



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

**GERÊNCIA DE CONTRATUALIZAÇÃO DA REDE PRÓPRIA
NÚCLEO ESPECIAL DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS ORGANIZAÇÕES
SOCIAIS
COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
ASSISTENCIAL**

**MANUAL DE INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL
DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO**

HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Última revisão em setembro de 2021



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

1 INTRODUÇÃO

Este documento descreve os indicadores qualitativos que serão avaliados pela Secretaria Estadual da Saúde - SESA, para o repasse de 10% do valor de custeio do Contrato de Gestão em seus respectivos trimestres de apuração, para subsidiar o Edital de Convocação Pública em Parceria com Organização Social de Saúde - OSS para operacionalização do Hospital Estadual de Urgência e Emergência – HEUE. A Comissão de Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde – CMASS Assistencial manterá o acompanhamento mensal de cada indicador com posterior encaminhamento através do relatório mensal ao Núcleo Especial de Avaliação e Monitoramento das Organizações Sociais – NEAMOS e à OSS.

O prazo para entrega das informações sobre estes indicadores à CMASS é até o dia 15º dia do mês subsequente.

A CMASS Assistencial do HEUE fará análise dos dados recebidos através do sistema de prontuário eletrônico informatizado, relatórios padronizados pela Contratante, entre outros que se fizerem necessários.

Os indicadores de qualidade, referentes à parte variável do contrato que serão monitorados inicialmente são:

Quadro 1.

INDICADORES DE QUALIDADE		META PROPOSTA	PESO PERCENTUAL
Atenção ao Usuário	Resolução de Reclamações	≥ 85%	12,5%
	Satisfação do Usuário	≥ 90%	12,5%
Implantação de protocolos clínicos		100% das atividades previstas no período	25%
Taxa de cancelamento de cirurgia eletiva		≤10%	25%
Melhoria do processo de captação e manutenção de doadores de órgãos e tecidos		Envio de relatório diário para CIHDOTT Envio de relatório para a CMASS com as atividades 1, 2 e 3	25%



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

2 IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES DE QUALIDADE

O indicador é uma pista, uma informação primeira sobre algo de significado mais amplo. Ele torna evidente e perceptível uma tendência ou a existência de um fenômeno não imediato ou facilmente detectável. Assim, indicador é um sinal, um sintoma, que nos dá condição de conhecer algo com razoável grau de certeza. O indicador revela, evidencia e se constitui não somente na medição, mas a um nível de avaliação e interesse no fenômeno detectado.

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.

3 METAS E INDICADORES

Para Edital de Convocação Pública para Parceria com Organização Social de Saúde - OSS serão propostos os indicadores relacionados abaixo. Estes serão avaliados quanto ao cumprimento da meta para o pagamento da parte variável do Contrato de Gestão que será celebrado entre a SESA e a OSS, visando dar melhoria contínua na qualidade da assistência ao usuário.

Abordaremos nos próximos itens o conceito e a metodologia aplicada para a avaliação e mensuração dos indicadores de qualidade propostos.

3.1 ATENÇÃO AO USUÁRIO

A Política Nacional de Humanização institui as Ouvidorias/SAU (Serviço de Atendimento do Usuário) que vem com o intuito de sistematizar as demandas que recebe de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico para a tomada de decisão. Ela orienta, encaminha, acompanha a demanda e responde ao cidadão sobre as providências adotadas.



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

Considerando os critérios de humanização que visa à valorização e o respeito à dignidade da pessoa usuária do serviço de saúde, familiar/acompanhante ou não, ou até mesmo o próprio usuário que ali trabalha, garantindo assim condições humanizadas para um atendimento em ambiente hospitalar.

É com este conceito de humanização que a CMASS Assistencial realizará o acompanhamento e monitoramento das manifestações realizadas no Ouvidoria/SAU para que este realmente inspire a credibilidade, a ética e o respeito ao cidadão. Assim, os indicadores de qualidade relacionados à atenção ao usuário contribuem na produção de informações que podem auxiliar na identificação dos pontos fortes e de fragilidade da instituição.

A Ouvidoria/SAU deverá encaminhar um relatório mensal para cada indicador e os dados consolidados em planilha da pesquisa de Satisfação e Resolução de Reclamações, que serão avaliadas mensalmente, mas o período para a análise final do cumprimento da meta do indicador será trimestral, com consequente ajuste sobre o repasse financeiro caso não seja atingida a meta pactuada.

A valoração do indicador ATENÇÃO AO USUÁRIO será de 25%, sendo que destes 12,5% se referem ao indicador RESOLUÇÃO DE RECLAMAÇÕES e os outros 12,5 % ao indicador SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.

Este indicador ATENÇÃO AO USUÁRIO serve como uma ferramenta gerencial que a OS utiliza para melhorar a qualidade da assistência ao usuário, com o foco na família e no paciente.

A OS deverá informar os locais das urnas distribuídas no hospital e de forma visível e acessível ao usuário.

3.1.1 Resolução de Reclamações

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 registradas nos canais de serviço de atenção ao usuário (SAU/Ouvidorias/Urna) e as detectadas na aplicação dos formulários de Pesquisa de Satisfação, deverão ser enviadas em planilha à Comissão de Monitoramento. Para pontuação do indicador serão consideradas as reclamações que estão dentro da governabilidade da Organização Social.



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

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 da OUVIDORIA/SAU 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. Sempre que solicitado pela Comissão, o gestor deverá apresentar as evidências das tratativas.

As respostas consideradas pendentes, que necessitam de nova tratativa, deverão ser apresentadas de forma definitiva no prazo de até 05 dias úteis, bem como a materialidade das evidências, a partir da data de solicitação de esclarecimentos realizada pela CMASS.

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

Mensalmente a Ouvidoria/SAU deverá apresentar 10% da amostra total das entrevistas de satisfação do usuário dos setores de: ambulatório, Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico SADT/ exames internos e externos, Atendimento de urgência e emergência, Internação na UTI adulto geral. Deverá apresentar também a pesquisa original preenchida, onde contenha os dados de identificação do usuário e sua opinião.

Deverá ser registrado mensalmente na Planilha de Reclamações Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) o cálculo percentual de respostas às reclamações recebidas pelo SAU/Ouvidoria SESA, dentro do prazo **igual ou menor que 07 dias úteis**, onde o período a ser considerado será a data da solicitação do usuário à data de retorno da primeira resposta (tratativa). As tratativas consideradas pendentes deverão ser respondidas no prazo de até **05 dias úteis** e devendo retornar ao cidadão pelo canal de escolha do mesmo, a fim de registrar sua satisfação final na planilha.



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

O relatório mensal para este indicador e os dados consolidados em planilha, deverão ser encaminhado a CMASS na prestação de contas do mês vigente.

A forma de cálculo deste indicador, em %, será:

Fórmula de Cálculo

Resolução de Reclamações= (número de reclamações resolvidas/ número de reclamações recebidas) x 100

META: ≥ 85% de resolução das reclamações recebidas no trimestre, relacionadas a todos os setores do hospital.

Nota: Excepcionalmente no 1º trimestre a avaliação pela CMASS Assistencial se dará da seguinte forma:

- 1º mês contratual: Entrega de Relatório descritivo com a apresentação da metodologia de trabalho a ser desenvolvida pela Ouvidoria/SAU da OS à Comissão de monitoramento;
- Para o segundo e o terceiro mês contratual do primeiro trimestre e para os demais trimestres, a análise seguirá conforme metodologia descrita acima.

3.1.2 Satisfação do Usuário

A Pesquisa de Satisfação do Usuário destina-se à avaliação da percepção do usuário sobre a qualidade do serviço prestado pelo hospital e deverá ser realizada mensalmente nos setores de: ambulatório, Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico SADT/ exames internos e externos, Atendimento de urgência e emergência, Internação na UTI adulto geral, por meio de questionário estruturado (instrumento de avaliação) com amostragem compatível à metodologia científica adotada, considerando o universo da pesquisa.

Utilizando critérios amostrais e estatísticos para o cálculo do índice global da Pesquisa de Satisfação do Usuário do hospital, deverão ser adotados procedimentos para o tratamento dos erros amostrais (exemplos: não resposta, duplicidade de resposta, o usuário não aceitou



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

participar da pesquisa ou não foi localizado, etc.). A amostra calculada deverá ser alcançada na aplicação das entrevistas para fins de validação da pesquisa de satisfação.

O questionário da pesquisa de satisfação do usuário será respondido preferencialmente pelo paciente e na impossibilidade, pelo seu acompanhante.

O monitoramento e a avaliação deste indicador serão realizados através da análise dos relatórios de dados dos resultados consolidados e estratificados por unidade de atendimento, e também de checagem através de contatos fonados dos formulários da pesquisa de satisfação respondidos pelos usuários e apresentados pela OS

Os formulários de entrevista devem conter minimamente os seguintes campos de identificação para preenchimento: nome completo do paciente; número de prontuário; nome completo do acompanhante; tipo de vínculo com o paciente (pai, mãe, irmão, vizinho, etc.); telefones de contato; data de preenchimento da pesquisa; setor; leito; identificação do entrevistado como o paciente ou acompanhante; identificação da forma de pesquisa (presencial, telefone, urna, etc.); assinatura do entrevistado e do entrevistador.

Os relatórios mensais da Pesquisa de Satisfação do Usuário deverão ser assinados pelo profissional/profissionais que respondem pelo planejamento amostral da pesquisa, roteiro de entrevista (formulário), tipo de coleta, sistema interno de controle e verificação, conferência e fiscalização de coleta de dados e do trabalho de campo, entre outros aspectos operativos e éticos que envolvem a pesquisa.

Entende-se como satisfação os resultados obtidos para cálculo como “muito satisfeito” ou “satisfeito” (ou terminologias equivalentes) conforme fórmula abaixo:

- N.º questionários com respostas afirmativas à pergunta padrão = muito satisfeito ou satisfeito (ou terminologias equivalentes).
- N.º de Questionários efetivos = amostragem dos pacientes atendidos nos setores de Urgência e Emergência, Unidades de Internação, UTI, Ambulatório e SADT interno e externo.

Fórmula de Cálculo:

Satisfação do Usuário= (número de questionários com resposta “muito satisfeito” ou “satisfeito” / número de questionários efetivos) x 100



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

O relatório mensal para este indicador e os dados consolidados em planilha, deverá ser encaminhado a CMASS na prestação de contas mensal.

META: Índice de satisfação global do usuário \geq 90%.

Nota: Excepcionalmente no 1º trimestre a avaliação pela CMASS Assistencial se dará da seguinte forma:

- 1º mês contratual: Entrega de Relatório descritivo com a apresentação da metodologia de trabalho a ser desenvolvida pela Ouvidoria/SAU da OS à Comissão de monitoramento;
- Para o segundo e o terceiro mês contratual do primeiro trimestre e para os demais trimestres, a análise seguirá conforme metodologia descrita acima.

3.2 IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

A implementação de protocolos clínicos gerenciados é uma ferramenta útil, auxiliando as instituições na padronização do atendimento ao paciente, diminuindo desfechos negativos e proporcionando melhor efetividade do tratamento. Os protocolos tornam-se um instrumento de monitorização e de intervenção em várias etapas dos processos assistenciais, disseminando a cultura da qualidade.

O HEUE deverá implementar 03 protocolos de atendimento clínico por trimestre e aplicação destes com registros em Prontuário Eletrônico do paciente, com base nas diretrizes de boas práticas para o tratamento ou a última evidência científica publicada, de acordo com suas características e prioridades do hospital conforme identificação dos riscos dos pacientes.

O cronograma de implementação e as suas respectivas ações, como treinamento das equipes atuantes, deverão ser apresentados pela OSS a CMASS, e as etapas serão acompanhados pela comissão, por demonstração da ação concluída por meio de evidência em ata, formulário do protocolo preenchido ou evidência de indicadores demonstráveis. Cada protocolo implantado no período deverá ser apresentado pela OSS, no trimestre seguinte, os seus respectivos



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

resultados impactados nos pacientes assistidos e ou selecionados após a implantação.

O relatório mensal de implantação de Protocolos Clínicos deverá ser encaminhado juntamente com os outros indicadores da parte variável na prestação de contas (Informar a lista nominal do quantitativo mensal de protocolos abertos). A periodicidade de análise deste indicador é mensal, porém terá valor na avaliação das metas qualitativas na trimestralidade; isso significa que nos primeiros meses o indicador poderá ser informado parcialmente à CMASS (como por ex. “em construção”) e no terceiro mês de cada trimestre ser informado todas as evidências e o resultado alcançado.

META: 100% das atividades previstas no trimestre (3 protocolos de atendimento clínico no trimestre implantados)

Este indicador será avaliado a partir do primeiro trimestre. O valor ponderal deste será 25% em cada trimestre, podendo ser proporcional o seu alcance, da seguinte forma:

Quadro 2.

INDICADOR DE QUALIDADE	ALCANCE DA META	PESO PERCENTUAL
Implantação de protocolos clínicos	100% das atividades previstas (3 protocolos implantados) no trimestre.	25%
	66,6% das atividades previstas (2 protocolos implantados) no trimestre.	17%
	33,3% das atividades previstas (1 protocolo implantado) no trimestre.	9%

3.3 TAXA DE CANCELAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS

O cancelamento de cirurgias acarreta muitos prejuízos ao paciente (interfere no preparo que o paciente faz em relação à ausência no trabalho, arranjos familiares de assistência, dentre outros fatores) e à instituição de saúde (interfere em relação à ocupação do leito, a reserva da sala operatória, o desperdício de material cuja esterilização é dispendiosa, o pessoal envolvido



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

no preparo de material e da sala cirúrgica e a perda da oportunidade de inclusão de outro paciente na programação cirúrgica) e acarreta prejuízos incalculáveis para todo sistema hospitalar envolvido.

Diversos são os motivos que levam a suspensão ou cancelamento de uma cirurgia: razões administrativas e dificuldades na compreensão das orientações; cancelamentos de procedimentos em cirurgias ambulatoriais relacionados à deficiência da avaliação pré-operatória; não comparecimento dos pacientes; falta de condições clínicas, dentre outros.

Esse indicador tem por objetivo identificar os motivos que levaram os pacientes a não serem operados, buscando subsídios para a melhoria da qualidade de assistência ao paciente cirúrgico e diminuição da taxa de suspensão de cirurgias.

MÉTODO DE CÁLCULO:

$\frac{\text{Nº de cirurgias eletivas suspensas ou canceladas em determinado período no mês}}{\text{Nº de cirurgias programadas em determinado período no mês}} \times 100$

Numerador: Número de cirurgias eletivas suspensas ou canceladas em determinado período = Número de cirurgias suspensas ou canceladas durante o mês analisado.

Denominador: Número de cirurgias programadas em determinado período: Número de cirurgias programadas durante o mês analisado.

Acatamos como motivos aceitáveis para cancelamento de cirurgia: Falta de hemoderivados e seus componentes, cirurgias urgentes sendo colocadas nas vagas/marcações das cirurgias eletivas, pacientes sem condições clínicas, paciente não compareceu para realização da cirurgia, paciente evadiu e ausência de vaga de UTI para o pós-operatório daqueles pacientes com indicação. No caso da Falta de hemoderivados é importante considerar que serão aceitos apenas os casos de falta de estoque.

Este relatório emitido pelo Sistema MV no período relacionado à prestação de contas do mês de competência deverá conter as informações como:

- Nome completo do paciente;



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

- Data da cirurgia;
- Numero de atendimento MV;
- Tipo de cirurgia;
- Motivo de cancelamento;

A periodicidade de análise deste indicador é mensal, porém terá valor na avaliação das metas qualitativas na trimestralidade, já a partir do primeiro trimestre, portanto, deverá ser informado mensalmente junto à prestação de contas do mês vigente.

META: ≤ 10%

O valor ponderal deste indicador será 25% em cada trimestre.

Nota: Excepcionalmente no 1º trimestre a avaliação pela CMASS Assistencial se dará da seguinte forma:

- 1º mês contratual: Elaboração de relatório com dados analíticos de pacientes com cirurgias canceladas no período, constando as seguintes informações: Nome completo do paciente, número do prontuário, data do agendamento cirúrgico, motivo do cancelamento, plano de ação e conduta da Instituição para resolução do incidente.
Entrega de documento com Fluxo padrão para agendamento de cirurgias.
O material a ser entregue para a CMASS como comprovação do cumprimento deste indicador neste 1º mês contratual serão as evidências documentais descritas acima.
- Para o segundo e o terceiro mês contratual a metodologia seguirá o cálculo do indicador Taxa de cirurgias eletivas canceladas.

3.4 MELHORIA DO PROCESSO DE CAPTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE DOADORES DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Indicador: Rastreamento de Potenciais Doadores de Órgãos e Tecidos para Transplante – RPDOT



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

Considerando a redução do número de transplantes realizados no Estado do Espírito Santo, entre 2017 e 2019, e o ANEXO III, Seção II da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, que trata da obrigatoriedade da criação das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTTs e suas atribuições, a Central Estadual de Transplantes do Espírito Santo (CET-ES) entendeu a necessidade de criação de um plano de ação que possibilite o alcance da meta anual estadual de doadores por milhão de população, estabelecida pelo Sistema Nacional de Transplantes.

Os anos de 2020 e 2021 foram singulares devido aos impactos da Pandemia de COVID 19, que também contribuíram para a redução do número de notificações, captações e transplantes, e, por isso, justifica-se a necessidade de retomar ações que melhorem o processo de seleção e captação de órgãos.

Dentre essas ações, está a criação de indicadores que possibilitem a identificação dos problemas para resolução que traga o aumento do número de doadores efetivos. Desse modo, o indicador “Rastreamento de Potenciais Doadores de Órgãos e Tecidos para Transplante – RPDOT” visa melhorar o processo de identificação de doadores, captação e doação de órgãos e tecidos nos hospitais da rede pública do Estado do Espírito Santo.

Para o cumprimento desse indicador, é necessário o funcionamento pleno da CIHDOTT na instituição, em respeito à Portaria de Consolidação nº4, de 28 de setembro de 2017, que possui como atribuições, dentre outras: “notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica (ME), mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação”; acompanhar a realização de protocolos de morte encefálica (ME) em todos pacientes com suspeita de ME, de acordo com os parâmetros da resolução 2.173 de 2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM); e “manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição”.

A equipe da Central de Transplantes do Espírito Santo poderá, mediante necessidade, fazer amostragem dos prontuários de pacientes neurocríticos, de forma aleatória, para averiguação do cumprimento da abertura do protocolo de ME.

Esse indicador é composto por 3 atividades que deverão ser cumpridas pelo HEUE, conforme a Portaria de Consolidação nº4, de 28 de setembro de 2017, a saber:



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

1. Realizar a busca ativa diária em pacientes neuro críticos (Glasgow = 5) nas UTI's e Unidades de Emergência para identificação de potenciais doadores de órgãos e tecidos e enviar relatório padrão (Anexo I) ao e-mail cncdoplantonistases@gmail.com, com cópia para cihdottes@gmail.com.

OBS: Mesmo que não haja casos a notificar, o relatório deve ser enviado descrevendo que não existe nenhum paciente dentro do perfil.

2. Notificação, à CET-ES, de 100% dos óbitos ocorridos na instituição, através do envio de fichas de notificação de óbito (Anexo II) para o e-mail (notificaobitos@gmail.com), conforme Portaria 043-R de 01/06/2006.

Para fins de agilizar o processo de captação, também se faz necessário notificar, através de ligação, o Banco de Olhos do Espírito Santo (HUCAM), nos telefones (27) 3335-7106 ou (27) 99995-2590. Caso o profissional não consiga contato com o Banco de Olhos, deve-se notificar a CET-ES nos telefones (27) 3636-8271 ou (27) 99755-8796.

OBS: O HEUE deverá informar à CNCDO até o 10º dia do mês subsequente quantos óbitos ocorreram no hospital para cálculo da porcentagem deste indicador.

3. Envio mensal do relatório da CIHDOTT do HEUE conforme Portaria de Consolidação Nº 4, DE 28 de setembro de 2017, Formulário III, Anexo 19 do Anexo I, da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). (Anexo III).

MÉTODO DA AVALIAÇÃO PELA CET-ES:

Atividade 1: Recebimento diário de Relatório de Busca ativa de potenciais doadores de órgãos e Transplantes.

Atividade 2: Recebimento de ficha de notificação de óbitos de todos os óbitos ocorridos na instituição. A notificação via telefone de cada óbito se faz necessária, mas não será pontuada para alcance da meta até o 10º dia.

Atividade 3: Recebimento mensal, até o 10º dia do mês subsequente ao mês avaliado, do relatório da CIHDOTT da instituição, conforme anexo III.

Para a **Atividade 1**, considera-se a atividade 100% cumprida se o envio for realizado em todos



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

os dias do mês, fazendo-se o cálculo proporcional de não cumprimento para cada dia de relatório não enviado.

Exemplo: o mês de abril possui 30 dias. Se forem enviados relatórios em apenas 25 dias, será calculada a porcentagem de envio referente a esses 25 dias: $25 \times 100/30 = 83,33\%$, ou seja, 83,33% da atividade será considerada cumprida. Vale ressaltar a obrigatoriedade do envio do relatório mesmo quando não há casos a notificar, com descrição de que não existe pacientes dentro do perfil.

Para **Atividade 2**, considera-se 100 % da atividade cumprida, se todos os óbitos foram notificados, através do envio da ficha de notificação de óbito.

Obs: a instituição deverá informar à CET-ES, até o 10º dia do mês subsequente, o quantitativo de óbitos ocorridos no hospital, para cálculo da porcentagem deste indicador.

Para **Atividade 3**, considera-se meta cumprida (100%), se o relatório for enviado corretamente preenchido, até o 10º dia do mês. Se for entregue a partir desse dia, será considerada a porcentagem a seguir: no 11º dia = 90%; 12º dia = 80%; 13º dia = 70%; e a partir do 14º dia = 0%.

Ao final da apuração realiza-se a média aritmética das 3 atividades, para o alcance da meta.

Exemplo:

Atividade 1: 83,33 %

Atividade 2: 95%

Atividade 3: 100%

Média = $83,33 + 95 + 100 / 3 = 92,77\%$

Meta: Alcance de no mínimo 90% da média das 3 atividades referidas para o rastreamento de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante.

Até o 20º dia do mês subsequente ao mês avaliado, a equipe da CET-ES encaminhará Circular Interna à GECORP, e via e-mail à comissão de monitoramento CMASS, através do endereço heue.gestao@saude.es.gov.br, o relatório padronizado (Anexo IV) com a avaliação do cumprimento da meta pelo HEUE.



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

Caberá à equipe da CET-ES avaliar se as informações são fidedignas e/ou se é necessário auditoria “in loco” por sua própria equipe. A equipe de monitoramento assistencial do HEUE ficará responsável em emitir relatório trimestral com o alcance da meta, a partir dos dados recebidos da CET-ES.

A periodicidade de análise deste indicador é mensal, porém terá valor na avaliação das metas qualitativas na trimestralidade. O valor ponderal deste indicador será 25% em cada trimestre.

Nota: Excepcionalmente no 1º trimestre, a avaliação pela CMASS Assistencial se dará da seguinte forma:

- 1º mês contratual: A instituição terá como cumprimento de meta a implantação da CIHDOTT no HEUE. Para tanto, deverá enviar à CMASS documento comprovando esta implantação, com nome dos membros da Comissão, formação profissional, regimento interno da CIHDOTT e processo de trabalho da CIHDOTT.

Os materiais a serem entregues para a CMASS, como comprovação do cumprimento desse indicador, nesse 1º mês contratual, serão as evidências documentais descritas acima.

- Para o segundo e o terceiro mês contratual, a análise seguirá conforme metodologia descrita para o indicador.

4 PESOS PERCENTUAIS DOS INDICADORES DE QUALIDADE

Quadro 3.

INDICADORES DE QUALIDADE		1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Atenção ao Usuário	Resolução de Reclamação	12,5%	12,5%	12,5%	12,5%
	Satisfação do Usuário	12,5%	12,5%	12,5%	12,5%
Implantação de protocolos clínicos		25%	25%	25%	25%
Taxa de cancelamento de cirurgia eletiva		25%	25%	25%	25%
Melhoria do processo de captação e manutenção de doadores de órgãos e tecidos		25%	25%	25%	25%



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

O quadro abaixo sintetiza os indicadores de qualidade, sua forma de apresentação e suas metas a serem alcançadas pelo HEUE, para o novo Edital para avaliação do repasse financeiro de 10% do valor do Contrato de Gestão, referente à parte variável.

Quadro 4.

INDICADOR		MEIO DE APRESENTAÇÃO	PARÂMETRO
Atenção ao usuário	Resolução de Reclamação	Relatório mensal prestação de contas do trimestre analisado	Percentual de resolução de reclamação $\geq 85\%$.
	Satisfação do Usuário		Índice de satisfação global do usuário $\geq 90\%$.
Implantação de protocolos clínicos		Através do relatório mensal de Implantação de Protocolos clínicos	Implantação de 03 Protocolos clínicos por trimestre
Taxa de cancelamento de cirurgia eletiva		Sistema MV Soul e Relatório de Prestação de Contas HEUE mensal	$\leq 10\%$
Melhoria do processo de captação e manutenção de doadores de órgãos e tecidos		Relatório mensal elaborado pela Central Estadual de Transplantes enviados via e-mail e Circular Interna	Envio de Relatório Diário e mensal para CIHDOTT



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BITTAR, O.J.N.V. Hospital: qualidade & produtividade. Sarvier, 1997

São Paulo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução CREMESP nº 170, de 6 de novembro de 2007. Define e regulamenta as atividades das Unidades de Terapia Intensiva. Diário Oficial do Estado de São Paulo; Poder Executivo, 22 nov. 2007. Seção 1, p. 152.

ABELHA FJ, Castro MA, Landeiro NM, Neves AM, Santos CC. Mortalidade e o tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva cirúrgica. Rev. Bras. Anestesiol. 2006;56(1):34-45.

<http://www.utisbrasil.com.br/perfis-das-utis/principais-desfechos/#!/taxas-de-mortalidade-na-uti-e-no-hospital> acessado em 24/05/2021.

PROQUALIS <<http://proqualis.net>

<http://www.einstein.br/hospital/centro-de-terapia-intensiva/indicadores>> acessado em 24/05/21

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura> acessado em 24/05/21

<https://www.icqbrasil.com.br/icq/site/NoticiaVisualizar.do?vo.codigo=126&v=2> acessado em 24/05/2021

<https://www.sbcoaching.com.br/blog/carreira/importancia-treinamento-organizacoes/> acessado em 24/05/2021

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html

saude.es.gov.br/Media/sesa/UECI/NORMA009-014%20-%20DIOES-21-12-2018.pdf Portaria 121 R de 20 de dezembro de 2018- Norma de procedimento – SSP 013;

3º Caderno de Indicadores CQH – 2009, EDIÇÃO: Ivomar Gomes Duarte, 1ª Edição, São Paulo – SP.



**GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**
Secretaria da Saúde