



Processo nº 2025-XC41B

16º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO PARA GESTÃO HOSPITALAR Nº 002/2023

DÉCIMO SEXTO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 002/2023, celebrado entre o Estado do Espírito Santo, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA** e a **FUNDAÇÃO ESTADUAL DE INOVAÇÃO EM SAÚDE – INOVA CAPIXABA**, qualificada como **FUNDAÇÃO** para prestação de serviços de assistência médico-hospitalar no âmbito da Rede Pública do SUS no **HOSPITAL DOUTOR DÓRIO SILVA - HDDS**.

O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, adiante denominada **CONCEDENTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 27.080.605/0001-96, com sede na Rua Judith Maria Tovar Varejão, nº 225, Edifício Enseada Plaza, Enseada do Suá, CEP 29.050-360 – Vitória – ES, representada legalmente pelo seu Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde – SSEC, Sr. **HEBER DE SOUZA LAUAR**, nomeado por meio do Decreto nº 178-S, de 03 de fevereiro de 2025, publicado no DIO do dia 04 de fevereiro de 2025, portador da Matrícula Funcional nº 3553167e a **FUNDAÇÃO ESTADUAL DE INOVAÇÃO EM SAÚDE - INOVA CAPIXABA**, doravante denominada **ENTIDADE GESTORA**, com sede na Rua Pernambuco S/N Edifício Estilo Center, 3ª Andar. - Praia da Costa, CEP: 29101-284 - Vila Velha / ES, inscrita no CNPJ sob o nº 36.901.264/0005-97 neste ato representada pelo seu Diretor Presidente Sr. **RAFAEL AMORIM RICARDO** e do Diretor de Gente, Gestão, Finanças e Compras, Sr. **JORGE TEIXEIRA E SILVA NETO**, conforme atos constitutivos da entidade, celebram o presente **TERMO ADITIVO DE ALTERAÇÃO QUALITATIVA DO OBJETO, MEDIANTE ATUALIZAÇÃO DO MANUAL DE INDICADORES INSTITUCIONAIS E INCLUSÃO DE NOVOS INDICADORES DE DESEMPENHO** ao Convênio de nº 002/2023, que tem por objeto prestação de serviços de assistência médico-hospitalar no âmbito da Rede Pública do SUS, elaborado conforme o disposto na Lei Complementar nº 924 de 17 de outubro de 2019, o Decreto nº 4585-R de 05 de março de 2020, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e demais normas pertinentes, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 - Constitui objeto do presente instrumento aditivo a **alteração qualitativa do Convênio de Gestão Hospitalar nº 002/2023**, mediante a atualização do **Manual de Indicadores Institucionais** do Hospital Estadual Dr. Dório Silva (HDDS), com a inclusão de novos indicadores institucionais e o detalhamento metodológico dos critérios de apuração, cálculo, monitoramento, avaliação e validação dos indicadores de desempenho, na forma do **Anexo I** deste instrumento, visando ao aprimoramento dos procedimentos de monitoramento, avaliação e fiscalização da execução contratual.



PARÁGRAFO PRIMEIRO: O Manual de Indicadores Institucionais constante do Anexo I passa a integrar o Convênio de Gestão Hospitalar nº 002/2023, substituindo integralmente a versão anteriormente vigente.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA MANUTENÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

2.1 O presente Termo Aditivo não implica acréscimo de despesas, novos repasses financeiros ou alteração das disposições orçamentárias e financeiras previstas no Convênio de Gestão Hospitalar nº 002/2023, permanecendo inalterados os valores, a forma de repasse e as demais condições estabelecidas no Convênio e em seus Termos Aditivos.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

3.1 - A Administração Pública Estadual transferirá, para execução do presente Termo Aditivo, recursos conforme dotação orçamentária abaixo:

Programa de Trabalho: 10.302.0047.2184 e/ou 10.122.0047.2070 e/ou

10.302.0061.2184 - Manutenção da Rede Hospitalar Própria Administração da Unidade;

UG: 440901 – FES

Natureza de Despesa: 3.3.50.85.00

Fontes de Recursos: 1500100200, 1600000000, 2600000000 e/ou 26000000004

Plano Orçamentário: 003063 – Hospital Doutor Dório Silva - HDDS

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA

4.1 – O prazo de vigência entra em vigor na data subsequente da publicação no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA QUINTA - DA RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS CONDIÇÕES

5.1 - Ficam mantidas todas as demais cláusulas e condições anteriormente avençadas, não alteradas pelo presente Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

6.1 - O presente Termo Aditivo será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da sua assinatura.

Vitória/ES, data e assinaturas certificadas digitalmente.

HEBER DE SOUZA LAUAR

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

CONCEDENTE



RAFAEL AMORIM RICARDO
Diretor Presidente – Fundação iNOVA
CONVENENTE

JORGE TEIXEIRA E SILVA NETO
Diretor de Gente, Gestão, Finanças e Compras – Fundação iNOVA
CONVENENTE



ANEXO I

**GERÊNCIA DE CONTRATUALIZAÇÃO DA REDE PRÓPRIA
NÚCLEO ESPECIAL DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE CONTRATO
COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

MANUAL DE INDICADORES INSTITUCIONAIS

**DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO
HOSPITAL DOUTOR DÓRIO SILVA -HDDS**

CONVÊNIO DE GESTÃO HOSPITALAR Nº 002/2023

Versão I - Atualizado em julho de 2026.



1. FINALIDADE

Esse manual tem como finalidade descrever os indicadores institucionais que deverão ser cumpridos pela iNOVA Capixaba e avaliados e monitorados pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) durante a vigência do Convênio celebrado para a prestação de serviços no Hospital Doutor Dório Silva (HDDS). Visa estabelecer diretrizes claras e detalhadas sobre quais indicadores serão monitorados, como serão medidos, interpretados e usados para avaliar o desempenho e a eficácia da Fundação iNOVA Capixaba.

Inclui a descrição dos indicadores a serem utilizados, os métodos de coleta e análise de dados, os responsáveis pela medição e monitoramento, os intervalos de tempo para avaliação, os padrões de referência ou metas esperadas e os procedimentos para revisão e atualização dos indicadores, entre outros aspectos relevantes para a gestão e aprimoramento dos processos institucionais.

O resultado dessas análises integrará parte do peso que definirá a Pontuação de Desempenho Institucional – PDI (ANEXO V do Convênio).

Esse manual passará por revisão anual e/ou sempre que necessária, de modo a incluir/excluir indicadores que avaliem a maturidade institucional e estejam alinhados com os objetivos estratégicos da Secretaria Estadual de Saúde - SESA.

A vigência dos indicadores institucionais se dará a partir da publicação do Anexo IV –versão 1 e os períodos analisados serão os mesmos das metas quantitativas.

2. ABRANGÊNCIA

Este manual se destina aos gestores (Diretores, Gerentes, Coordenadores, Supervisores de demais partes interessadas no âmbito da Fundação iNOVA Capixaba, bem como representantes da SESA por meio da Gerência de Contratualização da Rede Própria – GECORP, do Núcleo Especial de Controle, Avaliação e Monitoramento de Contrato – NECAM e do Núcleo Especial de Controle Econômico-Financeiro da Rede Própria – NECORP.

3. DEFINIÇÕES TÉCNICAS

HDDS – Hospital Doutor Dório Silva

GECORP - Gerência de Contratualização da Rede Própria

NECAM - Núcleo Especial de Controle, Avaliação e Monitoramento de Contrato

NECORP – Núcleo Especial de Controle Econômico Financeiro

SESA - Secretaria Estadual de Saúde



PDI - Pontuação de Desempenho Institucional

NTMI - Nota Total relativa às Metas Institucionais

CMAASS - Comissão de Monitoramento e Avaliação Assistencial

CIHDOTT – Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

NECO - Núcleo Especial de Captação de Órgãos.

4. DESCRIÇÃO

Os indicadores institucionais serão mensurados mensalmente pelo HDDS e deverão ser enviados ser enviados junto à prestação de contas através dos meios descritos nas fichas técnicas de cada indicador até o dia 15 com dados referentes ao mês anterior, para fins de acompanhamento.

Para análise do cumprimento da meta estabelecida, estes indicadores serão avaliados semestralmente para definição da Pontuação de Desempenho Institucional (PDI), conforme estabelecido no ANEXO TÉCNICO IV do Convênio.

Os dados serão enviados mensalmente para as Comissões de Monitoramento e Avaliação Assistencial e Econômico Financeira do Convênio, vinculados à GECORP em seus respectivos núcleos – NECAM e NECORP, juntamente com a prestação de contas dos dados de produção, metas quantitativas e metas qualitativas.

A Nota Total relativa às Metas Institucionais (NTMI) é calculada pela média aritmética das notas atribuídas para cada indicador, conforme resultado da apuração e baseado na meta estipulada para cada semestre. Dependendo do resultado do alcance será definida a nota atribuída (Totalmente cumprida, parcialmente cumprida, não cumprida).

Os indicadores definidos para acompanhamento institucional, bem como a metodologia de apuração estão definidos a seguir e no ANEXO I deste manual.

4.1 TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

O indicador de taxa de suspensão de cirurgias em um hospital serve para avaliar a proporção de cirurgias que são adiadas ou canceladas em relação ao número total de cirurgias agendadas dentro de um período específico. Esse indicador é importante para medir a eficiência operacional e a qualidade dos serviços hospitalares, permitindo identificar fatores que contribuem para as suspensões, como falta de recursos, problemas de logística, indisponibilidade de leitos, ajudando na implementação de medidas para reduzir essas suspensões, garantindo um fluxo mais adequado e eficiente das operações cirúrgicas.



4.2 TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

A taxa de mortalidade institucional (≥ 24 horas) em um hospital é um indicador utilizado para medir o número de óbitos que ocorrem dentro da instituição em relação ao total de saídas no mesmo período. Esse indicador é importante para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados pela instituição, identificar áreas de melhoria nos processos de atendimento, monitorar a segurança do paciente e o desempenho dos serviços médicos, e auxiliar na implementação de ações para reduzir as taxas de mortalidade e melhorar os resultados clínicos e assistenciais.

4.3 INCIDÊNCIA DE QUEDA DE PACIENTE

O indicador de incidência de queda de paciente em um ambiente hospitalar é utilizado para monitorar e avaliar a frequência com que os pacientes sofrem quedas durante o período de internação ou cuidados de saúde. Esse indicador é importante para identificar a segurança dos pacientes, avaliar o risco de lesões decorrentes de quedas com danos moderados, graves e óbito, implementar medidas de prevenção, melhorar a qualidade dos cuidados e promover um ambiente mais seguro para os pacientes e colaboradores.

4.4 TAXA DE ENTREVISTA DE FAMILIAR DE POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS E TECIDOS e PERCENTUAL DE CONVERSÃO COM CONSENTIMENTO FAMILIAR.

O indicador de taxa de entrevista de familiar para doação de órgãos e tecidos serve para garantir que todos os familiares de potenciais doadores sejam abordados no tempo adequado.

E a conversão da entrevista com resposta positiva irá medir a eficácia na abordagem e persuasão das famílias de potenciais doadores de órgãos. Essa métrica quantifica a capacidade da equipe de saúde em obter o consentimento das famílias para a doação de órgãos e tecidos de um paciente falecido. Uma alta taxa de conversão indica uma forte habilidade da equipe em lidar com as famílias em momentos sensíveis, aumentando as chances de ampliação do potencial de doadores de órgãos.

Os Indicadores Institucionais acima mencionados devem compor um relatório próprio apresentado junto a Prestação de Contas Assistencial apresentado a CMAASS.

4.5 INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO-LPP

O indicador de LPP em um ambiente hospitalar é utilizado para monitorar e avaliar a frequência com que os pacientes desenvolvem lesão durante o período de internação ou cuidados de saúde. Esse indicador é importante para identificar a segurança dos pacientes, avaliar o risco de lesões com danos moderados, graves e óbito, implementar medidas de prevenção, melhorar a qualidade dos cuidados e promover um ambiente mais seguro para os pacientes.



4.6 DENSIDADE DE INFECÇÃO PULMONAR RELACIONADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA - VM NA UTI

O indicador de Densidade de Infecção relacionada à ventilação mecânica em um ambiente hospitalar é utilizado para monitorar e avaliar a frequência com que os pacientes desenvolveram infecção pulmonar relacionada a ventilação mecânica durante o período de internação ou cuidados de saúde. Esse indicador é importante para identificar a segurança dos pacientes, avaliar o risco com danos moderados, graves e óbito, implementar medidas de prevenção, melhorar a qualidade dos cuidados e promover um ambiente mais seguro para os pacientes e colaboradores.

4.7 TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS LIMPAS

O indicador de **taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas** em um ambiente hospitalar é utilizado para monitorar e avaliar os pacientes desenvolveram infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas durante o período de internação e após alta hospitalar. Esse indicador é importante para identificar a segurança dos pacientes, avaliar o risco com danos moderados, graves e óbito, implementar medidas de prevenção, melhorar a qualidade dos cuidados e promover um ambiente mais seguro para os pacientes.

4.8 DENSIDADE DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) LABORATORIAL ASSOCIADA À CVC EM UTI

O indicador **de infecção primária da corrente sanguínea (IPCS)** em um ambiente hospitalar é utilizado para monitorar e avaliar os pacientes desenvolveram IPCS durante o período de internação hospitalar. Esse indicador é importante para identificar a segurança dos pacientes, avaliar o risco com danos moderados, graves e óbito, implementar medidas de prevenção, melhorar a qualidade dos cuidados e promover um ambiente mais seguro para os pacientes.



FICHA DOS INDICADORES

	Nome do Indicador	Taxa de Cirurgias Suspensas
	Perspectiva/Objetivo estratégico associado	Aumentar a eficiência operacional, diminuir impacto financeiro dos procedimentos não realizados, organização correta da agenda cirúrgica, tornar os processos mais ágeis, eficientes e humanizados.
	Nível do indicador (Estratégico, Tático ou operacional)	Tático
	Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de cirurgias suspensas por fatores extra pacientes}^* \times 100}{\text{Nº de cirurgias agendadas}}$ *Por fatores extra paciente no mês
	Área	Centro cirúrgico
	Tendência/Polaridade (Maior melhor / Menor melhor)	Menor melhor
	Periodicidade de coleta	Mensal
	Meta	≤ 10% no segundo semestre a partir da publicação do Anexo IV, Versão I ≤ 8% a partir dos demais semestres
	Fonte de dados (referência)	CQH
	Metodologia de apuração (Forma de coleta e origem dos dados)	Numerador: MV2000 → FSCC → relatórios → operacionais → cirurgias canceladas ou suspensas → informar período. Denominador*: MV2000 → FSCC → relatórios → operacionais → agenda → cirurgias a realizar por centro cirúrgico → informar o período a ser pesquisado. A meta passa a partir da publicação do Anexo IV, Versão I juntamente com seu manual e o cálculo incidirá sobre os meses de referência da semestralidade do Convênio na totalidade ou proporcionalmente.
	Responsável pela coleta dos dados	iNOVA Capixaba
	Responsável pela apuração	iNOVA Capixaba
	Responsável pelo envio dos dados para a CMAASS	Direção Geral da Instituição
	Periodicidade de envio para a CMAASS	Mensal



* Esse relatório não discrimina as cirurgias de urgência. Portanto, será necessário que a Inova envie junto à Prestação de Contas uma planilha (.xls) com todas as cirurgias agendadas (identificando as que são eletivas/programadas ou tempo sensível) das urgências e outra planilha (.xls) com as cirurgias canceladas ou suspensas no período já classificadas como falhas de processo, processo justificável ou paciente para serem confrontadas com o relatório extraído do MV. Essa CMAASS orienta que seja ajustado o mais breve possível no Sistema de Gestão Hospitalar os dados para esse e outros indicadores; assim há melhor fidedignidade dos dados e mais agilidade na entrega e monitoramento dos indicadores hospitalares.

ORIENTAÇÕES QUANTO A APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

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.



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.

Definições:

- **Processo:** O cancelamento/suspensão ocorreu devido a falha da gestão operacional. (Ex: Falta de termo de consentimento assinado).
- **Processo Justificável:** a gestão operacional foi adequada, porém a cirurgia não ocorreu devido fatores que saem da governabilidade do hospital. (Ex: Vaga de UTI solicitada com antecedência, mas no dia da cirurgia não havia leito disponível para o pós-operatório imediato).
- **Paciente:** a gestão operacional ocorreu corretamente, porém surgiu uma ocorrência junto ao paciente que impediu a cirurgia. (Ex: Paciente externo não compareceu para cirurgia, desistência, paciente apresentando quadro infeccioso, lesões etc).

Exemplos de motivos de cancelamento que serão considerados como falha de processo:

- Ausência de cirurgiões;
- Ausência de anestesista;
- Ausência de Instrumentador;
- Divergência de informações entre as equipes;
- Erro relacionado ao agendamento;
- Falhas relacionadas ao OPME (Processo de compra);
- Ausência de reserva de vaga de UTI para o pós operatório daqueles pacientes com indicação prévia;
- Falta de material ligados ao processo de esterilização no CME;
- Falta de material (peças faltantes);
- Mudança de Conduta média (procedimento cirúrgico não realizado em decorrência de decisão clínica da equipe médica, devidamente registrada em prontuário, com descrição clara e fundamentada do motivo da suspensão, demonstrando que a medida adotada representa a melhor conduta terapêutica para o paciente naquele momento.
Exemplo: suspensão de cirurgia de amputação em razão da opção por manutenção do tratamento conservador, conforme evolução clínica e avaliação médica registradas em prontuário.
- Pré Operatório incompleto (itens administrativos);
- **Preparo inadequado para cirurgia:** falta de jejum, não suspensão de trombolíticos etc). Ausência de evidências de que as orientações necessárias foram previamente fornecidas ao paciente e/ou responsável, com registro em prontuário ou documento equivalente.
- Sem tempo hábil/demanda de urgência;
- Problemas com infraestrutura (predial ou equipamentos);



- Ausência de comprovação de que as orientações necessárias foram previamente fornecidas ao paciente e/ou responsável, com registro em prontuário ou documento equivalente (pacientes externos que vem para procedimento usando megahair, cílios ou unhas postiças e que não foram orientados quanto à necessidade de retirada).
- Falta de sangue ou hemoderivados (Em decorrência da indisponibilidade de hemocomponentes ou hemoderivados necessários para sua realização, ocasionada por falha no fluxo interno. Exemplos, solicitação, programação, reserva ou provisão , etc..)

Alguns dos motivos acima poderão ser considerados “processo” ou processo justificável”, desde que as evidências sejam apresentadas. São eles:

- Falta de sangue e hemoderivados solicitado na rede (com envio da solicitação do pedido);
- 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 que a vaga tenha sido solicitada antecipadamente);
- Preparo inadequado para cirurgia: falta de jejum, trombolíticos . Apresentar evidências de que as orientações necessárias foram previamente fornecidas ao paciente e/ou responsável, com registro em prontuário ou documento equivalente.
- Mudança de quadro clínico (Somente será contabilizada quando ficar demonstrado que o pré-operatório foi conduzido de forma adequada, e que a alteração clínica não poderia ser prevista ou identificada previamente. Nesses casos, deverá haver evidências de registro médico em prontuário justificando a suspensão do procedimento e evidenciando que a decisão adotada representou a conduta mais segura e apropriada para o paciente.
- Evasão do paciente ou não comparecimento do paciente no dia da cirurgia marcada; (Nos casos de desistência, a instituição deverá apresentar evidências de documento assinado pelo paciente ou por seu representante legal, devidamente registrado em prontuário). Para fins de não comparecimento do paciente, a instituição deverá registrar no Aviso de Cirurgia a ausência do mesmo.
- Óbito/transferência do paciente;
- Entrega equivocada do material consignado (desde que comprovada a solicitação adequada pelo cirurgião).
- Outros motivos com as devidas apresentações de evidências.

O HDSS irá enviar mensalmente junto a prestação de contas planilha (.xls) (por e-mail) contendo listagem de TODOS os procedimentos cirúrgicos 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 CMAASS faça o monitoramento do indicador.

- Quanto à classificação de “suspensão/cancelamento” forem “processos justificáveis”, as evidências de justificativa devem ser enviadas na prestação de contas.
- Quanto à classificação “paciente” somente será aceita quando a condução do pré-operatório foi adequada e mesmo assim as condições clínicas do paciente não estavam adequadas à realização do procedimento.

A iNOVA deverá apresentar o resultado alcançado no mês que será validado após análise da CMAASS.



	Nome do Indicador	Taxa de Mortalidade Institucional
	Perspectiva/Objetivo estratégico associado	Criar cultura de gestão de risco e segurança assistencial.
	Nível do indicador (Estratégico, Tático ou operacional)	Tático
	Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de Óbitos} > 24\text{H}}{\text{Número de Saídas}} \times 100$
	Área	Direção Técnica
	Tendência/Polaridade (Maior melhor/Menor melhor)	Menor melhor
	Periodicidade de coleta	Mensal
	Meta	≤ 8%
	Fonte de dados (referência)	CQH
	Metodologia de apuração (Forma de coleta e origem dos dados)	Numerador: número de óbitos após 24 h da entrada do paciente. Denominador: número de saídas (altas + óbitos + transferências externas) Obs: Extrair os dados do sistema M V. Considerando que a análise dos indicadores serão feitas semestralmente, no primeiro mês operacional a partir da publicação do Anexo IV, Versão I, a instituição deverá apresentar evidências de implantação de ações/protocolos para o controle da taxa de mortalidade institucional mediante apresentação de atas de reuniões e documentos específicos de controle do indicador (as evidências deverão ter no máximo 6 meses). Ex: Time de Resposta Rápida (TIIR), Protocolo de Deterioração Clínica, SBAR (Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendação), Protocolo de Sepsis etc. A partir do segundo mês após a data de publicação a meta passa a vigorar para fins de monitoramento e o cálculo do primeiro semestre incidirá sobre 5 (cinco) meses. Do segundo semestre em diante os cálculos serão feitos sobre 6 (seis) meses.
	Responsável pela coleta dos dados	iNOVA Capixaba
	Responsável pela apuração	iNOVA Capixaba
	Responsável pelo envio dos dados para a CMAASS	Direção Geral da Instituição
	Periodicidade de envio para a CMAASS	Mensal



ORIENTAÇÕES QUANTO A APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O HDDS irá enviar mensalmente junto à prestação de contas planilha (por e-mail em .xls) dos óbitos hospitalares e dos óbitos institucionais. Todos os óbitos deverão possuir análise da Comissão de Óbitos do hospital, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2171/2017. Todos os óbitos deverão vir com nº de atendimento e iniciais dos pacientes para acompanhamento da CMAASS.

As evidências de implantação de ações e protocolos que visem a melhoria do cuidado e redução da Taxa de Mortalidade poderão ser:

- Protocolos a serem implantados e evidência dos que forem sendo implantados (conforme perfil praticado na instituição)
- Apresentação de evidência dos protocolos/ações que já existem no HDDS;
- Treinamentos;
- Lista de presença escaneadas dos treinamentos e reuniões.

A iNOVA deverá apresentar o resultado alcançado no mês que será validado após análise da CMAASS.



 Nome do Indicador	Incidência de Queda de Paciente
 Perspectiva/Objetivo estratégico associado	Criar cultura de gestão de risco e segurança assistencial.
 Nível do indicador (Estratégico, Tático ou operacional)	Tático
 Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de quedas}}{\text{Nº pacientes dia}} \times 1000$
 Área	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
 Tendência/Polaridade (Maior melhor/Menor melhor)	Menor Melhor
 Periodicidade de coleta	Mensal
 Meta	≤ 2 por 1000 pacientes dia
 Fonte de dados (referência)	Desafio interno (referência CQH)
 Metodologia de apuração (Forma de coleta e origem dos dados)	Numerador: relatório interno do setor da qualidade Denominador: relatório mv 2000 → pari gerenciamento de internações → relatórios → estatísticos → hospitalar → analítico → período → imprimir. A meta passará a vigorar a partir da publicação do Anexo IV, Versão I.
 Responsável pela coleta dos dados	iNOVA Capixaba
 Responsável pela apuração	iNOVA Capixaba
 Responsável pelo envio dos dados para a CMAASS	Direção Geral da Instituição
 Periodicidade de envio para a CMAASS	Mensal



ORIENTAÇÕES QUANTO A APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O HDDS irá enviar mensalmente junto a prestação de contas e por e-mail planilha (.xls) de TODAS AS QUEDAS notificadas no período pelo sistema/formulários de notificação classificando as mesmas como “eventos adversos com óbitos”, “danos graves”, “danos moderados”, “danos leves” e “sem danos”) e apresentar relatório de investigação, análise e tratativas dos eventos classificados como graves e óbitos. A CMAASS deverá confrontar os dados informados pela instituição no sistema EPIMED.

A iNOVA deverá apresentar o resultado alcançado no mês para validação pela CMAASS após análise.



	Nome do Indicador	Taxa de Entrevista de Familiar de Potenciais Doadores de Órgãos e Tecidos e Percentual de Conversão com Consentimento Familiar.
	Perspectiva / Objetivo estratégico associado	Tornar os processos mais ágeis, eficientes e humanizados. Entrevistar todas as famílias dos potenciais doadores de órgãos e tecidos.
	Nível do indicador (Estratégico, Tático ou operacional)	Tático
	Fórmula de cálculo	Taxa de entrevista: $\frac{\text{Nº de famílias de potenciais doadores de órgãos abordadas com entrevista para doação de órgãos}}{\text{nº de pacientes potenciais doadores}} \times 100$ Percentual de conversão: $\frac{\text{nº de conversões de entrevistas com consentimento familiar}}{\text{nº de famílias de potenciais doadores de órgãos abordadas com entrevista para doação de órgãos}} \times 100$
	Área	Comissão CIHDOTT
	Tendência/Polaridade (Maior melhor/Menor melhor)	Maior melhor
	Periodicidade de coleta	Mensal
	Meta	Taxa de Entrevista: 100% Percentual de Conversão: Quanto maior melhor.
	Fonte de dados (referência)	Ministério da Saúde-MS
	Metodologia de apuração (Forma de coleta e origem dos dados)	Taxa de Entrevista: <u>Numerador:</u> número de famílias abordadas mediante entrevista para doação de órgãos. (relatórios CIHDOTT e NECO) <u>Denominador:</u> relatório sistema mv → pari → relatórios → estatísticos → óbitos → analíticos → período → imprimir. Retirar pacientes com contra indicação médica, de acordo com a notificação do óbito enviado para e-mail da CIHDOTT. Percentual De Conversão: <u>Numerador:</u> número de familiares que consentiram a doação de órgão de seu familiar (relatórios CIHDOTT e NECO). <u>Denominador:</u> número de famílias abordadas Mediante entrevista para doação de órgãos (relatórios CIHDOTT e NECO). A meta passará a vigorar a partir da publicação do Anexo IV, Versão I.
	Responsável pela coleta dos dados	iNOVA Capixaba
	Responsável pela apuração	iNOVA Capixaba
	Responsável pelo envio dos dados para a CMAASS	Direção Geral da Instituição
	Periodicidade de envio para a CMAASS	Mensal



ORIENTAÇÕES QUANTO A APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O HDDS irá enviar mensalmente junto a prestação de contas e por e-mail planilha (.xls) de TODOS os pacientes potenciais doadores de órgãos no período. A listagem deverá apontar se a família foi entrevistada para a doação de órgãos, se houve aceitação ou recusa e se a captação ocorreu. A CMAASS deverá confrontar os dados informados pela instituição com o ofício encaminhado mensalmente pelo NECO.

Crítérios de exclusão:

Não serão considerados no denominador os potenciais doadores para os quais a entrevista familiar não puder ser realizada por motivos fora da governabilidade da equipe, tais como:"

- Ausência de familiares ou responsáveis legais localizados durante o período para a entrevista;
- Ausência de documentação para identificação do paciente e/ou de seu representante legal, impossibilitando a condução regular do processo;
- Situações em que não seja possível estabelecer contato com familiares, desde que devidamente registradas e comprovadas em prontuário;
- Outros impedimentos legais ou administrativos devidamente justificados e documentados;
- Potenciais doadores não elegíveis para doação de órgãos segundo critérios clínicos, estabelecidos pelo Sistema Nacional de Transplantes.



 Nome do Indicador	Incidência de Lesão por Pressão-LPP
 Perspectiva/Objetivo estratégico associado	Criar cultura de gestão de risco e segurança assistencial.
 Nível do indicador (Estratégico, Tático ou operacional)	Tático
 Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de pac. que desenvolveram novas LPP no período}}{\text{Nº pacientes dia}} \times 1000$
 Área	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
 Tendência/Polaridade (Maior melhor/Menor melhor)	Menor Melhor
 Periodicidade de coleta	Mensal
 Meta	1º mês (3º trimestre): 100% 2º e 3º mês (3º trimestre): 100% Demais trimestres: ≤ 2 por 1000 pacientes dia
 Fonte de dados (referência)	Desafio interno (referência SCIH), Proqualis e ANVISA-MS
 Metodologia de apuração (Forma de coleta e origem dos dados)	Numerador: Número de casos novos de pacientes que desenvolveram pelo menos uma nova Lesão por Pressão após a admissão na unidade, durante o período avaliado. Denominador: Número total de pessoas expostas ao risco de adquirir a lesão (geralmente calculado com base no total de pacientes internados ou em risco na unidade) durante o mesmo período. Relatório mv 2000 → PARI A meta passará a vigorar a partir da publicação do Anexo IV, Versão I.
 Responsável pela coleta dos dados	iNOVA Capixaba
 Responsável pela apuração	iNOVA Capixaba
 Responsável pelo envio dos dados para a CMAASS	Direção Geral da Instituição
 Periodicidade de envio para a CMAASS	Mensal



ORIENTAÇÕES QUANTO A APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O HDDS irá enviar mensalmente junto a prestação de contas e por e-mail planilha da (.xls) de todos os pacientes em risco de LPP no período e pacientes que desenvolveram LPP no período (em PDF).

Na relação dos pacientes com risco de LPP deverão vir com nº de atendimento e iniciais dos pacientes e setor para averiguação da CMAASS.

A coleta desse indicador segue critérios específicos recomendados pelos manuais de segurança do paciente:

1- Casos Novos: São considerados apenas os pacientes que *não tinham* lesão por pressão na admissão e desenvolveram o quadro durante a internação.

2- Pacientes em Risco: É a população exposta ao risco de adquirir uma lesão por pressão no mesmo período, geralmente subtraindo aqueles que já deram entrada na unidade com a lesão preexistente.

4- Critérios de Exclusão: Pacientes que já foram contabilizados ou que já apresentavam a lesão na admissão (casos prevalentes).

A iNOVA deverá apresentar o resultado alcançado no mês que será validado após análise da CMAASS.



 Nome do Indicador	Densidade de infecção pulmonar relacionada à ventilação mecânica -VM na UTI
 Perspectiva/Objetivo estratégico associado	Criar cultura de gestão de risco e segurança assistencial.
 Nível do indicador (Estratégico, Tático ou operacional)	Tático
 Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Total de pneumonia associada a ventilação mecânica}}{\text{Total de dias de VM no período}} \times 1000$
 Área	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
 Tendência/Polaridade (Maior melhor/Menor melhor)	Menor Melhor
 Periodicidade de coleta	Mensal
 Meta	1º mês (3º trimestre): 100% 2º e 3º mês (3º trimestre): 100% 4º trimestre : ≤ 7 Demais trimestres : ≤ 5
 Fonte de dados (referência)	Desafio interno (referência SCIH), Proqualis e ANVISA-MS
 Metodologia de apuração (Forma de coleta e origem dos dados)	Numerador: Número de casos novos de infecção de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) - IPCSL, no período Denominador: Cateter venoso central-dia no período – MV 2000 A meta passará a vigorar a partir da publicação do Anexo IV, Versão I.
 Responsável pela coleta dos dados	iNOVA Capixaba
 Responsável pela apuração	iNOVA Capixaba
 Responsável pelo envio dos dados para a CMAASS	Direção Geral da Instituição
 Periodicidade de envio para a CMAASS	Mensal



ORIENTAÇÕES QUANTO A APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O HDDS irá enviar mensalmente junto à prestação de contas a relação de pacientes com infecção pulmonar relacionada à ventilação mecânica -VM na UTI. Na relação deverão vir com nº de atendimento e iniciais dos pacientes e setor para averiguação da CMAASS.

As evidências de implantação de ações e protocolos que visem a melhoria do cuidado e redução de infecção pulmonar relacionada à ventilação mecânica poderão ser:

- Implantação de protocolos assistenciais de acordo com o perfil e as necessidades da instituição e apresentação de evidências dos protocolos implantados.
- Apresentação de evidência dos protocolos/ações que já existem no HDDS;
- Treinamentos.

Deverá ser entregue também as listas de presença assinadas por todos colaboradores participantes dos treinamentos e reuniões.

A INOVA deverá apresentar o resultado alcançado no mês que será validado após análise da CMAASS.

ORIENTAÇÕES QUANTO A APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O HDDS irá enviar mensalmente junto à prestação de contas a relação de pacientes com infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas. Na relação deverão vir com nº de atendimento e iniciais dos pacientes e setor para averiguação da CMAASS.

As evidências de implantação de ações e protocolos que visem a melhoria do cuidado e redução de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas poderão ser:

- Implantação de protocolos assistenciais de acordo com o perfil e as necessidades da instituição e apresentação de evidências dos protocolos implantados.
- Apresentação de evidência dos protocolos/ações que já existem no HDDS;
- Treinamentos.

Deverá ser entregue também as listas de presença assinadas por todos colaboradores participantes dos treinamentos e reuniões.

A INOVA deverá apresentar o resultado alcançado no mês que será validado após análise da CMAASS.



 Nome do Indicador	Densidade de IPCS laboratorial associada à CVC em UTI
 Perspectiva/Objetivo estratégico associado	Criar cultura de gestão de risco e segurança assistencial.
 Nível do indicador (Estratégico, Tático ou operacional)	Tático
 Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número total de infecções associadas a dispositivos CVC} \times 1000}{\text{Número total de dispositivo (CVC)-dia.}}$
 Área	Serviço de Controle de Infecção Assistencial-
 Tendência/Polaridade (Maior melhor/Menor melhor)	Menor Melhor
 Periodicidade de coleta	Mensal
 Meta	1º mês (1º trimestre) : 100% 2º e 3º mês (3º trimestre): 90% 4º trimestre: ≤ 5 Demais trimestres: ≤ 4
 Fonte de dados (referência)	Desafio interno (referência SCIH), Proqualis e ANVISA-MS
 Metodologia de apuração (Forma de coleta e origem dos dados)	Numerador: Casos de infecção confirmados laboratorialmente em pacientes que utilizaram o CVC por mais de 2 dias (sendo o dia de inserção o dia 1). Denominador: A soma diária do número de pacientes internados que estavam com CVC ativo O número total de cirurgias limpas realizadas no mesmo período (geralmente apurado mensalmente) - Relatório mv 2000  A meta passará a vigorar a partir da publicação do Anexo IV, Versão I.
 Responsável pela coleta dos dados	iNOVA Capixaba
 Responsável pela apuração	iNOVA Capixaba
 Responsável pelo envio dos dados para a CMAASS	Direção Geral da Instituição
 Periodicidade de envio para a CMAASS	Mensal



ORIENTAÇÕES QUANTO A APRESENTAÇÃO DO INDICADOR

O HDDS irá enviar mensalmente junto à prestação de contas a relação de pacientes com Infecção IPCS laboratorial associada à CVC em UTI. Na relação deverão vir com nº de atendimento e iniciais dos pacientes e setor para averiguação da CMAASS.

As evidências de implantação de ações e protocolos que visem a melhoria do cuidado e redução de infecção de CVC poderão ser:

- Implantação de protocolos assistenciais de acordo com o perfil e as necessidades da instituição e apresentação de evidências dos protocolos implantados.
- Apresentação de evidência dos protocolos/ações que já existem no HDDS;
- Treinamentos.

Deverá ser entregue também as listas de presença assinadas por todos colaboradores participantes dos treinamentos e reuniões.

A iNOVA deverá apresentar o resultado alcançado no mês que será validado após análise da CMAASS.



ANEXO TÉCNICO I

DESEMPENHO INSTITUCIONAL

I- CARACTERÍSTICAS GERAIS E FÓRMULA DE CÁLCULO

O indicador institucional tem por objetivo medir e informar o nível de desempenho global na execução do Convênio para Gestão Hospitalar, quanto:

- (i) à execução dos serviços conveniados;
- (ii) ao alcance das metas de desempenho;
- (iii) ao alcance das obrigações contratuais; e
- (iv) ao alcance das metas institucionais.

A avaliação desse indicador permite o acompanhamento da evolução da instituição e a realização da análise dos problemas estratégicos, auxiliando na busca de novos caminhos e nas tomadas de decisões diante dos cenários existentes. Os indicadores fornecem também uma visão abrangente do funcionamento da Instituição, ajudando o órgão concedente do serviço monitorar o progresso ao longo do tempo e identificar conjuntamente com a conveniente as áreas de melhorias.

A sistemática de aferição do desempenho institucional é baseada na média aritmética da pontuação obtida em quatro dimensões:

- execução dos serviços conveniados;
- alcance das metas de qualidade;
- cumprimento das obrigações contratuais;
- execução das metas institucionais.

Dessa forma, a fórmula para a aferição do desempenho global do Convênio corresponde a:

$$\text{PDI} = \frac{\text{NTPS} + \text{NTMO} + \text{NTOB} + \text{NTMI}}{4}$$



 Legenda de Siglas		
PDI		PDI = Pontuação de Desempenho Institucional
NTPS		NTPS = Nota Total relativa à prestação dos serviços contratados (atividade assistencial)
NTMQ		NTMQ = Nota Total relativa às metas qualitativas
NTOB		NTOB = Nota Total relativa às obrigações contratuais.
NTMI		NTMI = Nota Total relativa às metas institucionais

As metas constantes em cada quadro apresentado nos itens abaixo serão definidas conforme cada Convênio celebrado com a Fundação iNOVA Capixaba.

A periodicidade de análise relativa à Pontuação de Desempenho Institucional – PDI será semestral e o não alcance das metas poderá ensejar à CONVENIENTE a não transferência de recurso repassado por meio do Convênio para a cobertura relativa à **Remuneração dos Custos Operacionais - RCO** (transferência à matriz), conforme metodologia que será explanada no item II;

I.1 – NOTA TOTAL REFERENTE À PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS CONVENIADOS

No cálculo da NTPS, ou seja, da Nota Total referente à prestação dos serviços conveniados, são aferidas as notas parciais relativas ao percentual de serviços realizados em relação ao volume contratado, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I.

Para cada uma das modalidades da atividade assistencial relacionadas no ANEXO TÉCNICO I é calculado o esforço realizado para o seu alcance, o que implicará na determinação de notas segundo as faixas abaixo:



NTPS - NOTA TOTAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS		
SERVIÇO CONTRATADO	RESULTADO DO ALCANCE DA META	NOTA ATRIBUÍDA
 SAIDAS HOSPITALARES	Entre 85% e 100% do volume contratado, ou acima do volume contratado	10
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	5
	Menos que 70% do volume contratado	0
 ATENDIMENTO AMBULATORIAL	Entre 85% e 100% do volume contratado, ou acima do volume contratado	10
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	5
	Menos que 70% do volume contratado	0
 SADT EXTERNO	Entre 85% e 100% do volume contratado, ou acima do volume contratado	10
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	5
	Menos que 70% do volume contratado	0

Nota Total da Prestação dos Serviços contratados (NTPS) é calculada pela média aritmética da nota atribuída a cada uma das modalidades da atividade assistencial, conforme fórmula abaixo:

$$NTPS = \frac{NM1 + NM2 + NM3}{3}$$

3

Sendo:

NM1= Nota relativa à Modalidade Atendimento Hospitalar (internação/saídas hospitalares)

NM2= Nota relativa à Modalidade Atendimento Ambulatorial



NM3 = Nota relativa à Modalidade Atendimento em SADT Externo

OBS: Para determinação do divisor do cálculo da NTPS, deverá ser considerado o número de Linhas de serviço contidas no convênio assinado.

I.2 – NOTA TOTAL RELATIVA ÀS METAS QUALITATIVAS

A Nota Total relativa às metas qualitativas (NTMQ) é aferida mediante notas parciais relacionadas à qualidade da assistência, conforme indicadores discriminados no ANEXO TÉCNICO III.

Para cada um dos indicadores de qualidade é verificado o cumprimento da meta, o que implicará na determinação de notas segundo as faixas abaixo:

NTMQ – NOTA TOTAL RELATIVA ÀS METAS QUALITATIVAS			
INDICADORES	META	RESULTADO DO ALCANCE DA META	NOTA ATRIBUÍDA
Satisfação do Usuário	A partir da publicação do Anexo IV versão I: Satisfação do Usuário ≥ 85%	Cumprido por dois períodos consecutivos (2 trimestres)	10
		Cumprido por um período (01 trimestre)	05
		Não cumprido	0
Resolução de Reclamações	A partir da publicação do Anexo IV versão I: Resolução de Reclamações ≥ 85%	Cumprido por dois períodos consecutivos (2 trimestres)	10
		Cumprido por um período (01 trimestre)	05
		Não cumprido	0
Hora Homem /Treinamento	A partir da publicação do Anexo IV versão I: Hora Homem /Treinamento ≥ 2H/H	Cumprido por dois períodos consecutivos (2 trimestres)	10
		Cumprido por um período (01 trimestre)	05
		Não cumprido	0
Eventos Adversos – Segurança do Paciente – Farmacologia (Percentual de Investigação, Análise e Tratativa de Eventos Adversos)	A partir da publicação do Anexo IV versão I: Percentual de Investigação, Análise e Tratativa de Eventos Adversos ≥ 80%	Cumprido por dois períodos consecutivos (2 trimestres)	10
		Cumprido por um período (01 trimestre)	05
		Não cumprido	0
Patência ou boa funcionalidade das FAV confeccionadas no HDS	A partir da publicação do Anexo IV versão I: Patência de FAV ≥ 50% nas fistulas confeccionadas (nativas ou com prótese) e fistulas com prótese confeccionadas no HDS, avaliadas após 6 semanas do procedimento no trimestre.	Cumprido por dois períodos consecutivos (2 trimestres)	10
		Cumprido por um período (01 trimestre)	05
		Não cumprido	0

A Nota Total relativa às metas qualitativas (NTMQ) é calculada pela média aritmética da nota atribuída a cada um dos indicadores de qualidade, conforme fórmula abaixo:

$$NTMQ = \frac{NMQ1 + NMQ2 + NMQ3 + NMQ4 + NMQ5}{5}$$

Sendo:



NMQ1= Nota relativa à meta qualitativa Satisfação do Usuário

NMQ2= Nota relativa à meta qualitativa Resolução de Reclamações

NMQ3= Nota Técnica Hora Homem Treinamento

NMQ4= Nota relativa à meta qualitativa Segurança do Paciente-Farmacologia

NMQ5= Nota relativa à meta qualitativa Patência ou boa funcionalidade das FAV confeccionadas no HDDS.

OBS: Para determinação do divisor do cálculo da NTMQ, deverá ser considerado o número de metas (indicadores) qualitativas contidas convênio assinado.

I.3 – NOTA TOTAL RELATIVA AO CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS

A Nota Total relativa ao cumprimento das Obrigações Contratuais (NTOB) é calculada pela média aritmética das notas atribuídas a cada obrigação contratual, conforme resultado do cumprimento da obrigação (Totalmente cumprida, parcialmente cumprida, não cumprida), sendo atribuídas as pontuações abaixo:

NTOB – NOTA TOTAL RELATIVA ÀS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS		
Obrigação Contratual	Resultado do cumprimento da obrigação	Nota Atribuída
 1 - Informar mensalmente os valores de retenção com o objetivo de formar reserva para assegurar o pagamento de férias e seu terço constitucional, 13º (décimo terceiro) salário, verbas rescisórias (Aviso Prévio, Multa FGTS 40% e demais verbas rescisórias) e seus respectivos encargos, conforme item 3.1.7.1	✓ Totalmente cumprida	10
	⦿ Parcialmente cumprida	5
	✗ Não cumprida	0
 2- Implantar metodologia padronizada de prestação de contas econômico-financeiro nos moldes determinados pelas portarias da Secretaria de Estado da Saúde, conforme item 3.23	✓ Totalmente cumprida	10
	⦿ Parcialmente cumprida	5
	✗ Não cumprida	0
 3 - Realizar a transferência de titularidade para Inova Filial HDDS de todos os contratos com fornecedores, inclusive aqueles referentes às concessionárias, conforme item 3.27.1	✓ Totalmente cumprida	10
	⦿ Parcialmente cumprida	5
	✗ Não cumprida	0

Os indicadores serão apurados pelos integrantes da Comissão de Monitoramento e Avaliação, componentes do Núcleo Especial Controle Econômico-financeiro da Rede Própria - NECORP.

A fórmula da nota total relativa ao cumprimento das obrigações contratuais (NTOB) é:

$$\text{NTOB} = \text{NOB1} + \text{NOB2} + \text{NOB3}$$



Sendo:

NOB1= Nota relativa à obrigação contratual 1 da tabela acima

NOB2= Nota relativa à obrigação contratual 2 da tabela acima

NOB3= Nota relativa à obrigação contratual 3 da tabela acima

OBS: Para determinação do divisor do cálculo da NTOB, deverá ser considerado o atendimento às obrigações contratuais contidas no convênio assinado e definidas na tabela do item I.3".

Os critérios de apresentação pela CONVENIENTE à CONCEDENTE dos itens 1 e 3 estão apresentadas na tabela abaixo:

NTOB – NOTA TOTAL RELATIVA ÀS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS			
META	RESULTADO DO CUMPRIMENTO DA OBRIGAÇÃO	CRITÉRIOS	FORMA DE APRESENTAÇÃO/APURAÇÃO
1 - Informar mensalmente os valores de retenção com o objetivo de formar reserva para assegurar o pagamento de férias e seu terço constitucional, 13º (décimo terceiro) salário, verbas rescisórias (Aviso Prévio, Multa FGTS 40% e demais verbas rescisórias) e seus respectivos encargos, conforme itens 3.1.7.1 	 Totalmente cumprida	Para considerar que houve o total cumprimento do indicador, deve ter sido apresentado, até o 3º dia útil de cada mês, Ofício informando todos os valores solicitados em cláusula específica do Convênio. Indicador totalmente cumprida se apresentado dentro do prazo em todos os meses do período avaliado.	Ofícios enviados via e-docs mensalmente pela Fundação, integrantes do processo administrativo de repasse de custeio. Entre outros aceitos pela Comissão.
	 Parcialmente cumprida	Para considerar que houve o cumprimento parcial do indicador, deve ter sido apresentado Ofício, até o 3º dia útil do mês, informando todos os valores solicitados no Convênio, em pelo menos dois dos meses do período avaliado.	
	 Não cumprida	Para considerar que não houve cumprimento do indicador, a entidade deve não ter atendido aos critérios estabelecidos para ser avaliado "totalmente" ou "parcialmente" cumprido.	



2- Implantar metodologia padronizada de prestação de contas econômico-financeiro nos moldes determinados pelas portarias da Secretaria de Estado da Saúde, conforme item 3.23 	 Totalmente cumprida	Para considerar que houve o total cumprimento do indicador devem ter sido realizadas, dentro do semestre, as tarefas a seguir: plataforma contratada, treinamento dos colaboradores da Fundação e SESA realizado, realização das transmissões de no mínimo 02 (dois) meses, de forma completa, incluindo bloco financeiro e contábil.	Contrato do serviço de plataforma eletrônica; verificação em plataforma de prestação de contas das informações financeiras e contábeis transmitidas; documentos enviados via e-docs, e-mails institucionais e atas de reuniões, lista de presença e demais registros do treinamento. Entre outros aceitos pela Comissão.
	 Parcialmente cumprida	Para considerar que houve o cumprimento parcial do indicador devem ter sido realizadas, dentro do semestre, ao menos as tarefas: contratação da plataforma contratada e treinamento dos colaboradores da Fundação e SESA.	
	 Não cumprida	Quando não tiver sido realizado ao menos a contratação da plataforma eletrônica e treinamento dos colaboradores da Fundação e SESA dentro do semestre.	
3 - Realizar a transferência de titularidade para Inova Filial Dório Silva de todos os contratos com fornecedores, inclusive aqueles referentes às concessionárias, conforme item 3.27.1 	 Totalmente cumprida	Para considerar que houve o total cumprimento do indicador no semestre, devem ter sido realizadas as tarefas a seguir: finalizado a abertura do CNPJ da Inova Filial e transferência de titularidade de todos os contratos com fornecedores, no que couber, inclusive aqueles referentes às concessionárias.	Documento comprobatório da transferência de titularidade, contratos e termos aditivos com prestadores e concessionárias. Entre outros aceitos pela Comissão.
	 Parcialmente cumprida	Para considerar que houve o cumprimento parcial do indicador devem ter sido realizadas, dentro do semestre, ao menos as tarefas: contratação da plataforma contratada e treinamento dos colaboradores da Fundação e SESA.	
	 Não cumprida	Quando não tiver sido realizado ao menos a contratação da plataforma eletrônica e treinamento dos colaboradores da Fundação e SESA dentro do semestre.	

Os indicadores serão apurados pelos integrantes da Comissão de Monitoramento e Avaliação, componentes do Núcleo Especial Controle Econômico-financeiro da Rede Própria - NECORP.

I.4 - NOTA TOTAL RELATIVA ÀS METAS INSTITUCIONAIS - NTMI

Para cada objetivo estratégico foi definido um indicador desdobrado para o HDDS. Cada indicador, a depender do alcance da meta, terá uma nota atribuída.



NTMI - NOTA TOTAL RELATIVA ÀS METAS INSTITUCIONAIS			
	Meta	Resultado do alcance da Meta	Nota Atribuída
1 – Tornar os processos mais ágeis, eficientes e humanizados	A partir da publicação do Anexo IV versão I: Taxa de suspensão de cirurgias $\leq 10\%$ (2º semestre) e $\leq 8\%$ (a partir dos demais semestres)	Cumprido $\leq 10\%$ (2º semestre)	10
		Cumprido $\leq 8\%$ (Demais semestres)	
		Cumprido entre 10,1 % e 15% (2º semestre)	5
		Cumprido entre 8,1 e 13% (demais semestres)	
		Cumprido acima de 15,1% (2º semestre)	0
		Cumprido acima de 13,1% (demais semestres)	
	A partir da publicação do Anexo IV versão I:	Cumprido = 100%	10
	Taxa de entrevista de familiar de potenciais doadores de órgãos e tecidos (50% de alcance) e Percentual de conversão com consentimento familiar: (50 % de alcance), devendo totalizar 100% de alcance	Cumprido entre 70% e 99,9%	5
		Cumprido abaixo de 69,99%	0
2 – Criar cultura de gestão de risco e Segurança Assistencial	A partir da publicação do Anexo IV versão I: Taxa de mortalidade institucional $\leq 8\%$	Cumprido $\leq 8\%$	10
		Cumprido entre 8,1 % e 9,99 %	5
		Cumprido acima de 10%	0



	A partir da publicação do Anexo IV versão I: Incidência de queda de paciente	Cumprido 100% no 1º ao 3º mês (3º trimestre)	10
		Cumprido 100% no 2º e 3º mês (3º trimestre)	
		Cumprido ≤ 2	
	-1º mês do 3º trimestre: Apresentação do Protocolo de Prevenção de Queda (Alcance de 50%) e do Programa de Capacitação de Prevenção Queda. (Alcance de 50%). (Apresentação dos documentos acima representará o total de 100 % de alcance).	Cumprido entre 70 a 99,99% (1º mês do 3º trimestre)	5
		Cumprido entre 70 a 99,99% do 2º e 3º meses (3º trimestre)	
		Cumprido entre 2,1 e 4,9	
	-2º e 3º meses do 3º trimestre: Apresentação de evidência de ações para capacitação da equipe multiprofissional do Hospital (50% alcance) e de acordo com o Programa de Capacitação de Prevenção de Queda (50% alcance). Obs.:Em caso de alteração do programa, enviar a justificativa.	Cumprido: Não entregou os documentos no 1º mês (3º trimestre)	0
		Cumprido: Não entregou os documentos no 2º e 3º meses (3º trimestre)	
		Cumprido entre 2,1 e 4,9 a partir do 4º trimestre	
	Incidência de queda de paciente ≤ 2 por 1000 pacientes-dia (A partir do 4º trimestre)		
		Cumprido 100% no 1º mês (3º trimestre)	10



	A partir da publicação do Anexo IV versão I: Incidência de Lesão por Pressão	Cumprido 100% no 2º e 3º meses (3º trimestre)	
	-1º mês do 3º trimestre: Apresentação do Protocolo de Prevenção de LPP (Alcnc de 50%) e do Programa de Capacitação de Prevenção de LPP. (Alcance de 50%). (Apresentação dos documentos acima representará o total de 100 % de alcance).	Cumprido ≤ 15 % (3º Trimestre)	
		Cumprido entre ≤ 10% (4ª Trimestre)	
		Cumprido ≤ 5% (demais Trimestres)	
	-2º e 3º meses do 3º trimestre: Apresentação de evidência de ações para capacitação da equipe multiprofissional do Hospital (50% de alcance) e de acordo com o Programa de Capacitação de Prevenção de LPP (50% de alcance).	Cumprido entre 70 a 99,99% (1º mês do 3º trimestre)	5
		Cumprido entre 70 a 99,99% do 2º e 3º meses (3º trimestre)	
		99,99% (2º e 3º mês do 3º trimestre)	
		Cumprido entre 15,1% e 17% (3º trimestre)	
		Cumprido entre 10,1% a 12% (4ª trimestre)	
		Cumprido entre 5,1% a 7,99 % (demais trimestres)	
	Obs.:Em caso de alteração do programa, enviar a justificativa.		0
	(Apresentação dos documentos acima	Cumprido: Não entregou os documentos no 1º ,2º	



	representará o total de 100 % de alcance)	e 3º meses (3º trimestre)	
	-3º trimestre: ≤ 15%	Cumprido acima de 17,1 % (3º trimestre)	
	-4º trimestre: ≤ 10%	Cumprido acima 12,1% (4ª trimestre)	
	-Demais trimestres: ≤ 5%	Cumprido acima de 8% (demais trimestres)	
	A partir da publicação do Anexo IV versão I: Densidade de infecção pulmonar relacionada à VM na UTI 1º Mês do 3º trimestre - Apresentação de Protocolos de Prevenção de PAVM= (50% do alcance) Apresentação do Programa de Capacitação de Prevenção de PAVM (50% de alcance). Obs.: Em caso de alteração do programa, enviar a justificativa. (Apresentação dos documentos acima representará o total de 100 % de alcance)	Cumprido = 100% no 1º mês (3º trimestre)	10
		Cumprido = 100% no 2º e 3º meses (3º trimestre)	
		Cumprido ≤ 7 (4º trimestre)	
		Cumprido ≤ 5 (demais trimestres)	5
		Cumprido 70 a 99,99% no 1º mês (3º trimestre)	
		Cumprido 70 a 99,99% no 2º e 3º meses (3º trimestre)	
		Cumprido 7,1 a 7,99 (4º trimestre)	
		Cumprido entre 5,1 a 5,99 (demais trimestres)	
	-4º trimestre: ≤ 7 - Demais trimestres: ≤ 5	Cumprido = Não entregou os documentos (1º, 2º e 3º meses do 3º trimestre)	0
		Cumprido acima 8% (4ª trimestre)	



		Cumprido acima de 6% (demais trimestres)	
	A partir da publicação do Anexo IV versão I: Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas -1º mês do 3º trimestre: Apresentação do Protocolo de Cirurgia Segura – (50% de alcance) e do Programa de Capacitação de Cirurgia Segura- (50% de alcance). (Apresentação dos documentos acima representará o total de 100 % de alcance). -2º e 3º mês do 3º trimestre: ≥ 90% de capacitação da equipe multiprofissional do Hospital de acordo (45% de alcance) e com o Programa de Capacitação de Cirurgia Segura (45% de alcance). Obs.:Em caso de alteração do programa, enviar a justificativa (Apresentação dos documentos acima representará o total de 90 % de alcance). -4º trimestre: ≤ 5% -Demais trimestres: ≤ 4%	Cumprido 100% (1º mês do 3º trimestre)	10
		Cumprido 90% (2º e 3º mês do 3º trimestre)	
		Cumprido 5% (4º trimestre)	
		Cumprido 4% (demais trimestres)	
		Cumprido entre 70 a 99,99% (1º mês do 3º trimestre)	
		Cumprido 69,99 a 89,99% (2º e 3ª meses do 3º trimestre)	5
		Cumprido entre 5,10 a 5,99% (4º trimestre)	
		Cumprido entre 4,10 a 4,99 % (demais trimestres)	
		Cumprido = Não entregou os documentos (1º mês do 3º trimestre)	0
		Cumprido = Não entregou os documentos (2 e 3ª meses do 3º trimestre)	
		Cumprido acima 6% (4º trimestre)	
		Cumprido acima 5% (demais trimestres)	



	A partir da publicação do Anexo IV versão I: Densidade de IPCS laboratorial associada à CVC em UTI-	Cumprido = 100% (1º 3º mês do 3º trimestre)	10
		Cumprido = 90% (2º e 3º meses do 3º trimestre)	
		Cumprido = ≤ 5	
	1º mês do 3º trimestre: Apresentação de Protocolos de Prevenção de IPCS – (Alcance de 50%) e do Programa de Capacitação de Prevenção de IPCS- (50% e alcance).	Cumprido= ≤ 4	5
		Cumprido abaixo de 50% (1º mês do 3º trimestre)	
		Cumprido abaixo de 45 % (2º e 3º meses do 3º trimestre)	
	(Apresentação dos documentos acima representará o total de 100 % de alcance).	Cumprido 5,1 a 5,99 (4º trimestre)	0
		Cumprido entre 4,1 a 4,99 (demais trimestres)	
		Cumprido = Não entregou os documentos (1º mês do 3º trimestre)	
	-2º e 3º mês do 3º trimestre: Apresentação da capacitação da equipe multiprofissional do Hospital – (45% de alcance) de acordo com o Programa de Capacitação de Prevenção de IPCS apresentad de Cirurgia Segura- (45% de alcance).	Cumprido = Não entregou os documentos (2º e 3º meses do 3º trimestre)	0
		Cumprido acima 6% (4ª trimestre)	
		Cumprido acima de 5% (demais trimestres)	
	Obs.:Em caso de alteração do programa, enviar a justificativa.		
	(Apresentação dos documentos acima representará 90 % de alcance).		
	-4º trimestre: ≤ 5		



	-Demais trimestres: ≤ 4	
--	-------------------------	--

A fórmula da nota total relativa ao cumprimento relativo às metas institucionais (NTMI) é:

$$NTMI = \frac{NMI1 + NMI2 + NMI3 + NMI4 + NMI5 + NMI6 + NM7 + NMI8}{8}$$

Sendo:

NMI1= Nota relativa à meta institucional Taxa de Suspensão de cirurgias

NMI2= Nota relativa à meta institucional Taxa de entrevista de familiar de potenciais doadores de órgãos e tecidos e Percentual de conversão com consentimento familiar

NMI3= Nota relativa à meta institucional Taxa de mortalidade

NMI4= Nota relativa à meta institucional Incidência de queda de paciente

NMI5=Nota relativa à meta qualitativa Incidência de Lesão por Pressão

NMI6=Densidade de infecção pulmonar relacionada à VM na UTI

NMI7= Nota relativa à meta qualitativa Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas

NMI8= Nota relativa à meta qualitativa Densidade de IPCS laboratorial associada à CVC em UTI

II – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO INSTITUCIONAL

Uma vez aferido o desempenho institucional (PDI) a partir do somatório da Nota Total da prestação dos serviços contratados (NTPS), da Nota Total relativa às metas qualitativas (NTMQ), da Nota Total relativa às obrigações contratuais (NTOB) e da Nota Total relativa às metas institucionais (NTMI), avalia-se o desempenho global do

Convênio para Gestão Hospitalar com base nas faixas de pontuação abaixo e definido seu impacto a partir da média aritmética das quatro notas acima citadas:

PDI - PONTUAÇÃO DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL		
Resultado do desempenho global	Faixa de Pontuação	Impacto
Cumprimento Integral	Entre 9 a 10 pontos	Não há impacto
Cumprimento Parcial	Entre 7.5 e 8,8 pontos	Não transferência de 1 parcela do RCO
Não cumprimento	Abaixo de 7,5 pontos	Não transferência de 2 parcelas do RCO

O cumprimento parcial ou o não cumprimento, conforme faixa de pontuação definida na tabela acima para a Pontuação de Desempenho Institucional – PDI, após análise semestral e mediante apresentação de relatório elaborado pelas Comissões de Monitoramento e Avaliação, poderá ensejar à CONVENIENTE a não transferência de recurso repassado por meio do Convênio para a cobertura relativa à Remuneração dos Custos Operacionais - RCO (transferência à matriz), da seguinte forma:

- Cumprimento parcial – não transferência de 1 parcela do RCO à matriz no repasse do mês subsequente ao fechamento da avaliação.
- Não cumprimento – não transferência de 2 parcelas do RCO à matriz no repasse do mês subsequente ao fechamento da avaliação.

Será assegurada a ampla defesa e o contraditório pela CONCEDENTE à CONVENIENTE, no prazo estipulado de 5 (cinco) dias úteis, após análise e emissão de relatório relativo à PDI.

III – INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Após a assinatura do Convênio para Gestão Hospitalar, será fornecido pela CONVENIENTE um Manual contendo as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores de desempenho institucional.



Semestralmente, a CONCEDENTE realizará a consolidação e análise do indicador de desempenho institucional, elaborando relatório circunstanciado sobre a avaliação de desempenho global da CONVENIENTE, em conformidade com a periodicidade da avaliação semestral relativa às metas assistenciais.

REFERÊNCIAS TÉCNICAS:

- 1-Agência Nacional de Vigilância em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-2-criterios-diagnosticos-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>. Acesso em 15/06/2026.
- 2- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. ANVISA, 2014.
3. Diretrizes de Padronização de Nomenclatura e Indicadores do Monitoramento Assistencial dos Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde, Fundação e Convênios. Secretaria de Saúde do Espírito Santo - Vitória-ES Versão 2 – 2024. Disponível no site da SESA <https://saude.es.gov.br/GrupodeArquivos/diretrizes-de-monitoramento>. Acesso: 16/06/2026.
- 4- Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.
- 5-Indicadores de Segurança. Proqualis. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/protocolo/protocolo-de-identificacao-do-paciente-0>. Acesso em 15 de junho de 2026.
- 6- Indicadores de Segurança. Proqualis em: <https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/densidade-de-incidencia-de-pneumonia-associada-ventilacao-mecanica-em-pacientes>. Acesso em 15/06/2026.
- 7- Indicadores de Prevenção e Controle de Infecção. Proqualis. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/page/indicadores-de-prevencao-e-controle-de-infeccao>. Acesso em 15/06/2026.
- 8-Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Anexo 01: PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/page/praticas-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em 15 de junho de 2026.



9-Manual para Aplicação de Pesquisa de Satisfação dos Usuários em hospitais de Organização Social do Estado do Espírito Santo- ES. Vitória 2019.

10-Núcleo Especial de Vigilância Sanitária Coordenação Estadual de Controle e Infecção em Serviço Saúde do Estado do Espírito Santo. Disponível: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/VISA/CCIH/RELATORIO_UTI_ADULTO_2025.pdf.

Acesso em 5/06/2026.

11- Práticas de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/page/praticas-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em 15 de junho de 2026.

12- Portaria do Ministério da Saúde nº 1.752 de 23 de setembro 2005 - Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

Manual elaborado por:

Eliane Aparecida Crevelari Dadalto Mendonça

Assistente Técnica do NECAM

Hudson Bremenkamp Miranda

Chefe do Núcleo Especial de Controle, Monitoramento e Avaliação de Contratos

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

HEBER DE SOUZA LAUAR
SUBSECRETARIO ESTADO
SSEC - SESA - GOVES
assinado em 03/07/2026 14:49:51 -03:00

JORGE TEIXEIRA E SILVA NETO
CIDADÃO
assinado em 03/07/2026 14:29:34 -03:00

RAFAEL AMORIM RICARDO
CIDADÃO
assinado em 03/07/2026 14:26:07 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 03/07/2026 14:49:51 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por CARLA RENATA DA SILVA PACHECO (ENFERMEIRO - QSS - NECOS - 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/2026-QWJQR0>