e Dietética/etc), sem ainda ter conseguido definir os custos de cada um dos produtos/procedimentos. Ex. Sabe o custo total do Centro de Custo da Radiologia, mas ainda não apurou o custo de cada um dos seus produtos como: RX; Tomografia/US/RM, etc. Porém esta situação de “implantação” será considerada apenas temporariamente (no máximo por 3 competências).

“implantado” - quando apresentar os dois tipos de relatórios, ou seja, o de custos de cada um dos produtos/procedimentos prioritários (1) e o que demonstre a utilização da metodologia de Custos por Absorção (relatório com a memória de todos os custos diretos/indiretos/fixos/variáveis), **dos procedimentos selecionados** (2).

“não implantado” - qualquer outro documento, como por exemplo: capacitação; relatório de despesas; etc - não configuram fases de implantação, apenas demonstram intenção de implantar.

Relatório das despesas não significa relatório de custos por absorção.

Pontuação: SIM = 02
Em implantação = 01
NÃO = 00

● **Indicador A11 – Política Estadual de Humanização (PEH)**

A11.1 – Constituição de interlocução em Humanização:

Constituição de **Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)** ou **Comissão de Humanização**.

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um espaço de encontro de pessoas interessadas em discutir as dificuldades e potencialidades do trabalho, compartilhar o cotidiano, acolher e debater as diferenças. Buscando por meio do diálogo, da análise e da negociação, propostas que permitam, de fato, melhorias nos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde, legitimadas por gestores e trabalhadores.

Constituição de **Centro Integrado de Humanização (CIH)** conforme Resolução SS - 116, de 27/11/2012.

Designação de pelo menos um profissional responsável pela coordenação do CIH com dedicação exclusiva e interlocução nos diversos setores e serviços da unidade.

A11.2 – Elaboração e Acompanhamento de Plano Institucional de Humanização (PIH) - conforme Resolução SS - 116, de 27-11-2012:

A formulação do PIH anual deverá:

- a. Identificar e analisar necessidades em gestão e atenção em saúde a partir das informações levantadas junto ao GTH, Comissões de Humanização ou CIH e áreas técnicas da unidade;
- b. Desenvolver ações a partir das diretrizes da Política Nacional de Humanização (ex.: Acolhimento, Defesa dos Direitos dos Usuários etc.) e dispositivos da PEH (ex.: Alta Responsável);
- c. Promover ações considerando o trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a grupalidade e o cuidado ampliado;
- d. Considerar as principais necessidades da unidade, assim como a análise de informações expressas na voz do usuário e do profissional (Ouvidoria, Conte Comigo, Pesquisa de Satisfação do Usuário do SUS, dispositivos de gestão participativa etc.);
- e. Ser implementado e incorporado ao planejamento institucional da unidade;
- f. Prever estratégias que favoreçam a integração da unidade aos demais serviços de saúde da região.

FLUXO DE AVALIAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR

Documentos comprobatórios para análise do Indicador e inserção no CROSS:

1º Trimestre:

1. Plano Institucional de Humanização (PIH);
2. Relatório A11.1 (Relatório de constituição e atividades de equipe)
3. Relatório de acompanhamento do indicador da PEH

Conforme modelos do Núcleo Técnico de Humanização.

2º, 3º e 4º Trimestres:

1. Relatório A11.2 (Relatório de constituição e atividades de equipe e Relatório de acompanhamento do PIH – unificados no mesmo documento);
2. Relatório de acompanhamento do indicador da PEH

Responsáveis pela elaboração dos documentos comprobatórios:

- Responsável pela elaboração do PIH, dos relatórios (A11.1 e A11.2) e envio para o Articulador de Humanização: equipe da instituição de saúde
- Responsável pela elaboração do Relatório de acompanhamento do indicador da PEH e inserção dos documentos no CROSS: Articulador de Humanização
- Responsável pela validação do indicador: Comissão Regional de Monitoramento

Pontuação:

A partir dos relatórios enviados trimestralmente, serão considerados 3 aspectos relevantes na pontuação do indicador, sendo:

1. A formação e continuidade das grupalidades de acordo com o item A11.1;
2. A formulação e acompanhamento do PIH de acordo com o item A11.2;
3. O apoio sistemático às unidades de saúde nos itens A11.1 e A11.2, pela Rede de Articuladores e Núcleo Técnico de Humanização da SES/SP, que se dá pela produção de agenda compartilhada de trabalho em Humanização.

Indicador da Política Estadual de Humanização	Pontuação
Inexistência nos seguintes aspectos: grupalidades, PIH e apoio sistemático da Rede de Articuladores e Núcleo Técnico de Humanização da SES/SP, de acordo com as orientações A11.1 e A11.2.	0
Adequação dos aspectos: grupalidades, PIH e apoio sistemático da Rede de Articuladores e Núcleo Técnico de Humanização da SES/SP, mas com necessidade de qualificação de acordo com as orientações A11.1 e A11.2.	1
Qualificação dos aspectos: grupalidades, PIH e apoio sistemático da Rede de Articuladores e Núcleo Técnico de Humanização da SES/SP, de acordo com as orientações A11.1 e A11.2.	2

• Indicador A12 – Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar)

Medir a proporção de AIH apresentadas no mês subsequente à alta do paciente.

- Numerador: Número de AIH apresentadas com alta no mês de competência
- Denominador: Total de AIH apresentadas no mesmo período

Apresentar dados por competência (mês) e avaliar o alcance do trimestre.

	1º mês	2º mês	3º mês	Total
AIHs apresentadas no mês de competência				
Total de AIHs apresentadas no mesmo período				

Pontuação: ≥ de 80% = 03 pontos
 80% e ≥ 70% = 01 ponto
 < de 70% = 00 pontos

● **Indicador A13 – Apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato a realização do procedimento (APAC)**

Medir a proporção de APAC apresentada no mês subsequente à alta do paciente.

- Numerador: Número de APAC apresentadas no mês de competência.
- Denominador: Total de APAC apresentadas no mesmo período.

Apresentar dados por competência (mês) e avaliar o alcance do trimestre.

	1º mês	2º mês	3º mês	Total
Número de APAC com apresentação do mês de referência				
Total de APAC apresentadas no período				

Pontuação: ≥ de 80% = 03 pontos
 < 80% e ≥ 70% = 01 ponto
 < de 70% = 00 pontos

Obs – quando a unidade não emitir APAC, pontuará com nota máxima.

● **Indicador A14 – Caracterização correta do caráter da internação: urgência (caráter 2 à 6) / eletiva (caráter 1) por amostragem**

Avaliar a caracterização das AIH utilizando amostra aleatória de, no mínimo, 10% do total de AIH apresentadas no trimestre e avaliando, uma a uma, se caráter registrado é compatível com o registro no prontuário.

- Numerador: Número de AIH selecionadas no mês (amostra).
- Denominador: Total de AIH com caráter de internação adequado.

Apresentar dados por competência (mês) e avaliar o alcance do trimestre.

	1º mês	2º mês	3º mês	Total
AIHs selecionadas				
Total de AIHs com caráter correto				

Pontuação: ≥ de 80% = 02
 < 80% e ≥ 70% = 01
 < de 70% = 00

Caso a quantidade de AIHs avaliadas seja menor que 10% do total de AIHs apresentadas na competência, a entidade pontuará com nota 0 (zero) no trimestre.

● **Indicador A15 - Comissões**

Verificar atuação das comissões obrigatórias.

Não basta anexar apenas a constituição da comissão perante o CRM. Comprovar a atuação com ATA datada, identificação da unidade e assinatura dos membros participantes.

PERIODICIDADE: – A periodicidade pode ser estabelecida pelo regimento interno de cada comissão. (pelo menos uma dentro do trimestre de avaliação). Quando é apresentada a justificativa de que não houve reunião de alguma das comissões nos três meses, por falta de quórum, considerar como comissão não atuante.

A15. 01 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA: conforme RESOLUÇÃO Nº CFM 1.657/2002, alterada pela RESOLUÇÃO Nº CFM 1.812/2007; , RESOLUÇÃO CREMESP Nº 161/2007.

É sigilosa não sendo pertinente solicitar a ATA, porém requerer que seja anexado um resumo, relatório, que comprove sua atuação sem que haja identificação dos envolvidos. Algumas comissões só se reúnem sob demanda, podendo o presidente da comissão, informar que naquele mês não houve reunião por não ter ocorrido demanda.

A15. 02 COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR: não basta apenas anexar os dados compilados pelo CCIH, é necessário apresentar ATA da reunião da comissão datada, com identificação da unidade e assinatura dos membros participantes.

A15. 03 COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS: RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017, RESOLUÇÃO CREMESP Nº 114/2005.

A Comissão de Revisão de Óbitos deverá avaliar a **totalidade** de óbitos e dos laudos necroscópicos quando existirem. Não devem ser considerados como ATA da Comissão de Óbitos, por exemplo, as ATAs das Comissões de investigação de Mortalidade Infantil e ou Materna.

Pontuação por comissão: Sim = 0,5
Não = 00

A15. 04 COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS: conforme RESOLUÇÃO Nº CFM 1.638/2002.

Compete à Comissão de Revisão de Prontuários, observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel, conforme a Resolução do CFM.

●Indicador A16 – Comissão Intra-Hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante

RELATÓRIO MONITORADO PELA CENTRAL DE TRANSPLANTES DA SES

São 2 Indicadores:

1. Relatório Mensal de Atividades (Anexo I)
2. Preenchimento on-line do Formulário Informativo de Óbitos - link http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=16841 (Anexo II)

Etapas:

- Hospital preenche e envia o Relatório Mensal de Atividades (Anexo I) para a Central de Transplantes com cópia para sua Organização de Procura de Órgãos e tecidos (OPO) de referência - equivale 1 ponto
Este Relatório é retroativo, pois ele relata todas as atividades da CIHDOTT do mês anterior.
Este Relatório pode ser enviado até o dia 20 do mês seguinte.
Importante- "Pedimos que respeitem esta data limite sob pena de não pontuação da instituição"
(Ex.: Relatório de Setembro pode ser enviado até o dia 20 de outubro)
Relatório enviado no prazo ainda passará por correção e precisa ser corrigido caso haja necessidade até o dia 28 do mês em questão para ser VALIDADO.

O arquivo deve ser enviado em Excel para correção. O assunto do e-mail e o arquivo devem ser salvos com nome do hospital aparecendo seguido de mês e ano. Da mesma forma, citar o hospital no texto do e-mail bem como a função de quem o envia. A OPO de referência do hospital deve ser copiada no e-mail enviado.

- Hospital preenche on-line o Formulário Informativo de Óbitos (Anexo II) - equivale 1 ponto
O Formulário Informativo de Óbitos precisa ser preenchido em tempo real do óbito na UTI ou de último caso no mês que aconteceu o óbito.
Qualquer profissional pode acessar o Link http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=16841 e preencher os dados.
A identificação do preenchimento da instituição e feita através de um relatório extraído mensalmente através do site FORMSUS através do número do CNES de cada instituição
- Hospital que preenche e envia os dois anexos (I e II), no site Cross fica com status SIM
- Hospital que preenche ou envia somente um dos anexos, no site Cross fica com status PARCIAL
- Hospital que não preenche e nem envia nenhum dos anexos, no site Cross fica com status NÃO

Em suma o responsável da instituição pelo Indicador A16 do Programa Santa Casa Sustentável precisa:

1. Enviar o Relatório Mensal de Atividades para a Central de Transplantes para o e-mail manascimento@saude.sp.gov.br (Marcelo - Indicadores) com cópia para sua OPO de referência até o dia 20 do mês e até dia 28 para correção.
2. Preencher o Formulário Informativo de Óbitos on-line no link http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=16841 em tempo real conforme forem acontecendo os óbitos nas UTIs e Pronto Socorro.

Estaremos a disposição para quaisquer esclarecimento (11) 3224-6377.

● **Indicador A17 – Plano de atendimento a desastres com múltiplas vítimas**

Plano tem como finalidade "estabelecer regras de bom funcionamento em eventualidades deste tipo, respeitando particularidades de cada instituição. Objetiva-se que estas diretrizes de funcionamento minimizem o caos e a confusão, que frequentemente, se estabelecem durante este tipo de ocorrência".

O Plano apresentado deve ser o da instituição, identificando seus fluxos, responsáveis pelo acionamento do plano, atuação esperada para cada setor, com

assinatura dos responsáveis pela elaboração do Plano. (pelo menos um dentro do trimestre de avaliação).

Deverá ser atualizado periodicamente (mínimo bianual).

Pontuação: Sim = 02
Em implantação = 01
Não = 00

● **Indicador A18 – Alvará da Vigilância Sanitária (VISA)e Auto de Vistoria Corpo de Bombeiros (AVCB)**

VISA – alvará válido para o período avaliado

AVCB – válido para o período avaliado

Pontuação por alvará/auto: Sim = 01 ponto
Não = 00 ponto

Não deve ser pontuado quando apresentado apenas projeto com as etapas necessárias/prevista para obtenção do laudo.

Será pontuado quando apresentar o AVCB das áreas assistenciais.

● **Indicador A19 – Taxa de suspensão de cirurgias por motivo administrativo.**

Indica a proporção de cirurgias SUS suspensas por motivo extra paciente.

Necessário informar total de cirurgias SUS agendadas (eletivas) e totais de cirurgias SUS suspensas por motivos administrativos (mês a mês).

A taxa é calculada para o trimestre.

Anexar relação nominal das cirurgias suspensas com os motivos.

Fundamental ter a informação referente aos 03 meses do período de avaliação.

Numerador: Número de cirurgias suspensas por motivos administrativos

Denominador: Total de cirurgias agendadas no mesmo período

Pontuação: ≤ 10% = 02 pontos
> 10% a ≥ 15% = 01 ponto
> 15% = 00 ponto

Obs; as cirurgias de urgência não devem ser computadas no total de cirurgias realizadas, considerar nesse indicador apenas as eletivas.

● **Indicador A20 – Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulação.**

Mede o percentual de resposta negativa ou sem resposta da unidade às solicitações de urgência e emergência demandadas pela Central de Regulação, através do Módulo de Urgências – Executante Tipo II (ferramenta do módulo que permite, via sistema, que o caso seja encaminhado pelo médico regulador à unidade executante).

Este indicador mede o índice de recusa e sem resposta, dos casos solicitados pela Central de Regulação à unidade.

Numerador: O sistema extrai diretamente do Módulo de Urgências o número das solicitações respondidas como negativas ou sem respostas, entre aquelas que foram encaminhadas, por meio da ferramenta Executante Tipo II.

Denominador: número de solicitações encaminhadas, por meio da ferramenta Executante Tipo II, multiplicado por 100.

O percentual atingido é então pontuado de acordo com score adotado.

Pontuação:	00% a \leq 10%	= 05 pontos
	> 10% \leq 30%	= 02 pontos
	> 30%	= 00 pontos

● **Indicador A21 – Percentual de Vaga Zero determinada pela Central de Regulação.**

Mede o percentual de vaga zero determinada pela Central de Regulação à unidade dentro das solicitações de urgência e emergência demandadas pela mesma, no Módulo de Urgências, através do Executante Tipo II (ferramenta do módulo que permite, via sistema, que o caso seja encaminhado pelo médico regulador à unidade executante).

Este indicador mede o índice de vaga zero da unidade, sendo que o desejável é que a unidade receba os casos encaminhados pela Central de Regulação espontaneamente, não necessitando que a Central determine o aceite do caso de maneira impositiva.

Numerador: Contabilizar todas as fichas finalizadas pelo Regulador, no Módulo de Urgência, com a finalização VAGA ZERO, desde que tenha sido enviado solicitação para a unidade por meio da ferramenta Executante Tipo II, que tenha sido recusada pela unidade ou não tenha sido respondida em até 01 (uma) hora, ou tenha tido seu status alterado para pendente sem resposta em até 01(uma) hora.

Denominador: Número de solicitações encaminhadas, por meio da ferramenta Executante Tipo II, multiplicado por 100.

O percentual atingido é então pontuado.

Pontuação:	00% a ≤ 10%	= 05 pontos
	> 10% a ≤ 30%	= 02 pontos
	> 30%	= 00 ponto

• **Indicador A22 – Educação permanente, capacitações e treinamentos.**

Verificar participação e/ou aplicação de cursos e treinamentos para os profissionais de saúde (qualificação da assistência) ou da administração (qualificação da gestão). Apresentação de relatório mensal informando os cursos, treinamentos, capacitações realizadas, número de funcionários participantes. Apresentar ainda lista de presença.

Pontuação:	Sim	= 02 pontos
	Não	= 00 pontos

Observa-se que algumas instituições colocam apenas recepção a novos funcionários e treinamentos relacionados com a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) nesse item. Nessa situação o indicador não deve ser considerado como atendido.

• **Indicador A23 – Balanco Patrimonial**

Anexar cópia **integral** do Balanço Patrimonial aprovado do ano anterior, em pelo menos um dos três meses da avaliação e cópia da Declaração da Análise Econômica e Financeira, com base no dia 31 de dezembro do ano anterior, ou seja, do mesmo Balanço, devendo ser preenchida em papel timbrado da instituição e conter a identificação e assinatura do contador que a elaborou.

A Declaração deve trazer os Índices de Liquidez Corrente, Liquidez Geral e Solvência Geral, devidamente calculado, e deve conter a indicação do ano do Balanço, onde os dados foram extraídos.

Dados baseados em Balancetes não serão considerados.

• **A23.1 – Liquidez Corrente**

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

• **A23.2 – Liquidez Geral**

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}$$

• **A23.3 – Solvência Geral**

$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}$$

Pontuação: > 01 = 02 pontos
= 01 = 01 ponto
< 01 = 00 ponto

Obs: não fazer aproximações dos resultados obtidos

● **Indicador A24 – Relação enfermeiro leito.**

Essa taxa refere-se ao número de enfermeiros e não de pessoal de enfermagem, ligados à área assistencial. Não deverão ser computados os enfermeiros de áreas administrativas nem os afastados por um período acima de 15 dias.

Devem ser computados leitos complementares (UTI, cuidados intermediários).

Deve ser informada a relação enfermeiro leito do hospital como um todo (considerando os leitos SUS, convênios e particulares) e o total de enfermeiros das áreas assistenciais (pela dificuldade ou impossibilidade de identificar enfermeiros ou carga horária de enfermeiros, dedicadas apenas aos leitos SUS). Como informado no CNES.

Pontuação: ≥ 0,36 = 02 pontos
 < 0,36 = 00 pontos

● **Indicador B1 – Taxa de alcance da produção conveniada/contratada**

Verificar o percentual de agrupamentos (SIA + SIH) que tiveram produção igual ou superior a 95% da meta FÍSICA contratada.

O Núcleo Técnico Executivo determinou uma matriz de agrupamento para os procedimentos ambulatoriais e de internação, a ser utilizado por todos os hospitais (conforme modelo abaixo).

O uso dessa matriz proporciona isonomia na análise dos dados entre os diversos serviços.

Os dados da meta física contratada devem ser obtidos nos contratos/convênios ou serem fornecidos por Ofício pelo gestor.

Os dados da produção podem ser obtidos de diferentes formas, sendo a principal delas, por meio de relatório do sistema de processamento ambulatorial e hospitalar (SIA/SIHD).

Quando não for possível ser extraído pelo gestor dessas bases de dados o hospital deverá encaminhar a produção apresentada agrupada conforme a matriz, cabendo

a Comissão de Monitoramento conferir com os dados de produção aprovada pelo TABWIN e revisar a pontuação, caso haja necessidade de alteração.

O que deve ser feito é a análise dos agrupamentos e não do somatório da produção.

Entende-se como “conforme” o agrupamento que obteve $\geq 95\%$ da meta física contratada.

Meta:
$$\frac{\text{Número de agrupamentos com alcance de 95\% ou mais}}{100} \times \text{Número de agrupamentos contratados}$$

Pontuação: $\geq 90\% = 03$ pontos
 $< 90\% \text{ a } \geq 80\% = 02$ pontos
 $< 80\% \text{ a } \geq 70\% = 01$ ponto
 $< 70\% = 00$ ponto

Matriz de monitoramento proposta:

Para a área ambulatorial deverão ser utilizados os agrupamentos propostos no Manual de Monitoramento disponível no site da SES-SP, apenas para os procedimentos financiados pelo teto MAC.

Na área hospitalar deverá ser considerada a especialidade do leito (CM/CP/CO/etc) e a complexidade da assistência (MC e AC).

SANTA CASA SUSTENTÁVEL - Indicador B.1

DRS:

Nome do Estabelecimento:

CNES:

Mês de competência:

Matriz de Monitoramento Ambulatorial (MAC) - FÍSICO

Agrup Cdg	Agrupamentos*	Contratado	Produzido	% de alcance	sim/não **
01	Coleta de material				
02	Diagnóstico em laboratório clínico				
03	Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia				
04-01	SADT - Mamografia				
04-02	SADT - RX				
04-03	SADT - Radiologia (outros)				
04-04	SADT - Ultrassonografia				
04-05	SADT - Tomografia				
04-06	SADT - Ressonância Magnética				
04-07	SADT - Medicina Nuclear				
04-08	SADT - Endoscopia				
04-09	SADT - Radiologia intervencionista				
05	Diagnósticos em especialidades				
06-01	Hematologia e Hemoterapia - diag e proced espec				
06-02	Hemoterapia				
07	Diagnóstico por teste rápido				
08	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos				
09	Fisioterapia				
10	Tratamentos clínicos (outros)				
11-01	RT				
11-02	QT				
12-01	TRS - DPI				
12-02	TRS - HD				
12-03	TRS - DPA				
12-04	TRS - Outros				
12-05	TRS - Catéter/Fístula				
12-06	TRS - OPM:				
13	Trat odontológicos				
14-01	Litotripsia				
14-02	Terapias especializadas (outros)				
15	Pequenas cirurgias				
16-01	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico				
16-02	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço				
16-03	Cirurgia do aparelho da visão				
16-04	Cirurgia do aparelho circulatório				
16-05	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal				
16-06	Cirurgia do sistema osteomuscular				
16-07	Cirurgia do aparelho geniturinário				
16-08	Cirurgia de mama				
16-09	Cirurgia obstétrica				
16-10	Cirurgia torácica				
16-11	Cirurgia reparadora				
16-12	Cirurgia bucomaxilofacial				
16-13	Cirurgias (outras)				
17	Anestesiologia				
18-01	TX - Coletas e exames				
18-02	TX - Ações relacionadas				
18-03	TX - Processamento de tecidos				
18-04	TX - Transplante				
18-05	TX - Acompanhamento				
18-06	TX - OPM:				
19	OPM				
	Total do Ambulatório				

* o agrupamento está definido no Manual de Monitoramento da SES

**

Sim: quando a produção for igual ou superior a 95% da meta contratada

Não: quando a produção for inferior a 95% da meta contratada

Denominador

- Leitos-dia no mês em clínica médica (CNES)
- Leitos-dia no mês em clínica cirúrgica (CNES)

Pontuação: $\geq 85\%$	= 03 pontos
85% a $\geq 70\%$	= 02 pontos
$< 70\%$ a $\geq 60\%$	= 01 ponto
$< 60\%$	= 00 pontos

Apresentar dados por competência, por mês e avaliar o alcance trimestral.

Não devem ser consideradas as internações em enfermarias de pediatria ou de obstetrícia.

Tampouco devem ser consideradas as internações em hospital-dia ou enfermaria do Pronto-Socorro ou UTI.

No caso de enviar os dados nas planilhas de sistemas de informação, informar a que tipo de leito se referem os quartos / leitos.

● **Indicador B03 – Taxa de ocupação de leitos de Terapia Intensiva – Adulto**

Avalia o grau de utilização de leitos

- Numerador: Pacientes-dia no mês em UTI – Adulto (no Tabwin está como dias de permanência).
- Denominador: Leitos-dia no mês em UTI – Adulto (CNES).

Pontuação: $\geq 90\%$	= 03 pontos
$< 90\% \geq 80\%$	= 02 pontos
$< 80\% \geq 70\%$	= 01 ponto
$< 70\%$	= 00 ponto

Apresentar dados por competência, por mês e avaliar o alcance trimestral.

Considerar as UTI – Adulto II e III e UCO II e III

● **Indicador B04 – Tempo médio de permanência - especialidade clínica**

Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital

- Numerador: Pacientes-dia no mês em clínica médica (no Tabwin está como dias de permanência).
- Denominador: Total de saídas no mês em clínica médica

Pontuação: < 07 dias	= 02 pontos
≥ 07 dias < 10 dias	= 01 ponto
> 10 dias	= 00 pontos

Apresentar dados por competência, por mês e avaliar o alcance trimestral.

Não devem ser consideradas as internações em enfermarias de pediatria ou de obstetrícia.

Tampouco devem ser consideradas as internações em hospital-dia ou enfermaria do Pronto-Socorro ou UTI.

No caso de enviar os dados nas planilhas de sistemas de informação, informar a que tipo de leito se referem os quartos / leitos.

● **Indicador B05 – Tempo médio de permanência - especialidade clínica cirúrgica**

Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital.

- Numerador: Pacientes-dia no mês em clínica cirúrgica (no Tabwin está como dias de permanência)
- Denominador: Total de saídas no mês em clínica cirúrgica

Pontuação: < 07 dias	= 02 pontos
≥ 07 dias < 10 dias	= 01 ponto
> 10 dias	= 00 pontos

Apresentar dados por competência, por mês e avaliar o alcance trimestral.

Não devem ser consideradas as internações em enfermarias de pediatria ou de obstetrícia.

Tampouco devem ser consideradas as internações em hospital-dia ou enfermaria do Pronto-Socorro ou UTI.

No caso de enviar os dados nas planilhas de sistemas de informação, informar a que tipo de leito se referem os quartos / leitos.

● **Indicador B06 – Tempo médio de permanência - UTI Adulto**

Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital.

Numerador: Pacientes-dia no mês em UTI – Adulto (no Tabwin está como dias de permanência).

Denominador: Total de saídas no mês em UTI – Adulto.

Pontuação: < 07 dias = 02 pontos
 ≥ 07 dias < 10 dias = 01 ponto
 > 10 dias = 00 pontos

Apresentar dados por competência, por mês e avaliar o alcance trimestral.

Considerar as UTI – Adulto II e III e UCO II e III

Como sugestão para facilitar os cálculos, os dados referentes aos itens B02 a B06 podem ser apresentados na mesma tabela:

	1º mês	2º mês	3º mês	Total
Pacientes-dia em clínica médica				
Pacientes-dia em clínica cirúrgica				
Pacientes-dia em UTI – Adulto				
Leitos-dia em clínica médica				
Leitos-dia em clínica cirúrgica				
Leitos-dia em UTI – Adulto				
Total de saídas em clínica médica				
Total de saídas em clínica cirúrgica				
Total de saídas em UTI – Adulto				

Para as taxas do trimestre, utilizar os totais do trimestre para a realização dos cálculos.

Verificar se as informações solicitadas em mais de um indicador são iguais.

● **Indicador B07 – Taxa de Mortalidade institucional**

Mede a mortalidade ocorrida após as primeiras 24 horas da admissão hospitalar.

Numerador: Total de óbitos ocorridos após 24hs da admissão do paciente.

Denominador: Total de saídas no mesmo período.

Considerar saídas as altas, óbitos, transferência externa, evasão. **Transferências internas não são conceitualmente consideradas saídas para o cálculo de mortalidade.**

Apresentar dados por competência, por mês e avaliar o alcance trimestral.

	1º mês	2º mês	3º mês	Total
Número de óbitos após 24hs convênios/particulares				
Número de óbitos após 24hs SUS				
Total de óbitos				
Número de saídas convênios/particulares				
Número de saídas SUS				
Total de saídas				

As observações referentes à gravidade, complexidade ou faixa etária atendida pela instituição podem e devem ser feitas, porém a pontuação não deve ser diferente da pontuação atingida.

Pontuação: ≤ 03% = 02 pontos
> 03% a ≤ 05% = 01 ponto
> 05% = 00 ponto

Pode ser aceita a informação da taxa de mortalidade institucional de todo o hospital (SUS+ convênios+ particulares) ou apenas dos pacientes SUS. Uma vez feita a opção, esta deverá ser mantida durante todo o período de vigência do convênio.

Necessário informar qual a opção feita.

Verificar se o número de saídas é a mesma informada nos outros indicadores (B-10) quando a taxa informada for referente a pacientes SUS.

● **Indicador B08 – Comunicação de infecção hospitalar (GVE/CVE)**

Anexar mensalmente o relatório padronizado pelo GVE/CVE. Será considerado quando nos 03 meses for anexado o relatório padronizado pelo GVE/CVE com data.

Não deve ser considerado o relatório da CCIH do hospital.

Pontuação: Sim = 02 pontos
Não = 00 ponto

Se houver falha em um ou dois meses, pontuar 0.

● **Indicador B09 – Incidência de Queda**

Mede a situação na qual o paciente não intencionalmente vai ao chão ou a um plano mais baixo.

O cálculo indicado na literatura é:

Numerador: Número de quedas em determinado período
Denominador: Número de pacientes /dia no mesmo período.

O resultado deverá ser multiplicado por 1.000

Pontuação:	$\leq 02\%$	= 02 pontos
	$> 02\%$ a $\leq 08\%$	= 01 ponto
	$> 08\%$	= 00 ponto

Apresentar dados por competência, por mês e avaliar o alcance trimestral.

● **Indicador B10 – Índice de Rotatividade**

Mede o número de pacientes que utilizaram o mesmo leito em um mesmo período. Aqui considerar apenas a rotatividade dos leitos **SUS**. Estamos medindo a rotatividade dos leitos gerais, não são computados nesse indicador os leitos complementares.

Numerador: Total de saídas **SUS** em determinado período.
Denominador: Número de leitos **SUS** no mesmo período

Considerar saídas as altas, óbitos, transferência externa, evasão. Transferências internas não são conceitualmente consideradas saídas no cálculo do Índice de Rotatividade.

Verificar se o número de leitos e o número de saídas são os mesmo informados nos outros indicadores que exigem essa mesma informação.

Pontuação:	≥ 04	= 02 pontos
	< 04 e ≥ 03	= 01 ponto
	< 03	= 00 ponto

Apresentar dados por competência, por mês e avaliar o alcance trimestral.

Indicador B11 – Índice de uso da sala cirúrgica

Mede o número médio de cirurgias realizadas por sala, por dia.

Considerar o número de salas cirúrgicas informadas no CNES, 07 dias por semana e 24hs por dia.

Computar o total de cirurgias realizadas, SUS, convênios e particulares. As cirurgias ambulatoriais não devem ser computadas.

Especificar o número de cirurgias realizadas para o SUS, para convênios e particulares.

Numerador: Número total de cirurgias realizadas no período.

Denominador: Número de salas cirúrgicas multiplicado pelo número de dias no período (total de dias e não apenas dias úteis).

Pontuação:	≥ 03	= 02 pontos
	< 03 e ≥ 02	= 01 ponto
	< 02	= 00 ponto

Apresentar dados por competência, por mês e avaliar o alcance trimestral.

Referências e bases legais

Política Estadual de Humanização- PEH

1. Resolução SS-03, de 09 de janeiro de 2012, que institui o **Núcleo Técnico de Humanização** como instância da Secretaria de Estado da Saúde responsável pela coordenação do desenho e implementação da Política Estadual de Humanização, assim como pela coordenação e acompanhamento do Programa de Apoio e Formação em Humanização.
2. Resolução SS-07, de 20 de janeiro de 2012, que dispõe sobre o **Programa de Apoio Técnico e Formação em Humanização** no Estado de São Paulo, acompanhamento das equipes responsáveis pela humanização e monitoramento dos resultados alcançados com a implementação da Política Estadual de Humanização – PEH.
3. Deliberação CIB nº 23 de 25 de maio de 2012 que aprova a **Política Estadual de Humanização – PEH**.
4. Resolução SS 116 de 27 de novembro de 2012 que dispõe sobre as **diretrizes para implementação da Política Estadual de Humanização nos serviços hospitalares, ambulatoriais e outros tipos de serviços** no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: grupo de trabalho de humanização: GTH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

ANEXO I

Hospital
Endereço
E-mail:
Tel. / Insc. Est. Isento

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES

RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES

Mês:

Total de Óbitos:

Faixa Etária				
Faixa etária	PCR		ME	
	Nº	%	Nº	%

Menor de 2 anos				
> 2 até 18 anos				
> 18 até 40 anos				
> 40 até 60 anos				
> 60 até 70 anos				
> 70 anos				
Total				

**Óbitos com Parada
Cardiorespiratória:**

Total de Óbitos Hospitalares (PCR)	0	%	
Óbitos hospitalares sem contra-indicação à doação de tecidos			número de óbitos hospitalares sem contra-indicação médica para doação / óbitos hospitalares x 100.
Entrevistas realizadas			(Entrevistas realizadas / Óbitos hospitalares sem contra-indicação médica para doação x 100)
Entrevistas não realizadas			(Entrevistas não realizadas / Óbitos hospitalares sem contra-indicação médica para doação x 100)

Consentimento Familiar			(Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100)
Recusas			(Recusas familiares / Entrevistas realizadas x 100)
Contra-indicação Médica			número de óbitos hospitalares com CIM / nº total de óbitos hospitalares em PCR x 100.

**Causas da não Efetivação da
Doação de Tecidos:**

Relacionadas à Entrevista Familiar	Nº	Motivos Médicos	Nº
Desconhecimento do desejo do potencial doador		Desconhecimento da causa base do óbito	
Potencial doador contrário, em vida, à doação		Portador de neoplasia	
Familiares indecisos		Sorologia positiva	
Familiares desejam o corpo íntegro		Fora da faixa etária	
Familiares descontentes com o atendimento		Tempo máximo para retirada ultrapassado	
Receio de demora na liberação do corpo		Sepse	
Convicções religiosas		Trauma com lesão do tecido a ser doado	
Outros		Outras condições impeditivas	

Aspectos Logísticos ou Estruturais	
Equipe de retirada não disponível	
Deficiência estrutural da instituição	
Familiares não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

Óbitos com Morte Encefálica:

	Nº	%	
Total de ocorrências (Morte Encefálica)			
Entrevistas realizadas			(Entrevistas realizadas / Óbitos em morte encefálica sem contra indicação médica para doação x 100)
Entrevistas não realizadas			(Entrevistas realizadas / Óbitos em morte encefálica sem contra indicação médica para doação x 100)
Efetivação da doação			(efetivação de doação /entrevista realizada x 100)
Consentimento Familiar			(Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100)
Recusas			(Recusas familiares / Entrevistas realizadas x 100)

Causas da não Efetivação da Doação de Órgãos:

Relacionadas à Entrevista Familiar	Nº	Motivos Médicos	Nº
Desconhecimento do desejo do potencial doador		Desconhecimento da causa M.E	
Potencial doador contrário, em vida, à doação.		Portador de neoplasia	
Familiares indecisos		Sorologia positiva	
Familiares desejam o corpo íntegro		Fora da faixa etária	
Não entendimento do diagnóstico de morte encefálica		Instabilidade hemodinâmica	
Familiares descontentes com o atendimento		Parada cardíaca	
Receio de demora na liberação do corpo		Sepse	

Convicções religiosas		Outras condições impeditivas	
Outros			

Aspectos Logísticos ou Estruturais	Nº
Equipe de retirada de órgãos não disponível	
Deficiência estrutural da instituição	
Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de especialistas	
Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de equipamentos	
Familiares não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

Atividades de Educação e Divulgação

Atividade	Quantidade	Datas
Palestras		
Campanhas		
Reuniões		
Entrevistas à imprensa		
Capacitações		

Dr./Enf.
CIHDOTT –
Médico/Enfermeiro - Coordenador
Coren:

ANEXO II

Estatísticas do Sistema Estadual de Transplantes-SP

Transplantes do Estado de São Paulo

Carvalho Aguiar, 188. Térreo.

ctrans@saude.sp.gov.br (11) 3066-8591

Central de

Avenida Doutor Enéas de

*** Preenchimento Obrigatório**

Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.

Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Dados Institucionais

1) **Estabelecimento de Saúde (Digitar Número CNES): ***

2) **Municípios de São Paulo:**

3) **Telefone: ***

Informe ddd e número - apenas números

4) **Responsável pelo preenchimento? ***

Nome do Responsável pelo Preenchimento deste Formulário.

Dados Paciente

5) **Número de Prontuário: ***

6) **Idade:**

7) **Sexo: ***

- Masculino
 Feminino

Informações Relacionadas ao Atendimento

8) **Causa da Internação: ***

9) **Glasgow: ***

Glasgow no momento da internação na unidade de crítico

10) **Etiologia da Lesão Neurológica:**

11) **Causas da Morte no Atestado de Óbito/IML: ***

Se a morte não tinha causa definida, preencher no campo abaixo SVO.

12) **Data óbito:**

13) **Setor do óbito: ***

Informações Relacionadas ao Dia do Óbito

14) **Causa do Coma Estava Definido? ***

- Sim
- Não
- Não se aplica

15) **Paciente sem Sedação por 6 horas antes do óbito? ***

- Sim
- Não
- Não se aplica

16) **Paciente Apresentava Temperatura menor que 35°C no momento do óbito? ***

- Sim
- Não
- Não se aplica

17) **Paciente Apresentava Sódio Sérico Maior que 155 mEq/l ou Menor que 120 mEq/l? ***

- Sim
- Não
- Não se aplica

18) **Paciente Apresentava Poliúria? ***

- Sim
- Não
- Não se aplica

19) **Paciente Apresentava Hipotensão (Menor que 90x60 mmHg)? ***

- Sim

- Não
- Não se aplica

20) **Paciente Apresentava Hipertensão Intracraniana?**

- Sim
- Não
- Não se aplica

Informações Relacionadas a Última Evolução Médica e de Enfermagem antes da PCR

21) **Coma sem resposta? (para glasgow 3): ***

- Sim
- Não
- Não se aplica

22) **Reflexo Pupilar Presente? ***

- Sim
- Não

23) **Reflexo de Tosse Presente? ***

- Sim
- Não

24) **Foi Aberto Protocolo de Morte Encefálica? ***

- Sim
- Não

25) **Foi Realizado Teste de Apneia? ***

- Sim
- Não

26) **Foi Realizado Exame Complementar do Diagnóstico de Morte Encefálica? ***

- Sim
- Não

Gravar

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1

