accenture

High performance. Delivered.

Hospital do Subúrbio

Projeto de Verificação Independente da PPP Hospital do Subúrbio

Ref. Contrato de Concessão Administrativa nº 030/2010 para a Gestão e Operação do Hospital do Subúrbio

Produto P5.25 – Relatório dos resultados dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de Desempenho

47º trimestre – 14/03/2022 à 13/06/2022

Salvador, 26 de agosto de 2022

À

Diretoria de Gestão em Unidades Consorciadas e em Parceria Público-Privada

(DGECOP/SESAB)

Concessionária Prodal Saúde S.A.

Sr. Jorge Oliveira

Ref.: Contrato de Prestação de serviços de consultoria e outras avenças, estabelecido entre a Prodal Saúde S.A. e a Accenture do Brasil LTDA., a partir do qual é designado ao Verificador Independente, no item *5.2.2 Operação do VI,* a elaboração do *Relatório dos resultados dos indicadores aferidos, contendo o resultado dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de Desempenho e o cálculo da variação da Contraprestação Mensal Efetiva* para a Parceria Público Privada do Hospital do Subúrbio, Contrato de Concessão Administrativa Nº 30/2010.

Prezado Senhor,

Serve o presente documento para formalizar a V. Sa. a entrega com sucesso do Produto **P5.25 – Relatório dos resultados dos indicadores aferidos, contendo o resultado dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de Desempenho (ref. 47º trimestre)**, conforme Contrato de Prestação de Serviços celebrado entre a Prodal Saúde S.A. e a Accenture do Brasil LTDA.

Sumário

SUMÁRIO 3
LISTA DE FIGURAS 5
LISTA DE TABELAS 6
SUMÁRIO EXECUTIVO 8
INDICADORES QUANTITATIVOS 12
1. Internações Hospitalares 12
1.1 Saídas de Internações Hospitalares 12
1.2 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva 14
2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada 15
3.1 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico 16
INDICADORES DE DESEMPENHO 17
1.1 Revisão de Prontuários 17
1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos 19
1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH 22
1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância 24
1.5 Comissão de Transplante 27
1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA 29
2.1 Intervalo de Substituição 31
2.2 Índice de Renovação 33
2.3 Índice de Resolubilidade na Internação 35
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência 37
2.6 Taxa de Reingresso na UTI – Adulto durante a mesma internação em até 24 horas 40
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto 44
3.2 Densidade de Infecção Hospitalar Associada à Cateter Venoso Central (CVC) 46
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional 48
3.4 Taxa de Mortalidade Institucional COVID 50
3.5 Taxa de Mortalidade Transoperatória 52
3.4A Taxa de Mortalidade Pós-operatória 54
3.6 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) 56
3.7 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico 58
3.8 Taxa de Mortalidade por Sepse 60
3.9 Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão 63
3.10 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) 65
3.11 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical 67
4.1 Implantar Protocolos Clínicos para as Patologias Mais Prevalentes em Urgência e Emergência 69
5.1 Taxa de Atendimento aos Usuários Encaminhados pelo Complexo Regulador 72
6.1 Percentual de Médicos com Título de Especialista 73
6.2 Relação Enfermeiro/Leito 75

6.3 Índice de Atividades de Educação Permanente 77
6.4 Taxa de Acidente de Trabalho 79
7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários 81
7.2 Avaliação da Satisfação do Cliente ou Sua Família 82
8.1 Implantar e Manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para Viabilizar as Diretrizes do Programa HUMANIZASUS 84
9.1 Processo de Acreditação Através de uma das Organizações Certificadoras 86
PESO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO 87
METODOLOGIA DE APURAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO 89

Lista de Figuras

Figura 1 – Ficha Técnica 1, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 2 ao Contrato da Concessão 17
Figura 2 – Ficha Técnica 1, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 2 ao Contrato da Concessão 19
Figura 3 – Ficha Técnica 2, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 2 ao Contrato da Concessão 22
Figura 4 – Ficha Técnica 3, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 2 ao Contrato da Concessão 24
Figura 5 – Ficha Técnica 4, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 2 ao Contrato da Concessão 27
Figura 6 – Ficha Técnica 5, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 2 ao Contrato da Concessão 29
Figura 7 – Ficha Técnica 6, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 31
Figura 8 – Ficha Técnica 7, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 33
Figura 9 – Ficha Técnica 8, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 35
Figura 10 – Ficha Técnica 10, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato da Concessão 37
Figura 11 – Ficha Técnica 11, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato da Concessão 40
Figura 12 – Ficha Técnica 12, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 44
Figura 13 – Ficha Técnica 13, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 46
Figura 14 – Ficha Técnica 14, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 48
Figura 15 – Ficha Técnica 15, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 52
Figura 16 – Ficha Técnica 15, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 54
Figura 17 – Ficha Técnica 16, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 56
Figura 18 – Ficha Técnica 17, do Anexo 4 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato da Concessão 58
Figura 19 – Ficha Técnica 18, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 60
Figura 20 – Ficha Técnica 19, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato da Concessão 63
Figura 21 – Ficha Técnica 20, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 69
Figura 22 – Relação de Protocolos Clínicos Elaborados..... 71
Figura 23 – Ficha Técnica 21, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 72
Figura 24 – Ficha Técnica 23, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 73
Figura 25 – Ficha Técnica 24, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 75
Figura 26 – Ficha Técnica 25, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 77
Figura 27 – Ficha Técnica 26, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 79
Figura 28 – Ficha Técnica 27, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão 81
Figura 29 – Ficha Técnica 28, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato da Concessão 82
Figura 30 – Ficha Técnica 29, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato da Concessão 84
Figura 31 – Ficha Técnica 30, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato da Concessão 86

Lista de Tabelas

TABELA 1 – QUADRO-RESUMO ATENDIMENTO DOS INDICADORES QUANTITATIVOS 8
TABELA 2 – QUADRO-RESUMO ATENDIMENTO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO 9
TABELA 3 – INDICADORES QUANTITATIVOS DE SAÍDAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 12
TABELA 4 – QUADRO RESUMO DOS INDICADORES QUANTITATIVOS DE SAÍDAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 13
TABELA 5 – INDICADORES QUANTITATIVOS DE DIÁRIAS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA 14
TABELA 6 – QUADRO RESUMO DOS INDICADORES QUANTITATIVOS DE DIÁRIAS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA 14
TABELA 7 – INDICADORES QUANTITATIVOS DE CONSULTAS MÉDICAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA 15
TABELA 8 – QUADRO RESUMO DOS INDICADORES QUANTITATIVOS PARA CONSULTAS MÉDICAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA 15
TABELA 9 – INDICADORES QUANTITATIVOS DE SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO 16
TABELA 10 – QUADRO RESUMO DOS INDICADORES QUANTITATIVOS PARA SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO 16
TABELA 11 – RELAÇÃO DE MEMBROS AUSENTES NAS REUNIÕES DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS 18
TABELA 12 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 1.1 REVISÃO DE PRONTUÁRIOS 18
TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO PATOLOGIAS ÓBITOS APURADOS 20
TABELA 14 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR AVALIAÇÃO E REVISÃO DE ÓBITOS 20
TABELA 15 – RELAÇÃO DE MEMBROS AUSENTES NAS REUNIÕES DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E REVISÃO DE ÓBITOS 20
TABELA 16 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 1.2 AVALIAÇÃO E REVISÃO DE ÓBITOS 21
TABELA 17 – RELAÇÃO DE MEMBROS AUSENTES NAS REUNIÕES DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 22
TABELA 18 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 1.3 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 23
TABELA 19 – RELAÇÃO DE MEMBROS AUSENTES NAS REUNIÕES DO COMITÊ DE FÁRMACO, TECNO E HEMO VIGILÂNCIA 25
TABELA 20 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 1.4 COMITÊ DE FÁRMACO, TECNO E HEMO VIGILÂNCIA 26
TABELA 21 – RELAÇÃO DE MEMBROS AUSENTES NAS REUNIÕES DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 28
TABELA 22 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 1.5 COMISSÃO DE TRANSPLANTE 28
TABELA 23 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 1.6 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO - CIPA 30
TABELA 24 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO 32
TABELA 25 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 2.1 INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO 32
TABELA 26 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR ÍNDICE DE RENOVAÇÃO 34
TABELA 27 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 2.2 ÍNDICE DE RENOVAÇÃO 34
TABELA 28 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR ÍNDICE DE RESOLUBILIDADE NA INTERNAÇÃO 35
TABELA 29 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 2.3 ÍNDICE DE RESOLUBILIDADE NA INTERNAÇÃO 36
TABELA 30 – REGISTROS DE CIRURGIAS REALIZADAS ATÉ 60MIN 37
TABELA 31 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR INTERVALO DE TEMPO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 39
TABELA 32 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 2.5 INTERVALO DE TEMPO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 39
TABELA 33 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR TAXA DE REINGRESSO NA UTI-ADULTO DURANTE A MESMA INTERNAÇÃO 43
TABELA 34 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 2.6 TAXA DE REINGRESSO NA UTI–ADULTO DURANTE A MESMA INTERNAÇÃO 43
TABELA 35 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR DENSIDADE GLOBAL DE INFECÇÃO HOSPITALAR NA UTI ADULTO 44
TABELA 36 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 3.1 DENSIDADE GLOBAL DE INFECÇÃO HOSPITALAR NA UTI ADULTO 45
TABELA 37 – CASO DE INFECÇÃO ASSOCIADOS A CATETER VENOSO CENTRAL 46
TABELA 38 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR DENSIDADE DE INFECÇÃO HOSPITALAR ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL 47
TABELA 39 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 3.2 DENSIDADE DE INFECÇÃO HOSPITALAR ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL 47
TABELA 40 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL 48
TABELA 41 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 3.3 TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL 49
TABELA 42 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL COVID 50
TABELA 43 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 3.3 TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL COVID 51
TABELA 44 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE TRANSOPERATÓRIA 52
TABELA 45 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 3.4 TAXA DE MORTALIDADE TRANSOPERATÓRIA 53
TABELA 46 – REGISTROS ÓBITOS PÓS-OPERATÓRIOS 54
TABELA 47 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA 55
TABELA 48 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 3.4A TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA 55
TABELA 49 – REGISTROS ÓBITOS POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO 56
TABELA 50 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO 57
TABELA 51 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 3.5 TAXA DE MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO 57
TABELA 52 – REGISTROS ÓBITOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO 58
TABELA 53 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO 59
TABELA 54 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 3.6 TAXA DE MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO 59
TABELA 55 – REGISTROS ÓBITOS POR SEPSE 60

TABELA 56 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR TAXA DE MORTALIDADE POR SEPSE 61
TABELA 57 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 3.7 TAXA DE MORTALIDADE POR SEPSE 62
TABELA 58 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR TAXA DE OCORRÊNCIA DE ÚLCERA DE DECÚBITO 63
TABELA 59 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 3.8 TAXA DE OCORRÊNCIA DE ÚLCERA DE DECÚBITO 64
TABELA 60 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) 65
TABELA 61 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV) 66
TABELA 62 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO (ITU) 68
TABELA 63 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO (ITU) 68
TABELA 64 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 4.1 IMPLANTAR PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA AS PATOLOGIAS MAIS PREVALENTES EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 71
TABELA 65 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR TAXA DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS ENCAMINHADOS PELO COMPLEXO REGULADOR 72
TABELA 66 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR PERCENTUAL DE MÉDICOS COM TÍTULO DE ESPECIALISTA 73
TABELA 67 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 6.1 PERCENTUAL DE MÉDICOS COM TÍTULO DE ESPECIALISTA 74
TABELA 68 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR RELAÇÃO ENFERMEIRO/LEITO 76
TABELA 69 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 6.2 RELAÇÃO ENFERMEIRO/LEITO 76
TABELA 70 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR ÍNDICE DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE 78
TABELA 71 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 6.3 ÍNDICE DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE 78
TABELA 72 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR TAXA DE ACIDENTE DE TRABALHO 79
TABELA 73 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 6.4 TAXA DE ACIDENTE DE TRABALHO 80
TABELA 74 – QUADRO RESUMO DO INDICADOR PROVER MEIOS DE ESCUTA DOS USUÁRIOS 81
TABELA 75 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 7.1 PROVER MEIOS DE ESCUTA DOS USUÁRIOS 81
TABELA 76 – APLICAÇÃO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO 82
TABELA 77 – PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO 83
TABELA 78 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 7.2 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE OU SUA FAMÍLIA 83
TABELA 79 – RELAÇÃO DE MEMBROS AUSENTES NAS REUNIÕES DO GRUPO DE TRABALHO EM HUMANIZAÇÃO (GTH) 84
TABELA 80 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 8.1 IMPLANTAR E MANTER GRUPO DE TRABALHO EM HUMANIZAÇÃO (GTH) PARA VIABILIZAR AS DIRETRIZES DO PROGRAMA HUMANIZASUS 85
TABELA 81 – RESULTADO APURAÇÃO INDICADOR 9.1 PROCESSO DE ACREDITAÇÃO ATRAVÉS DE UMA DAS ORGANIZAÇÕES CERTIFICADORAS 86
TABELA 82: DISTRIBUIÇÃO DE PESOS DOS INDICADORES QUANTITATIVOS NA CME 87
TABELA 83: DISTRIBUIÇÃO DE PESOS DOS INDICADORES DE DESEMPENHO NA CME 87

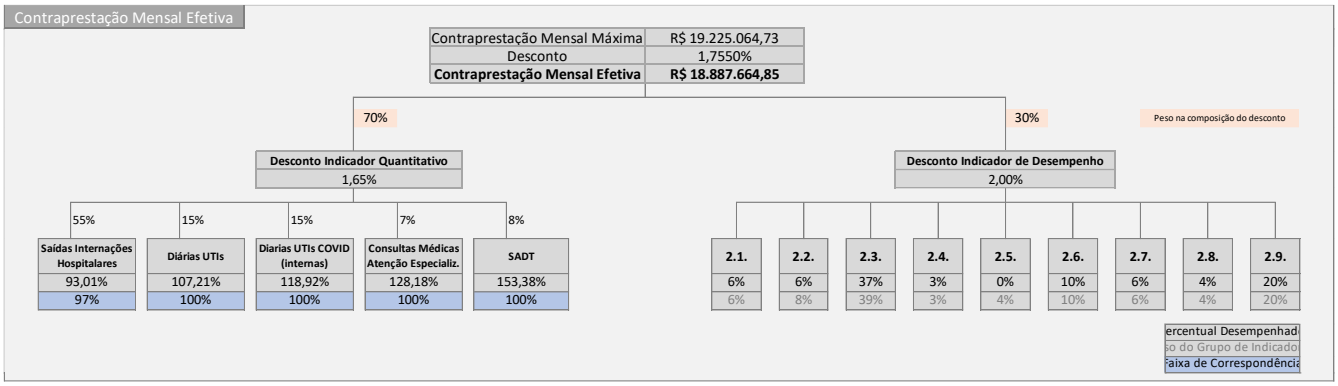
Sumário Executivo

O presente documento, **Produto P5.25 - Relatório dos resultados dos indicadores aferidos, contendo o resultado dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de Desempenho (ref. 47º trimestre),** tem como objetivo documentar a avaliação realizada pelo Verificador Independente referente aos Indicadores Quantitativos e Indicadores de Desempenho empregados na avaliação da Concessão Administrativa para gestão e operacionalização da Parceria Público Privada do Hospital do Subúrbio no período compreendido entre 14 de março de 2022 e 13 de junho de 2022, que compõe o 47º trimestre de operação.

Conforme determinado no Ofício SAIS nº 1026/2018 e decisão final, de 21 de outubro de 2019, da Comissão Técnica para Resolução das Divergências do Contrato de Concessão Administrativa 030/2010, a avaliação foi realizada seguindo os termos do Contrato Nº 030/2010 e aditivos, desconsiderando as instruções do Ofício SAIS Nº 315/2013.

Esta apuração contempla as alterações de escopo definidas por meio do Termo Aditivo nº 07 ao Contrato firmado no dia 21 de julho de 2021. Adicionalmente, tendo em vista que as referidas alterações foram realizadas ao longo do trimestre, foi aplicada a proporcionalidade das metas quantitativas pro rata die, conforme estabelecido no referido termo aditivo. O racional de cálculo das metas ajustadas para o trimestre de apuração é apresentado no próximo tópico deste relatório.

Para o trimestre em questão, o valor calculado para a Contraprestação Mensal Efetiva (CME) totalizou R$ 18.887.664,85 valor correspondente ao desconto da Contraprestação de 1,7550%, seguindo a composição demonstrada a seguir.



Cumpre destacar que para a conversão dos leitos UTI COVID no 7º Termo Aditivo não há indicação do valor da contraprestação máxima a ser deduzido em decorrência desta alteração, portanto, assim que houver a formalização do novo Termo Aditivo este deverá prever os efeitos financeiros desta conversão a partir do mês de competência de outubro/2021.

Nas tabelas a seguir são apresentados os resultados de cada indicador, informando: as metas estabelecidas pelo Edital, o reporte apresentado pela Concessionária, a apuração do Verificador Independente e a indicação de desconto ou não do indicador na Contraprestação.

Tabela 1 – Quadro-resumo Atendimento dos Indicadores Quantitativos

Área	Meta trimestre	Reporte da Concessionária	Apuração Verificador Independente	Percentual de Atendimento Apurado
1.1 Saídas de Internações Hospitalares	3.163	2.945	2.942	93,01%
1.2 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva (não COVID)	4.927	5.297	5.282	107,21%
1.2 B Diárias de Unidades de Terapia Intensiva (COVID internas)	4.217	5.036	5.015	118,92%

Área	Meta trimestre	Reporte da Concessionária	Apuração Verificador Independente	Percentual de Atendimento Apurado
2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada*	3.307	4.239	4.239	128,18%
3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	30.910	50.073	47.409	153,38%

Tabela 2 – Quadro-resumo Atendimento dos Indicadores de Desempenho

Indicador	Meta trimestre	Reporte da Concessionária	Apuração Verificador Independente	Contabilizado no Indicador
1.1 Revisão de Prontuários	Realização de reuniões mensais, com registro em ata do número de prontuários analisados, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas	-	Realização de reuniões mensais, relatórios de Auditoria de prontuários	✓
1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos	Realização de reuniões mensais, com registro em ata e 80% dos óbitos investigados	-	Realização de reuniões mensais, relatórios de Avaliação de Óbitos com 100% dos casos avaliados	✓
1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH	Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas	-	Realização de reuniões mensais registradas em ata	✓
1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância	Realização de reuniões mensais com registro em ata e análise crítica dos casos notificados. Ações realizadas, segundo as orientações da rotina implantada	-	Realização de reuniões mensais registradas em ata.	✓
1.5 Comissão de Transplantes	Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas	-	Realização de reuniões mensais registradas em ata.	✓
1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA	Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas	-	Realização de reuniões mensais registradas em ata	✓
2.1 Intervalo de Substituição	Máximo de 2,3 dias	0,6	0,5	✓
2.2 Índice de Renovação	Mínimo de 4,9 saídas/leito	9,8	9,12	✓
2.3 Índice de Resolubilidade na Internação	Mínimo de 90%	68,3%	66,57%	✗
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	Mínimo de 90%	96,9%	92,42%	✓

Indicador	Meta trimestre	Reporte da Concessionária	Apuração Verificador Independente	Contabilizado no Indicador
2.6 Taxa de Reingresso na UTI-Adulto Durante a Mesma Internação	Máximo de 2,3%	0,4%	1,62%	✓
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	Máximo de 20/1.000	7,7/1000	5,83/1.000	✓
3.2 Densidade de Infecção Hospitalar Associada a Venoso Central (CVC)	Máximo de 4,4/1.000	3,0/1000	2,58/1.000	✓
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional	Máximo de 6,28%	5,48%	10,33%	✗
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional COVID	Máximo de 40,83%	21,42%	0,00%	✓
3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória	Máximo de 0,51%	0,1%	0,1%	✓
3.4A – Taxa de Mortalidade Pós-Operatória	Máximo de 2%	0,7%	1,10%	✓
3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	Máximo de 10%	4,0%	1,59%	✓
3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Máximo de 15%	9,0%	3,45%	✓
3.7 Taxa de Mortalidade por SEPSE	Máximo de 32,2%	27,7%	24,31%	✓
3.8 Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão	Máximo de 3,84%	1,9%	1,9%	✓
3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	Máximo de 3,12/1.000	2,1/1.000	1,25/1.000	✓
3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	Máximo de 1,22/1.000	1,0/1.000	0,00/1.000	✓

Indicador	Meta trimestre	Reporte da Concessionária	Apuração Verificador Independente	Contabilizado no Indicador
4.1 Implantar Protocolos Clínicos para as Patologias Mais Prevalentes em Urgência e Emergência	Elaborar e implantar 03 protocolos por trimestre e aplicação do protocolo COVID	Documento emitido pela Diretoria Técnica e Planilha de implementação de Protocolos	Protocolos elaborados e implantados	✓
5.1 Taxa de Atendimento aos Usuários Encaminhados pelo Complexo Regulador	Mínimo de 99,2%	-	2,01%	✗
6.1 Percentual de Médicos com Título de Especialista	Mínimo de 82%	88,93%	89,26%	✓
6.2 Relação Enfermeiro/Leito	Mínimo de 0,40	0,90	0,7853	✓
6.3 Índice de Atividades de Educação Permanente	Mínimo de 6,5/1.000 horas trabalhadas	13,23/1000	13,23/1000	✓
6.4 Taxa de Acidente de Trabalho	Máximo de 0,30%	0,15%	0,15%	✓
7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários	Igual a 100%	100%	100%	✓
7.2 Avaliação da Satisfação do Usuário	Mínimo de 80%	99,11%	99,23%	✓
8.1 Implantar e Manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para Viabilizar as Diretrizes do Programa HUMANIZASUS	Realizar pelo menos 3 treinamentos, abordando os 5 temas preconizados pelos princípios norteadores da Política de Humanização, conforme Ficha do Indicador.	Listas de treinamentos e atividades	Lista de treinamentos e três atividades com temas distintos	✓
9.1 Processo de Acreditação através de Uma das Organizações Certificadoras	Unidade Hospitalar acreditada após 24 meses do início da operação	Certificado de Acreditação	Acreditação vigente	✓

Legenda:

✗ Desconto

✓ Sem desconto

Indicadores Quantitativos

Nesta seção serão apresentados os Indicadores Quantitativos apurados pelo Verificador Independente para o 45º trimestre da Concessão.

Nos tópicos a seguir são apresentadas as apurações detalhadas por: (1.1) Saídas de Internações Hospitalares, (1.2) Diárias de Unidades de Terapia Intensiva, (2.1) Consultas Médicas em Atenção Especializada e (3.1) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Internações Hospitalares

1.1 Saídas de Internações Hospitalares

Conforme 7º Termo Aditivo, este indicador é composto pelos Serviços Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Clínica Pediátrica.

A metodologia de apuração não sofreu alteração entre os aditivos, entretanto foi acrescentada a necessidade de subtração da Meta, o quantitativo de pacientes autorizados a serem encaminhados pelo CER, porém não efetivamente enviados às dependências da Concessionária.

No quadro abaixo é apresentado o Indicador Quantitativo de Saídas de Internação Hospitalar em suas subdivisões, contendo: as metas trimestrais, o quantitativo de pacientes autorizados e não encaminhados pela CER, as quantidades reportadas pela Concessionária, quantidades apuradas pelo Verificador Independente e o percentual de atendimento da meta trimestral.

Tabela 3 – Indicadores Quantitativos de Saídas de Internação Hospitalar

Área	Meta (7º TA)	Quantitativo CER	Meta (Subtraindo CER)	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente	Percentual de Atendimento
Clínica Médica	1.177	-	-	1.145	961	81,65%
Clínica Cirúrgica	1.191	-	-	1.318	1.537	129,05%
Clínica Pediátrica	876	-	-	482	444	50,68%
TOTAL	**3.244**	**81**	**3.163**	**2.945**	**2.942**	93,01%

A apuração dos Indicadores Quantitativos de Internação Hospitalar foi baseada nas bases de dados extraídas do sistema operacional do Hospital do Subúrbio.

Conforme definido no Ofício SAIS nº 1026/2018, e pela decisão final, de 21 de outubro de 2019, do item Nº 01.a da Comissão Técnica para Resolução das Divergências do Contrato de Concessão Administrativa 030/2010, foi desconsiderado o teor do Ofício SAIS Nº315/2013, não mais sendo contabilizadas as Saídas de Regulação, onde, para os pacientes encaminhados à regulação provenientes de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica e Clínica Médica Cirúrgica II era prevista a adição de uma nova saída a cada 5 (cinco) dias durante sua permanência no hospital e para os pacientes provenientes de Unidades de Terapia Intensiva (UTI Adulto e Pediátrica) era prevista a adição de uma nova saída a cada 7 (sete) dias. Também conforme instrução do Ofício SAIS nº 1109/2018 não foram contabilizadas neste indicador as transferências internas.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 4 – Quadro Resumo dos Indicadores Quantitativos de Saídas de Internação Hospitalar

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
3.163	**2.945**	**2.942**
Conclusão da apuração		
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Internação Hospitalar corresponde a 93,01% da meta estabelecida para o 47º trimestre.		

1.2 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva

Conforme 7º Termo Aditivo, este indicador é composto pelos serviços de UTI Adulto (Internas Não Covid), UTI Adulto (Internas COVID), UTI Adulto (Hospital de Campanha) e UTI Pediátrica.

No quadro abaixo é apresentado o Indicador Quantitativo de Diárias de Unidades de Terapia Intensiva em suas subdivisões, contendo: as metas trimestrais, as quantidades reportadas pela Concessionária, quantidades apuradas pelo Verificador Independente e o percentual de atendimento da meta trimestral.

Tabela 5 – Indicadores Quantitativos de Diárias de Unidades de Terapia Intensiva

Área	Meta trimestre	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente	Percentual de Atendimento
UTI Adulto (Internas Não COVID)	4.106	4.431	4.420	107,65%
UTI Pediátrica	821	866	862	104,99%
TOTAL	4.927	**5.297**	**5.282**	**107,21%**

Área	Meta trimestre	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente	Percentual de Atendimento
UTI Adulto (Internas COVID)	4.217	5.036	5.015	118,92%

A apuração dos Indicadores Quantitativos de Diárias de Unidades de Terapia Intensiva foi baseada nas bases de dados extraídas do sistema operacional do Hospital do Subúrbio.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 6 – Quadro Resumo dos Indicadores Quantitativos de Diárias de Unidades de Terapia Intensiva

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
9.144	**10.333**	**10.297**
Conclusão da apuração		
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Diárias de UTI não COVID corresponde a 107,21% e Diárias de UTI internas COVID) corresponde a 118,92% da meta estabelecida para o 47º trimestre.		

2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada

Conforme 7º Termo Aditivo, este indicador consiste no número de Consultas Médicas em Atenção Especializada.

No quadro a seguir é apresentado o Indicador Quantitativo de Consultas Médicas em Atenção Especializada contendo: as metas trimestrais, as quantidades reportadas pela Concessionária, quantidades apuradas pelo Verificador Independente e o percentual de atendimento da meta trimestral.

Tabela 7 – Indicadores Quantitativos de Consultas Médicas em Atenção Especializada

Área	Meta trimestre	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente	Percentual de Atendimento
Consultas Médicas em Atenção Especializada	**3.307**	**4.239**	**4.239**	**128,18%**

Conforme descrição apresentada na página 8 do Anexo 1, parte integrante do Apêndice 4 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a contabilização do indicador Consultas Médicas em Atenção Especializada, ainda conforme definição do indicador, são considerados os acompanhamentos para egressos nas áreas de Urologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Bucomaxilo, e, a partir do dia 21/07/2021, também das áreas de Cirurgia Geral e Cirurgia Pediátrica. Desta forma a contabilização realizada pelo Verificador Independente se restringiu a estas especialidades.

A apuração dos Indicadores Quantitativos de Consultas Médicas em Atenção Especializada foi baseada nas bases de dados extraídas do sistema operacional do Hospital do Subúrbio.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 8 – Quadro Resumo dos Indicadores Quantitativos para Consultas Médicas em Atenção Especializada[1]

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
3.307	**4.239**	**4.239**
Conclusão da apuração		
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Consultas Médicas em Atenção Especializada corresponde a 128,18% da meta estabelecida para o 47º trimestre.		

3.1 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

No quadro a seguir é apresentado o Indicador Quantitativo de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico em suas subdivisões, contendo: as metas trimestrais projetadas, as quantidades reportadas pela Concessionária, quantidades apuradas pelo Verificador Independente e o percentual de atendimento da meta trimestral.

Tabela 9 – Indicadores Quantitativos de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Área	Meta trimestre	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente	Percentual de Atendimento
1. Diagnóstico em Laboratório Clínico	23.888	34.966	34.860	146%
2. Diagnóstico em Radiologia	4.206	9.342	6.835	163%
3. Diagnóstico por Ultra-Sonografia	316	482	460	146%
4. Diagnóstico por Ressonância Nuclear Magnética	324	578	578	178%
5. Diagnóstico por Tomografia Computadorizada	1.441	3.864	3.850	267%
6. Diagnóstico por Endoscopia	30	7	7	23%
7. Métodos Diagnósticos em Especialidade Eletrocardiograma Eletroencefalograma	705	834	819 (Eletrocardiograma: 819) (Eletroencefalograma: 0)	116%
TOTAL	**30.910**	**50.073**	**47.409**	**153,38%**

Dentre os valores apurados pelo Verificador Independente, reportados acima, foram contabilizados como exames de atendimento de demandas externas os seguintes quantitativos:

Diagnóstico por Ressonância Nuclear Magnética: 532 (quinhentos e trinta e dois);

Diagnóstico por Tomografia Computadorizada: 240 (duzentos e quarenta);

Conforme descrição apresentada na tabela 4.D do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, os quantitativos de Diagnóstico em Laboratório Clínico, Diagnóstico em Radiologia, Diagnóstico por Ultra-Sonografia, Diagnóstico por Endoscopia e Métodos Diagnósticos em Especialidade (Eletrocardiograma e Eletroencefalograma) se restringem aos atendimentos somente de demandas internas, referentes aos pacientes de ambulatório, urgências e emergências, portanto para os tipos de diagnósticos citados a apuração realizada pelo Verificador Independente se limitou às demandas internas.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 10 – Quadro Resumo dos Indicadores Quantitativos para Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
30.910	**50.073**	**47.409**
Conclusão da apuração		
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico corresponde a 153,38% da meta calculada para o 47º trimestre.		

Indicadores de Desempenho

Nesta seção serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados para o 47º trimestre de operação da Concessão.

A seguir apresentamos as apurações detalhadas para cada um dos indicadores de desempenho.

1.1. Revisão de Prontuários

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 1 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Revisão de Prontuários visa avaliar a operacionalização da Comissão de Avaliação de Prontuários de Pacientes.

Ficha Técnica 1

1.1. Revisão de Prontuários

1.2. Avaliação e revisão de Óbitos

- ***Comissão de Avaliação e Revisão do Prontuário do Paciente / Comissão de Revisão de Óbitos***

A obrigatoriedade da implantação da comissão de revisão do prontuário está definida pelos Conselhos Regionais de Medicina. Mesmo que não fossem obrigatórias, a progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da área de saúde exigiriam uma constante avaliação dos prontuários e a revisão sistemática de óbitos. A articulação das duas comissões é instrumento importante de controle de qualidade nas instituições hospitalares. O conhecimento das causas e dos processos envolvidos (eventos adversos) na ocorrência do óbito são aspectos de grande relevância e contribuem para o aprimoramento da atenção e do cuidado no hospital. Possibilitam, ainda, o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e em especial do prontuário do Cliente.

O aperfeiçoamento do Prontuário Eletrônico do Paciente e a análise de seu preenchimento permitem a redução de custo e a melhoria substancial da informação clínica.

Figura 1 – Ficha Técnica 1, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 2 ao Contrato da Concessão

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos:

Portaria Nº 180/21 de 07 de outubro de 2021, com a designação do presidente e membros que compõem a Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente;

Ata de reunião da Comissão de Revisão de Prontuário do Hospital do Subúrbio (CRP), realizada em 07/04/2022;

Ata de reunião da Comissão de Revisão de Prontuário do Hospital do Subúrbio (CRP), realizada em 09/05/2022;

Ata de reunião da Comissão de Revisão de Prontuário do Hospital do Subúrbio (CRP), realizada em 08/06/2022.

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta do indicador *1.1 Revisão de Prontuários* para o 47º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é: Realização de reuniões mensais, com registro em ata do número de prontuários analisados, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

Em resposta ao Relatório de Controle e Acompanhamento do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, procedemos com a retirada do Enfº Gustavo Carvalho da relação de membros ausentes, visto que o mesmo não faz parte desta Comissão.

Adicionalmente, sem impacto para a apuração deste indicador, o Verificador Independente identificou a ausência dos seguintes membros designados:

Tabela 11 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões de Revisão de Prontuários

Reunião	Membros Ausentes
Comissão de Revisão de Prontuário do Hospital do Subúrbio (CRP), realizada em 07/04/2022	Dr. Divaldo Lopes; Enfª Márcia Torres; Dr. Ricardo Cotias Enfª Zagma Silva;Dra. Alessandra Franklin; Sr. Rodrigo Souza
Comissão de Revisão de Prontuário do Hospital do Subúrbio (CRP), realizada em 09/05/2022	Enfº Gustavo Carvalho; Enfª Márcia Torres; Dr. Ricardo Cotias; Enfª Zagma Silva;Dra. Alessandra Franklin; Sr. Rodrigo Souza
Comissão de Revisão de Prontuário do Hospital do Subúrbio (CRP), realizada em 08/06/2022	Enfª Márcia Torres; Dr. Ricardo Cotias; Enf. Gustavo Carvalho; Enfª Zagma Silva;Dra. Alessandra Franklin; Sr. Rodrigo Souza

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 12 – Resultado Apuração Indicador 1.1 Revisão de Prontuários

Indicador	Indicação de Atendimento
1.1 Revisão de Prontuários	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com registro dos prontuários analisados, identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

1.2. Avaliação e Revisão de Óbitos

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 1 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Avaliação e Revisão de Óbitos visa avaliar a operacionalização da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos.

Ficha Técnica 1

1.1. Revisão de Prontuários

1.2. Avaliação e revisão de Óbitos

- ***Comissão de Avaliação e Revisão do Prontuário do Paciente / Comissão de Revisão de Óbitos***

A obrigatoriedade da implantação da comissão de revisão do prontuário está definida pelos Conselhos Regionais de Medicina. Mesmo que não fossem obrigatórias, a progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da área de saúde exigiriam uma constante avaliação dos prontuários e a revisão sistemática de óbitos. A articulação das duas comissões é instrumento importante de controle de qualidade nas instituições hospitalares. O conhecimento das causas e dos processos envolvidos (eventos adversos) na ocorrência do óbito são aspectos de grande relevância e contribuem para o aprimoramento da atenção e do cuidado no hospital. Possibilitam, ainda, o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e em especial do prontuário do Cliente.

O aperfeiçoamento do Prontuário Eletrônico do Paciente e a análise de seu preenchimento permitem a redução de custo e a melhoria substancial da informação clínica.

Figura 2 – Ficha Técnica 1, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 2 ao Contrato da Concessão

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos:
Portaria Nº 175/21 de 30 de setembro de 2021, com a designação do presidente e membros que compõem a Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos;

Em resposta ao Relatório de Controle e Acompanhamento do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, apresentamos abaixo as atas de reuniões realizadas dentro do período trimestral:

Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 16/03/2022;
Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 20/04/2022;
Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 18/05/2022;
Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbito referente ao período 14/03/2021 a 13/04/2022;
Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbito referente ao período 14/03/2021 a 13/05/2022;
Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbito referente ao período 14/03/2021 a 13/06/2022.

Nos relatórios apresentados pela Concessionária, foi reportada a seguinte distribuição dos óbitos por grupo de patologias:

Tabela 13 – Distribuição Patologias Óbitos Apurados

Motivos associados	Quantidade de Óbitos
Infeccioso	144
Neurológico	84
Respiratório	61
Digestivo	23
Cardiovascular	39
Causa Externa	25
Renal	17
Neoplasia	20
TOTAL	**413**

Os valores acima refletem o registro das causas apresentadas nos relatórios avaliados, podendo um único óbito apresentar mais de um grupo de patologia. Desta forma, o valor total da tabela não equivale ao número total de óbitos avaliados. A Concessionária pontua que todos os motivos de óbitos são analisados, sendo que, aqueles que geraram internação (institucionais), passam pela avaliação dos procedimentos assistenciais enquanto os óbitos de pacientes não internados são avaliados quanto às causas dos óbitos.

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Óbitos ocorridos no período: **412 (quatrocentos e doze) óbitos,** divididos em:
Pacientes internados: **338 (trezentos e trinta e oito) óbitos** (82%);
Pacientes não internados: **74 (setenta e quatro) óbitos** (18%).

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta do indicador *1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos* para o 47º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é: Realização de reuniões mensais, com registro em ata e 80% dos óbitos investigados.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 14 – Quadro Resumo do Indicador Avaliação e Revisão de Óbitos

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
80% dos óbitos investigados	**100%**	**100%**

Adicionalmente, sem impacto para a apuração deste indicador, o Verificador Independente identificou a ausência dos seguintes membros designados:

Tabela 15 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos

Reunião	Membros Ausentes
Reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 16/03/2022	Dra. Alesandra Franklin; Jeane Xavier; Rogério Palmeira
Reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 20/04/2022	Dra. Alesandra Franklin; Jeane Xavier; Rogério Palmeira
Reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 18/05/2022	Dra. Alesandra Franklin; Jeane Xavier; Rogério Palmeira

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 16 – Resultado Apuração Indicador 1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos

Indicador	Indicação de Atendimento
1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que foram comprovadas as realizações das reuniões mensais e foram avaliados 100% dos óbitos, valor superior ao estabelecido para a meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

1.3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 2 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH visa avaliar a operacionalização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Ficha Técnica 2

1.3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH

- ***CCIH***

A Lei Federal 9.431 de 06/01/97 instituiu a obrigatoriedade da existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais. Em 13/05/98, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2.616/98, com diretrizes e normas para a execução destas ações, adequando-as à nova legislação.

A obrigatoriedade legal, no entanto, não foi suficiente para que a grande parte dos hospitais cumprisse as normas editadas. Em estudo recente do CREMESP, com 158 hospitais do estado de São Paulo, foi constatado que 82% das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar não funcionam adequadamente em pelo menos um dos itens analisados. O funcionamento e a organização das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) foram avaliados segundo oito itens obrigatórios que constam na legislação: existência da comissão, formalização da comissão, membros executores, membros consultores, infraestrutura mínima, reunião periódica, regimento interno e participação na padronização de materiais. Dos hospitais visitados, 130 unidades deixaram de atender a pelo menos um dos itens. Portanto, o funcionamento apropriado da CCIH na realidade hospitalar brasileira é instrumento da melhoria da qualidade da gestão hospitalar.

Figura 3 – Ficha Técnica 2, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 2 ao Contrato da Concessão

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos:

Portaria Nº 170/21 de 23 de setembro de 2021, com a designação do presidente e membros que compõem a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, realizada em 18/03/2022;

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, realizada em 14/04/2022;

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, realizada em 16/05/2022;

Relatório de Indicadores Epidemiológicos, referente ao período de 14/03/2022 a 13/06/2022;

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta do indicador *1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)* para o 47º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é: Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

Adicionalmente, sem impacto para a apuração deste indicador, o Verificador Independente identificou a ausência dos seguintes membros designados:

Tabela 17 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Reunião	Membros Ausentes
Reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, realizada em 18/03/2022	Dr.Divaldo Ribeiro; Enfª Vilma Ramos; Enfª Carol Rangel; Isabella Lima; Enfª Lorena Barros; Enfª Larissa Andrade; Dr. Maurício Souza
Reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, realizada em 14/04/2022	Dr.Divaldo Ribeiro; Enfª Vilma Ramos; Isabella Lima; Dr. Maurício Souza

Reunião	Membros Ausentes
Reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, realizada em 16/05/2022	Dr.Divaldo Ribeiro; Enfª Vilma Ramos; Enfª Carol Rangel; Isabella Lima; Enfª Lorena Barros; Enfª Larissa Andrade; Dr. Maurício Souza

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 18 – Resultado Apuração Indicador 1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Indicador	Indicação de Atendimento
1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com a identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

1.4. Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 3 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância visa avaliar a operacionalização do Comitê.

Ficha Técnica 3

1.4. Comitê de Fármaco, tecno e hemo Vigilância

- ***Comitê de Farmacovigilância***

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a ciência e as respectivas atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou de qualquer problema possível relacionado com fármacos. Esse campo de atividade tem-se expandindo e, recentemente, incluiu novos elementos de observação e estudo, como:

- Plantas medicinais;
- Medicina tradicional e complementar;
- Produtos derivados de sangue;
- Produtos biológicos;
- Produtos médico-farmacêuticos;
- Vacinas.

Além das reações adversas a medicamentos, são questões relevantes para a farmacovigilância:

- Desvios da qualidade de produtos farmacêuticos;
- Erros de administração de medicamento;
- Notificações de perda da eficácia;
- Uso de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada;
- Notificação de casos de intoxicação aguda ou crônica por produtos farmacêuticos;
- Avaliação de mortalidade;
- Abuso e uso errôneo de produtos;
- Interações, com efeitos adversos, de fármacos com substâncias químicas, outros fármacos e alimentos.
- **Tecnovigilância**:

É o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós comercialização, Com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a e a promoção da saúde da população

Hemovigilância:

É um sistema de avaliação e alerta, organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os **efeitos indesejáveis** e/ou **inesperados** da utilização de hemocomponentes a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência

Figura 4 – Ficha Técnica 3, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 2 ao Contrato da Concessão

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos:

Portaria Nº 171/21 de 30 de setembro de 2021, com a designação do presidente e membros que compõem o Comitê de Fármaco Tecno e Hemo Vigilância;

Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemovigilância, realizada em 12/04/2022;

Ficha de notificação de evento relacionado a assistência à saúde, registro 3001124312;

Formulário de notificação de reação adversa a medicamentos, registro 3001124312;
Formulário de notificação da ANVISA (NOTIVISA), código 3001124312;
Ficha de notificação de evento relacionado a assistência à saúde, registro 300124313;
Formulário de notificação de reação adversa a medicamentos, registro 300124313;
Formulário de notificação da ANVISA (NOTIVISA), código 300124313;
Ficha de notificação de evento relacionado a assistência à saúde, registro 300124314;
Formulário de notificação de reação adversa a medicamentos, registro 300124314;
Formulário de notificação da ANVISA (NOTIVISA), código 300124314;
Ficha de notificação de evento relacionado a assistência à saúde, registro 300124315;
Formulário de notificação de reação adversa a medicamentos, registro 300124315;
Formulário de notificação da ANVISA (NOTIVISA), código 300124315;
Ficha de notificação de evento relacionado a assistência à saúde, registro 202203000845;
Formulário de notificação de reação adversa a medicamentos, registro 202203000845;
Formulário de notificação da ANVISA (NOTIVISA), código 202203000845;
Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemovigilância, realizada em 10/05/2022;
Ficha de notificação de evento relacionado a assistência à saúde, registro 300130742;
Formulário de notificação de reação adversa a medicamentos, registro 300130742;
Formulário de notificação da ANVISA (NOTIVISA), código 300130742;
Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemovigilância, realizada em 07/06/2022;
Ficha de notificação de evento relacionado a assistência à saúde, registro 300134522;
Formulário de notificação de reação adversa a medicamentos, registro300134522;
Formulário de notificação da ANVISA (NOTIVISA), código 300134522;
Ficha de notificação de evento relacionado a assistência à saúde, registro 300134529;
Formulário de notificação de reação adversa a medicamentos, registro 300134529;
Formulário de notificação da ANVISA (NOTIVISA), código 300134529;
Ficha de notificação de evento relacionado a assistência à saúde, registro 300135360;
Formulário de notificação de reação adversa a medicamentos, registro 300135360;
Formulário de notificação da ANVISA (NOTIVISA), código 300135360;

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta do indicador *1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância* para o 47º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é: Realização de reuniões mensais com registro em ata, e análise crítica dos casos notificados. Ações realizadas, segundo as orientações da rotina implantada.

Adicionalmente, sem impacto para a apuração deste indicador, o Verificador Independente identificou a ausência dos seguintes membros designados:

Tabela 19 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões do Comitê de Fármaco, tecno e hemo vigilância

Reunião	Membros Ausentes
Comitê de Fármaco, tecno e hemo vigilância, realizado em 12/042022	Dra. Isa Menezes Lyra; Leonardo do Reis; Gustavo Carvalho; Vilma Ramos; Márcia Torres
Comitê de Fármaco, tecno e hemo vigilância, realizado em 10/05/2022	Dra. Isa Menezes Lyra; Gustavo Carvalho; Vilma Ramos; Márcia Torres
Comitê de Fármaco, tecno e hemo vigilância, realizado em 07/06/2022	Dra. Isa Menezes Lyra; Gustavo Carvalho; Vilma Ramos; Márcia Torres

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 20 – Resultado Apuração Indicador 1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo vigilância

Indicador	Indicação de Atendimento
1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com a identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

1.5. Comissão de Transplante

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 4 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Comissão de Transplantes visa avaliar a operacionalização da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT).

Ficha Técnica 4

1.5. Comissão de Transplante

- ***Comissão Intra hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT)***

Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante:

I - articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado da Bahia (CNCDO/BA), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos;

II - identificar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos;

III - articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

IV - organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos;

V - garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação;

VI - promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos;

VII - disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital.

Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO):

I - avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;

II - definir, juntamente com o diretor médico da Unidade Hospitalar, os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;

III - definir os parâmetros a serem adotados no acompanhamento das metas da contratualização determinadas pela Portaria nº 1.702//GM de 2004, e encaminhar ao gestor local os indicadores de desempenho estabelecidos para o hospital;

IV - adotar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado;

V - promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; e

VI - estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados e encaminhar essas informações a CNCDO.

Figura 5 – Ficha Técnica 4, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 2 ao Contrato da Concessão

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos:

Portaria Nº 04/22 de 11 de março de 2022, com a designação do presidente e membros que compõem a Comissão de Transplante;

Ata de reunião da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos, tecidos e Transplantes, realizada em 07/04/2022;

Ata de reunião da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes, realizada em 12/05/2022;

Ata de reunião da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes, realizada em 09/06/2022.

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta do indicador *1.5 Comissão de Transplantes* para o 47º trimestre de operação

da Unidade Hospitalar é: Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

Adicionalmente, sem impacto para a apuração deste indicador, o Verificador Independente identificou a ausência dos seguintes membros designados:

Tabela 21 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Reunião	Membros Ausentes
Reunião da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes, realizada em 07/04/2022	Dr. Adroaldo Rossetti; Ana Luisa Ribeiro; Drª Maria Brandão; Dr. Felipe Oliveira; Fernanda Cristina de Almeida; Larissa Batista; Dr. Valmário Cruz;Jorgéria da Silva Batista; Tatiane Alves; Tatiana Rodrigues
Reunião da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes, realizada em 12/05/2022	Dr. Adroaldo Rossetti; Ana Luisa Ribeiro; Drª Maria Brandão; Dr. Felipe Oliveira; Fernanda Cristina de Almeida; Larissa Batista; Dr. Valmário Cruz;Jorgéria da Silva Batista; Tatiane Alves; Tatiana Rodrigues
Reunião da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes, realizada em 09/06/2022	Dr. Adroaldo Rossetti; Ana Luisa Ribeiro; Drª Maria Brandão; Dr. Felipe Oliveira; Fernanda Cristina de Almeida; Larissa Batista; Dr. Valmário Cruz; Tatiane Alves; Tatiana Rodrigues

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 22 – Resultado Apuração Indicador 1.5 Comissão de Transplante

Indicador	Indicação de Atendimento
1.5 Comissão de Transplante	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com a identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

1.6. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 5 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA visa avaliar a operacionalização da Comissão.

Ficha Técnica 5

1.6. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho- CIPA

- *CIPA*

-Características

A CIPA tem suporte legal no artigo 163 da Consolidação das Leis do Trabalho e na Norma Regulamentadora nº 5 (NR 5), aprovada pela Portaria nº 08/99 da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego. A NR 5 trata do dimensionamento, processo eleitoral, treinamento e atribuições da CIPA.

As empresas devem constituir Comissão Interna de Prevenção de Acidentes nos estabelecimentos que se enquadrem no Quadro I da NR 5, de acordo com a atividade econômica e o número de empregados.

A CIPA deverá ter mandato de um ano e ser assim constituída:

- igual número de representantes do empregador (indicados pela empresa) e de representantes dos empregados (eleitos);
- o presidente da CIPA deve ser escolhido pela empresa, dentre os membros por ela indicados;
- o vice-presidente da CIPA deve ser eleito dentre os representantes eleitos titulares, em eleição de que participam todos os representantes eleitos, inclusive os suplentes;
- o secretário da CIPA pode ser escolhido entre os membros da Comissão ou até mesmo ser um funcionário que dela não faça parte, mas seu nome precisa ser necessariamente aprovado por todos os cipeiros, eleitos e indicados

- Atuação

O objetivo da CIPA é "observar e relatar as condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para reduzir até eliminar o riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos". Sua missão é, portanto, a preservação da saúde e integridade física dos trabalhadores.

Figura 6 – Ficha Técnica 5, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 2 ao Contrato da Concessão

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos:

Nomeação do presidente da CIPA Gestão 2017-2018, de 10 de janeiro de 2017;

Ata da Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - 2020, realizada em 24/03/2022;

Ata da 1ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - 2020, realizada em 28/04/2022;

Ata da 1ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - 2020, realizada em 26/05/2022;

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta do indicador *1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA)* para o 47º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é: Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 23 – Resultado Apuração Indicador 1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA

Indicador	Indicação de Atendimento
1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com a identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

2.1. Intervalo de Substituição

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 6 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Intervalo de Substituição visa acompanhar os dias de ociosidade dos leitos da Unidade Hospitalar.

Ficha Técnica 6

2.1. Intervalo de Substituição

Objetivo: Acompanhar os dias de ociosidade dos leitos

Definição: Relação de um menos a taxa de ocupação hospitalar multiplicado pelo tempo médio de permanência; dividido pela taxa de ocupação hospitalar.

- **Cliente-dia ou Paciente-dia:** será todo paciente internado (em leito normal ou virtual) no hospital por período menor ou maior que 24 horas. Pacientes internados por período maior que 24 horas serão contabilizados todos os dias de internação (independente da hora de entrada), exceto o dia de saída. Pacientes internados por período menor que 24 horas serão contabilizados como 1 (um) paciente dia. Esta definição é válida em todos os indicadores que esta variável é utilizada.
- **Leito-dia:** será todo leito operacional previsto para o hospital durante determinado período, excluindo-se os leitos extras utilizados. Esta definição é válida em todos os indicadores que esta variável é utilizada.
- **Taxa de ocupação hospitalar:** É a relação percentual entre o número de Clientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período. Excluídos os leitos extras
- **Tempo médio de permanência:** É a relação entre o total de Clientes-dia e o total de saídas do hospital em determinado período, incluindo os óbitos.

Figura 7 – Ficha Técnica 6, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Pelo entendimento das definições apresentadas para Taxa de Ocupação Hospitalar e Tempo Médio e Permanência, temos as seguintes fórmulas:

$$\textbf{\textit{Taxa de Ocupação Hospitalar}}\ (\mathbf{TOH}) = \frac{\textbf{\textit{Número de Clientes} - \textit{dia}}}{\textbf{\textit{Número de Leitos} - \textit{dia}}}$$

* O cálculo do número de Leitos-dia, não considera os leitos extras.

$$\textbf{\textit{Tempo Médio de Permanência}}\ (\mathbf{TMP}) = \frac{\textbf{\textit{Número de Clientes} - \textit{dia}}}{\textbf{\textit{Total de saídas do hospital}}}$$

Foram obtidos os seguintes valores:
Número de **Clientes-dia: 28.645** pacientes-dia;
Índice de **Leitos-dia: 29.992**;
Número **Total de Saídas: 2.942** saídas.

A aplicação das fórmulas supracitadas, resultou nos índices:
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH): 95,51%;
Tempo Médio de Permanência (TMP): 9,7366.

Considerando os valores apurados acima citados, foi calculado o indicador conforme fórmula abaixo

$$\textbf{\textit{Intervalo de Substituição}} = \frac{(\mathbf{1} - \textbf{\textit{Taxa de Ocupação Hospitalar}})\ \textbf{\textit{x Tempo Médio de Permanência}}}{\textbf{\textit{Taxa de Ocupação Hospitalar}}}$$

A meta estabelecida para o 47º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 2,3 dias, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 24 – Quadro Resumo do Indicador Intervalo de Substituição

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 2,3 dias	**0,6 dia(s)**	**0,5 dia(s)**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 25 – Resultado Apuração Indicador 2.1 Intervalo de Substituição

Indicador	**Indicação de Atendimento**
2.1 Intervalo de Substituição	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima mensal, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

2.2. Índice de Renovação

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 7 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Índice de Renovação visa acompanhar quantos clientes ocuparam o mesmo leito no período.

2.2. Índice de Renovação

Objetivo: Acompanhar quantos Clientes ocuparam o mesmo leito no período

Definição: Relação entre o total de saídas e o número de leitos no período.

A média de leitos extras é calculada em função da razão entre o total de leitos virtuais ativados e o total de dias do trimestre em questão, conforme abaixo:

Média de Leitos extras = $\frac{\text{Total de Leitos extras Ativados}}{\text{Número de dias do período}}$

O total de leitos extras ativados deve ser apurado considerando todos os leitos extras utilizados no período, independente do tempo de sua utilização .Um paciente poderá utilizar apenas 01 (um) leito extra.

- **Total de saídas:** É número total de saídas dos Clientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito. O óbito fetal ou natimorto, não deverão ser contabilizados como saídas
- **Número de leitos**: É o número total de cama numerada e identificada destinada à internação de um Cliente dentro do hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um Cliente durante sua estadia no hospital. Na prática, calcula-se pela média de leitos operacionais no período. **Não considerar:** leitos de recuperação pós-anestésica ou pós-operatória,
- **Leito operacional**: É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.
- **Notas técnicas:** Inclui o leito extra que estiver sendo utilizado.

Figura 8 – Ficha Técnica 7, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo do Índice de Renovação se dá pela fórmula:

$$\textbf{\textit{Indice de Renovação}} = \frac{\textbf{\textit{Total de Saídas}}}{\textbf{\textit{Número de Leitos Operacionais}}}$$

Segundo a definição da ficha técnica apresentada acima, a Média de Leitos Extra é calculada pela relação do Total de Leitos Extras Ativados pelo número de dias do período, devendo-se considerar para o Total de leitos Extras Ativados todos os leitos extras utilizados no período, independentemente do tempo de sua utilização.

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Número **Total de Saídas: 2.942** saídas;

Número de Leitos Operacionais: 322

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 4,9, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 26 – Quadro Resumo do Indicador Índice de Renovação

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Mínimo de 4,9 saídas/leito	**9,8 saídas/leito**	**9,12 saídas/leito**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 27 – Resultado Apuração Indicador 2.2 Índice de Renovação

Indicador	Indicação de Atendimento
2.2 Índice de Renovação	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado superior à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

2.3. Índice de Resolubilidade na Internação

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 8 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Índice de Resolubilidade na Internação visa acompanhar a resolubilidade do Hospital no que se refere ao encaminhamento dos clientes internados.

Figura 9 – Ficha Técnica 8, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Ficha Técnica 8

2.3. índice de Resolubilidade na Internação

Objetivo: Acompanhar a resolubilidade do Hospital no que se refere ao encaminhamento dos Clientes internados. Os Clientes internados nas UTIs ou que já foram internados nas UTIs não serão contabilizados.

Definição: Relação entre as saídas em até 5 (cinco) dias e o total de saídas

- **Total de saídas em até 5 (cinco) dias:** É o número de saídas dos Clientes da unidade de internação em até 5 (cinco) dias por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito. O óbito fetal ou natimorto, não deverão ser contabilizados como saídas
- **Total de saídas:** É número total de saídas dos Clientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito.

Foram obtidos os seguintes valores:

Total de saídas em até 5 dias: 1318;

Número de Saídas: 1980 saídas, excluindo-se as saídas de todos os pacientes que estiveram previamente em UTI´s (Adulto e Pediátrica).

Considerando os valores apurados acima citados, foi calculado o indicador conforme fórmula abaixo

$$\text{Índice de Resolubilidade Internação} = \frac{\textbf{Total de Saídas em até 5 dias (excluindo pacientes que estiveram em UTI em algum periodo da internação)}}{\textbf{Total de Saídas}}$$

A meta estabelecida para o 47º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo de 90%, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 28 – Quadro Resumo do Indicador Índice de Resolubilidade na Internação

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Mínimo de 90%	**68,3%**	**66,57%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 29 – Resultado Apuração Indicador 2.3 Índice de Resolubilidade na Internação

Indicador	**Indicação de Atendimento**
2.3 Índice de Resolubilidade na Internação	✘ **Não atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo não atendimento do indicador.	

2.5. Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 10 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência visa avaliar a agilidade da equipe de saúde no encaminhamento e no atendimento dos clientes portadores de patologias que exigem intervenção cirúrgica em regime de emergência.

Ficha Técnica 10

2.5. Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência

Objetivo: Avaliar a agilidade da equipe de saúde no encaminhamento e no atendimento dos Clientes portadores de patologias que exigem intervenção cirúrgica em regime de emergência.

Definição: Relação de tempo entre a notificação da necessidade de cirurgia e o início do procedimento anestésico, em todas as cirurgias classificadas como de emergência.

Figura 10 – Ficha Técnica 10, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima e a medida apresentada para a meta do indicador (<= 60 minutos em 90% dos casos), o cálculo do Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência se dá pela fórmula:

$$\boldsymbol{Intervalo\ Tempo\ p/\ Cirurg.de\ Emerg.} = \frac{\boldsymbol{Total\ (Início\ Proced.Anestésico - Notif.Cirurgia) \leq 60\ min.}}{\boldsymbol{Total\ de\ Cirurgias\ de\ Emergência}}$$

A apuração realizada pelo Verificador Independente indicou os seguintes resultados:

Total de Cirurgias de Emergência realizadas em até 60 min: 61 cirurgias;
Total de Cirurgias de Emergência: 66 cirurgias.

Abaixo os registros das cirurgias realizadas em 60 min.

Tabela 30 – Registros de cirurgias realizadas até 60min

Identificação do Paciente (PRON_SEQ)	Identificação Atendimento (ACIR_SEQ)	Hora Anestesia (ACIC_DTHR_INDUCAO_ANESTESICA)	Hora Cirurgia (ACIR_DTHR)
454106	21871	15/03/2022 00:30:00	3/14/2022 23:55
454216	21890	17/03/2022 09:07:00	3/17/2022 8:44
454273	21899	18/03/2022 12:30:00	3/18/2022 12:13
453591	21909	19/03/2022 08:15:16	3/19/2022 7:45
453590	21931	21/03/2022 18:45:00	3/21/2022 18:19
455469	21950	24/03/2022 14:00:00	3/24/2022 13:05
191363	21964	26/03/2022 00:30:00	3/26/2022 1:19
454627	21968	26/03/2022 08:38:00	3/26/2022 7:50
454689	21981	27/03/2022 12:15:00	3/27/2022 11:43
442962	21982	27/03/2022 16:50:00	3/27/2022 16:21
169850	21983	27/03/2022 17:36:00	3/27/2022 16:56
336989	21998	30/03/2022 08:25:00	3/30/2022 8:12
454911	22010	31/03/2022 11:20:00	3/31/2022 11:35

Identificação do Paciente (PRON_SEQ)	Identificação Atendimento (ACIR_SEQ)	Hora Anestesia (ACIC_DTHR_INDUCAO_ANESTESICA)	Hora Cirurgia (ACIR_DTHR)
58503	22019	01/04/2022 20:43:00	4/1/2022 20:41
454790	22026	02/04/2022 15:15:00	4/2/2022 14:31
454482	22033	03/04/2022 11:20:00	4/3/2022 10:27
455060	22051	04/04/2022 19:50:00	4/4/2022 18:59
455222	22066	06/04/2022 17:25:00	4/6/2022 16:42
395782	22074	07/04/2022 19:40:00	4/7/2022 18:59
455322	22079	08/04/2022 15:30:00	4/8/2022 15:49
455373	22091	09/04/2022 15:32:00	4/9/2022 15:28
454973	22096	10/04/2022 11:15:00	4/10/2022 10:29
161260	22113	12/04/2022 11:00:00	4/12/2022 10:12
455597	22129	14/04/2022 10:43:00	4/14/2022 10:40
455606	22131	14/04/2022 15:45:00	4/14/2022 14:56
455874	22186	20/04/2022 23:50:00	4/20/2022 23:33
455915	22197	21/04/2022 20:30:00	4/21/2022 20:03
456034	22215	24/04/2022 12:25:00	4/24/2022 11:52
429572	22236	27/04/2022 04:00:00	4/27/2022 3:13
456328	22265	30/04/2022 11:00:00	4/30/2022 10:04
456419	22279	02/05/2022 02:10:00	5/2/2022 1:37
456219	22281	02/05/2022 14:50:00	5/2/2022 13:58
456440	22282	02/05/2022 14:50:00	5/2/2022 14:15
456456	22283	02/05/2022 23:10:00	5/2/2022 22:42
456898	22371	13/05/2022 01:45:00	5/13/2022 1:13
145970	22378	13/05/2022 21:00:00	5/13/2022 20:03
457005	22379	13/05/2022 23:10:00	5/13/2022 23:21
457159	22407	17/05/2022 14:30:11	5/17/2022 13:33
456992	22417	18/05/2022 12:10:00	5/18/2022 11:20
457242	22420	18/05/2022 18:00:00	5/18/2022 17:43
457261	22422	19/05/2022 07:25:00	5/19/2022 7:15
457236	22430	19/05/2022 12:55:00	5/19/2022 12:01
457362	22447	21/05/2022 00:35:00	5/20/2022 23:44
187991	22493	27/05/2022 00:50:00	5/27/2022 0:15
457453	22502	27/05/2022 16:30:00	5/27/2022 15:45
457704	22503	27/05/2022 22:58:00	5/27/2022 23:33
104345	22513	29/05/2022 03:00:00	5/29/2022 2:32
445298	22527	30/05/2022 11:10:00	5/30/2022 10:37
457967	22546	01/06/2022 23:00:00	6/1/2022 23:37
457836	22548	02/06/2022 08:35:00	6/2/2022 8:17
458028	22553	03/06/2022 06:00:00	6/3/2022 5:32
456952	22555	03/06/2022 09:20:00	6/3/2022 8:34
458065	22560	03/06/2022 17:22:00	6/3/2022 17:50
442403	22575	05/06/2022 13:15:00	6/5/2022 12:30
392568	22607	08/06/2022 22:40:00	6/8/2022 21:57
458332	22614	09/06/2022 13:50:00	6/9/2022 12:56
458370	22616	10/06/2022 02:30:00	6/10/2022 2:02
457062	22622	10/06/2022 14:10:00	6/10/2022 13:41

Identificação do Paciente (PRON_SEQ)	Identificação Atendimento (ACIR_SEQ)	Hora Anestesia (ACIC_DTHR_INDUCAO_ANESTESICA)	Hora Cirurgia (ACIR_DTHR)
458208	22626	11/06/2022 18:46:00	6/11/2022 18:27
458453	22628	12/06/2022 08:15:00	6/12/2022 7:37
458568	22641	13/06/2022 22:10:00	6/13/2022 22:10

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 31 – Quadro Resumo do Indicador Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Mínimo de 90%	**96,9%**	**92,42%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 32 – Resultado Apuração Indicador 2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência

Indicador	Indicação de Atendimento
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado superior à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

2.6. Taxa de Reingresso na UTI – Adulto durante a mesma internação em até 24 horas

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 11 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Taxa de Reingresso na UTI - Adulto Durante a Mesma Internação em até 24 horas visa acompanhar os reingressos na UTI – Adulto.

Figura 11 – Ficha Técnica 11, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato da Concessão

Ficha Técnica 11

2.6. Taxa de Reingresso na UTI- Adulto durante a mesma internação.

Objetivo: Acompanhar as reinternações na UTI – Adulto em até 24 horas após alta

Definição: Relação percentual entre o número de reingressos na UTI - Adulto, em até 24 horas após alta e o número de saídas da UTI - Adulto no mesmo período,

- **Número de reingresso na UTI Adulto, em até 24h pós alta:** É o número de reingressos nas UTI Adulto, inclusive em outros hospitais, em até 24 horas após a alta.
- **Número de saídas da UTI Adulto:** É o número total de saídas das UTI (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).

Foram apurados os seguintes valores que consideravam os reingressos na UTI durante a mesma internação, em até 24 horas pós alta:

Quantidade de Reingressos na UTI (24 horas) – Adulto: 19 reingressos;

Número Total de Saídas da UTI – Adulto: 1.172 saídas.

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo do Índice de Renovação se dá pela fórmula:

$$\textbf{\textit{Taxa de Reingresso na UTI Adulto}} = \frac{\textbf{\textit{Número de Reingressos na UTI Adulto em até 24h horas}}}{\textbf{\textit{Número de Saídas da UTI Adulto}}}$$

Nas tabelas a seguir apresentamos os registros de reingressos identificados no período:

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
319704	2124	5/18/2022 12:55	5/18/2022 15:16
319704	1719	5/18/2022 15:16	5/18/2022 15:24
319704	2124	5/18/2022 15:24	5/24/2022 14:51

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
392198	2124	4/30/2022 0:00	5/5/2022 11:23
392198	1702	5/5/2022 11:23	5/5/2022 11:26
392198	2124	5/5/2022 11:26	5/5/2022 13:21

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
446991	2124	3/28/2022 19:51	3/28/2022 23:45
446991	1729	3/28/2022 23:45	3/28/2022 23:50
446991	2124	3/28/2022 23:50	4/3/2022 18:03

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
451296	2124	4/10/2022 0:01	4/11/2022 18:57
451296	1719	4/11/2022 18:57	4/12/2022 1:17
451296	2124	4/12/2022 1:17	4/18/2022 23:59
451296	2124	4/19/2022 0:00	4/25/2022 11:39
451296	1721	4/25/2022 11:39	4/25/2022 23:59
451296	1721	4/26/2022 0:00	4/26/2022 3:35
451296	2124	4/26/2022 3:35	4/29/2022 1:50

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
453755	2112	3/28/2022 20:37	3/29/2022 6:39
453755	1703	3/29/2022 6:39	3/29/2022 10:19
453755	2124	3/29/2022 10:19	3/30/2022 1:24

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
453859	2115	3/24/2022 0:00	3/26/2022 11:01
453859	1703	3/26/2022 11:01	3/26/2022 15:09
453859	2112	3/26/2022 15:09	3/26/2022 15:14

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
453905	2124	3/25/2022 8:31	3/28/2022 23:44
453905	1729	3/28/2022 23:44	3/28/2022 23:50
453905	2124	3/28/2022 23:50	3/30/2022 23:59
453905	2124	5/5/2022 0:00	5/5/2022 15:55
453905	1703	5/5/2022 15:55	5/6/2022 2:42
453905	2124	5/6/2022 2:42	5/11/2022 23:59

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
454106	2124	4/22/2022 0:00	4/27/2022 18:41
454106	1721	4/27/2022 18:41	4/28/2022 12:10
454106	2124	4/28/2022 12:10	5/3/2022 19:38
454106	2124	5/3/2022 19:38	5/3/2022 20:00
454106	1729	5/3/2022 20:00	5/3/2022 20:02
454106	2124	5/3/2022 20:02	5/5/2022 23:59

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
454264	2115	3/18/2022 11:55	3/18/2022 13:02
454264	1729	3/18/2022 13:02	3/18/2022 13:03
454264	2115	3/18/2022 13:03	3/24/2022 23:59

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
455149	2115	4/25/2022 11:04	5/2/2022 13:17
455149	1719	5/2/2022 13:17	5/2/2022 13:47
455149	2115	5/2/2022 13:47	5/6/2022 15:48

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
455525	2124	5/1/2022 0:00	5/2/2022 13:41
455525	1707	5/2/2022 13:41	5/2/2022 13:43
455525	2124	5/2/2022 13:43	5/8/2022 18:15

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
455763	2115	4/18/2022 20:36	4/19/2022 2:32
455763	1729	4/19/2022 2:32	4/19/2022 2:35
455763	2115	4/19/2022 2:35	4/26/2022 13:49

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
455977	2124	4/30/2022 14:15	5/2/2022 18:51
455977	1703	5/2/2022 18:51	5/3/2022 17:53
455977	2113	5/3/2022 17:53	5/8/2022 13:21

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
456530	2124	5/4/2022 2:32	5/5/2022 13:39
456530	1701	5/5/2022 13:39	5/5/2022 13:41
456530	2124	5/5/2022 13:41	5/10/2022 23:59

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
457966	2124	6/1/2022 22:56	6/2/2022 17:52
457966	1707	6/2/2022 17:52	6/2/2022 17:55
457966	2124	6/2/2022 17:55	6/5/2022 18:07

Código Paciente (PRON_SEQ)	Código do Setor	Data e Hora de Entrada	Data e Hora de Saída
458075	2115	6/4/2022 1:37	6/4/2022 2:23
458075	1729	6/4/2022 2:23	6/4/2022 14:17
458075	2115	6/4/2022 14:17	6/5/2022 17:32

Legenda:

Setores de UTI Adulto

Considerando os valores apurados acima citados, foi calculado o indicador dividindo o numerador pelo denominador

A meta estabelecida para o 47º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo de 2,3%, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 33 – Quadro Resumo do Indicador Taxa de Reingresso na UTI-Adulto Durante a Mesma Internação

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 2,3%	**0,4%**	**1,62%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 34 – Resultado Apuração Indicador 2.6 Taxa de Reingresso na UTI–Adulto Durante a Mesma Internação

Indicador	**Indicação de Atendimento**
2.6 Taxa de Reingresso na UTI-Adulto Durante a Mesma Internação	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 12 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador taxa de infecção Hospitalar na UTI Adulto visa acompanhar a ocorrência de todos os episódios de infecção hospitalar na UTI Adulto.

Ficha Técnica 12

3.1. Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto

Objetivo: Acompanhar a ocorrência de todos os episódios de infecção hospitalar na UTI adulto.

Definição: Relação entre o número de episódios de infecções hospitalares, na UTI adulto e o número de clientes-dia, no período. O numerador do indicador em questão deve contabilizar o número de infecções adquiridas após 72 horas da admissão do Cliente apenas na UTI Adulto, excluindo-se os pacientes de todo o Hospital.

- **Número de episódios de infecção hospitalar:** É o número total de infecções adquirida após 72h da admissão do Cliente na UTI Adulto, que se manifesta durante a internação ou após a alta. É coletado através de busca ativa entre os Clientes internados, utilizando como pistas resultados de culturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção. Utilizam-se as definições de infecção hospitalar recomendadas pelo Ministério da Saúde. Caso seja necessário, é realizada a revisão do prontuário. Devem ser consideradas as seguintes localizações: (i) Infecção da corrente sanguínea; (ii) Infecção trato urinário; (iii) Infecção trato respiratório; e (iv) Infecção do sitio cirúrgico.
  Obs.: Um mesmo Cliente pode apresentar um ou mais episódios de Infecção Hospitalar.
- **Número de Clientes-dia:** É o número de medida que representa a assistência prestada a um Cliente internado durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do Cliente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.

Figura 12 – Ficha Técnica 12, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo do Índice de Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI-Adulto se dá pela fórmula:

$$\boldsymbol{Densidade\ Global\ de\ Infecção\ na\ UTI\ Aduto} = \frac{\boldsymbol{Número\ de\ Episódios\ de\ Infecção\ Hospitalar}}{\boldsymbol{Número\ de\ Clientes\ dia}}$$

Segundo a definição da ficha técnica apresentada acima, o Número de Episódios de Infecção Hospitalar considera somente os casos de infecções adquiridas após 72 horas da admissão do cliente na UTI Adulto.

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Número de Episódios de Infecção Hospitalar: 55 casos;

Número de Clientes-dia: 9.435 pacientes-dia em UTI - Adulto.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 20/1.000, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 35 – Quadro Resumo do Indicador Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 20/1.000	**7,7/1000**	**5,83/1.000**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 36 – Resultado Apuração Indicador 3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto

Indicador	**Indicação de Atendimento**
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

3.2 Densidade de Infecção Hospitalar Associada à Cateter Venoso Central (CVC)

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 13 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Densidade de Infecção Hospitalar Associada à Cateter Venoso Central (CVC) visa acompanhar a ocorrência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea na UTI Adulto, por utilização de Cateter Venoso Central.

Ficha Técnica 13

3.2. Densidade de Infecção Hospitalar associada a Venoso Central ("CVC").

Objetivo: Acompanhar a ocorrência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea na UTI Adulto, por utilização de Cateter Venoso Central.

Definição: Relação entre o número de episódios de infecções em corrente sanguínea e o número de CVC - dia, no período. O numerador do indicador em questão deve contabilizar o número de infecções de corrente sanguínea adquirida após a utilização de CVC apenas na UTI Adulto, excluindo-se os pacientes de todo o Hospital.

- **Número de episódios de infecção de corrente sanguínea:** É o número de infecções de corrente sanguínea adquirida após a utilização de CVC na UTI Adulto, que se manifesta durante a internação ou após 48h da retirada do cateter. É coletado através de busca ativa entre os Clientes internados, utilizando como pistas resultados de hemoculturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção. Utiliza-se a definição de infecção de corrente sanguínea recomendada pelo Ministério da Saúde. Caso seja necessário, é realizada a revisão do prontuário.
- **Número de CVC - dia:** Total dos dias de uso de Cateter Venoso Central por Cliente no mês. Registrar diariamente o número de CVC nos Clientes na UTI adulto, caso o Cliente possua mais de um CVC, contar apenas uma vez. Cada dia de procedimento invasivo é contado a partir das 00h01minh. São considerados CVC: intracath, duplo lúmen, triplo lúmen, cateter de Swan Ganz, Hickman, Portocath, cateter umbilical, PICC.

Figura 13 – Ficha Técnica 13, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo do Índice de Densidade de Infecção Hospitalar Associada à Cateter Venoso Central se dá pela fórmula:

$$\boldsymbol{Densidade\ de\ Infecção\ Associada\ a\ Venoso\ Central} = \frac{\boldsymbol{N.\ Episódios\ de\ Infecção\ de\ Corrente\ Sanguínea}}{\boldsymbol{Número\ de\ CVC\ dia}}$$

Segundo a definição da ficha técnica apresentada acima, o Número de Episódios de Infecção de Corrente Sanguínea se refere aos casos em que a infecção foi adquirida após a utilização de CVC na UTI adulto, que se manifeste durante a internação ao após 48 horas da retirada do cateter. Para o denominador são contabilizados os registros diários do número de CVC nos Clientes na UTI adulto e caso o paciente possua mais de um CVC no mesmo dia, é contabilizado somente uma vez.

Na tabela a seguir são apresentados os registros dos casos de infecções de corrente sanguínea associada ao uso de CVC.

Tabela 37 – Caso de Infecção Associados a Cateter Venoso Central

Identificação do Registro de Infecção (INHO_SEQ)	Identificação do Paciente (PRON_SEQ)	Data Identificação da Infecção (INHO_DTHR)
9500	454340	3/23/2022 0:00
9573	258390	4/5/2022 0:00
9572	454048	4/8/2022 0:00
9611	453905	4/9/2022 0:00

Identificação do Registro de Infecção (INHO_SEQ)	Identificação do Paciente (PRON_SEQ)	Data Identificação da Infecção (INHO_DTHR)
9574	454611	4/15/2022 0:00
9610	452702	4/23/2022 0:00
9590	454963	4/26/2022 0:00
9633	205822	5/2/2022 0:00
9631	456248	5/7/2022 0:00
9685	456898	5/22/2022 0:00
9668	456945	5/23/2022 0:00
9667	457087	5/25/2022 0:00
9695	457198	5/30/2022 0:00
9718	457553	5/31/2022 0:00
9711	457510	6/6/2022 0:00
9712	453674	6/8/2022 0:00

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Número de Episódios de Infecção de Corrente Sanguínea associada a uso de Cateter Venoso Central: 16 casos;

Número de CVC-dia: 6.194.

A meta estabelecida para o 47º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo de 4,4/1.000, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 38 – Quadro Resumo do Indicador Densidade de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Venoso Central

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 4,4/1.000	**3,0/1000**	**2,58/1.000**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 39 – Resultado Apuração Indicador 3.2 Densidade de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Venoso Central

Indicador	Indicação de Atendimento
3.2 Densidade de Infecção Hospitalar Associada à Cateter Venoso Central	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado superior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo não atendimento do indicador.	

3.3 Taxa de Mortalidade Institucional

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 14 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Taxa de Mortalidade Institucional visa acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação.

Ficha Técnica 14

3.3. Taxa de Mortalidade Institucional

Objetivo: Acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação

Definição: Relação percentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período.

- **Número de óbitos após 24 h de internação:** É o número total de óbitos que ocorrem após 24 horas da internação.
- **Total de saídas:** É o número total de saídas dos Clientes da unidade de internação (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito. O óbito fetal ou natimorto não deverá ser contabilizado como saída.

Figura 14 – Ficha Técnica 14, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo da Taxa de Mortalidade Institucional se dá pela fórmula:

$$\textbf{\textit{Taxa de Mortalidade Institucional}} = \frac{\textbf{\textit{Número de óbitos após 24 horas de internação}}}{\textbf{\textit{Total de saídas}}}$$

Segundo a definição da ficha técnica apresentada acima, o número Total de Saídas se restringe a contabilização das saídas dos clientes da unidade de internação.

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Número de óbitos após 24 horas de internação: 304 óbitos;

Total de Saídas: 2.942 saídas.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 6,28%, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 40 – Quadro Resumo do Indicador Taxa de Mortalidade Institucional

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 6,28%	**5,48%**	**10,33%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 41 – Resultado Apuração Indicador 3.3 Taxa de Mortalidade Institucional

Indicador	Indicação de Atendimento
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional	✘ **Não atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado superior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo não atendimento do indicador.	

3.4 Taxa de Mortalidade Institucional COVID

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 31 do Anexo 4 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Taxa de Mortalidade Institucional COVID visa acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação dos pacientes com COVID-19.

> ***Ficha Técnica 31***
>
> ***3.3 -A. Taxa de Mortalidade Institucional COVID***
>
> **Objetivo:** Acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação de pacientes com COVID
>
> **Definição:** Relação percentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período.
>
> • **Número de óbitos após 24 h de internação:** É o número total de óbitos que ocorrem após 24 horas da internação dos pacientes identificados com COVID
>
> • **Total de saídas:** É número total de saídas (antes ou após 24 horas da internação) dos Clientes da unidade de internação COVID e em observação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito. O óbito fetal ou natimorto não deverá ser contabilizado como saída

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo da Taxa de Mortalidade Institucional se dá pela fórmula:

$$\textbf{\textit{Taxa de Mortalidade Institucional}} = \frac{\textbf{\textit{Número de óbitos após 24 horas de internação COVID}}}{\textbf{\textit{Total de saídas}}}$$

Segundo a definição da ficha técnica apresentada acima, o número Total de Saídas se restringe a contabilização das saídas dos clientes da unidade de internação.

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Número de óbitos após 24 horas de internação: 0 óbitos;

Total de Saídas: 17 saídas.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 40,83%, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 42 – Quadro Resumo do Indicador Taxa de Mortalidade Institucional COVID

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 40,83%	21,42%	0,00%

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 43 – Resultado Apuração Indicador 3.3 Taxa de Mortalidade Institucional COVID

Indicador	Indicação de Atendimento
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

3.5 Taxa de Mortalidade Transoperatória

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 15 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Taxa de Mortalidade Transoperatória visa acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico, até a saída do paciente do CRPA.

Ficha Técnica 15

3.4. Taxa de Mortalidade transoperatória

Objetivo: Acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico, até a saída do paciente do CRPA.

Definição: Relação percentual entre o número de óbitos durante o ato cirúrgico, no período(até a saída do paciente do CRPA) e o número total de atos cirúrgicos , em determinado período.

$$\text{TxMO} = \frac{\text{NOAC}}{\text{TAC}} \times 100$$

Legenda:

NOAC = Número de Óbitos ocorridos durante o Ato cirúrgico,até a saída do paciente do CRPA

TAC = Total de Atos Cirúrgicos no mesmo período

- **Número de óbitos transoperatórios:** É o número total de óbitos ocorridos no mês, durante o ato cirúrgico,até a saída do paciente do CRPA, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambientes cirúrgicos.

  Número de cirurgias realizadas: Número total de cirurgias do mês efetuadas em ambiente cirúrgico. É coletado mensalmente através de planilha preenchida no centro cirúrgico. São contabilizadas por Clientes e não por procedimentos, isso ocorre devido a alguns Clientes sofrerem em um ato cirúrgico mais de um procedimento.

Figura 15 – Ficha Técnica 15, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo da Taxa de Mortalidade Transoperatória se dá pela fórmula:

$$\textbf{\textit{Taxa de Mortalidade Transoperatória}} = \frac{\textbf{\textit{Número de Óbitos Transoperatórios}}}{\textbf{\textit{Número de Cirurgias Realizadas}}}$$

Segundo a definição da ficha técnica apresentada acima, o Número Cirurgias Realizadas deverá ser contabilizado por cliente e não por procedimento, devido a alguns clientes passarem mais de um procedimento em um mesmo ato cirúrgico.

Na tabela a seguir apresentamos o registro do óbito ocorrido durante a realização de cirurgias.

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Número de Óbitos Transoperatórios: 2 óbito;

Número de Cirurgias Realizadas: 2.003 cirurgias.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 0,51%, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 44 – Quadro Resumo do Indicador Taxa de Mortalidade Transoperatória

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 0,51%	**0,1%**	**0,1%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 45 – Resultado Apuração Indicador 3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória

Indicador	**Indicação de Atendimento**
3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

3.4.1. Taxa de Mortalidade Pós-operatória

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 15 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Taxa de Mortalidade Pós-operatória visa acompanhar o total de óbitos ocorridos após a saída do paciente do CRPA, até 24 horas após o ato cirúrgico.

3.4 A- Taxa de Mortalidade Pós-Operatória (TxMPO).

Objetivo: Acompanhar o total de óbitos ocorridos após a saída do paciente do CRPA, até 24 horas após o ato cirúrgico.

Definição: Relação percentual entre o número de óbitos, após a saída do paciente do CRPA, no período e o número total de atos cirúrgicos , em determinado período.

$$\text{Tx MPO} = \frac{\text{NOPO}}{\text{NAC}} \times 100$$

Legenda:

NOPO = Número de Óbitos ocorridos no Pós Operatório no período(período imediatamente após, a saída do paciente do CRPA até 24 horas após o ato cirúrgico)

NAC = Número de Atos Cirúrgicos no mesmo período, excluindo os pacientes que foram a óbito durante o ato cirúrgico.

- **Número de óbitos pós-operatórios:** É o número total de óbitos ocorridos no mês, após a saída do paciente do CRPA, até 24 horas após o ato cirúrgico, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambientes cirúrgicos. **Número de cirurgias realizadas:** Número total de cirurgias do mês efetuadas em ambiente cirúrgico. É coletado mensalmente através de planilha preenchida no centro cirúrgico. São contabilizadas por Clientes e não por procedimentos, isso ocorre devido a alguns Clientes sofrerem em um ato cirúrgico mais de um procedimento.

Figura 16 – Ficha Técnica 15, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo da Taxa de Mortalidade Pós-operatória se dá pela fórmula:

$$\boldsymbol{Taxa\ de\ Mortalidade\ Pós-operatória} = \frac{\boldsymbol{Número\ de\ Óbitos\ Pós-operatórios}}{\boldsymbol{Número\ de\ Cirurgias\ Realizadas}}$$

Segundo a definição da ficha técnica apresentada acima, o Número Cirurgias Realizadas deverá ser contabilizado por cliente e não por procedimento, devido a alguns clientes sofrerem mais de um procedimento em um mesmo ato cirúrgico. Adicionalmente deverão ser subtraídos os pacientes que foram a óbito durante o ato cirúrgico.

Na tabela a seguir apresentamos os registros dos óbitos ocorridos.

Tabela 46 – Registros Óbitos Pós-operatórios

Identificação do Paciente (PRON_SEQ)	Data e Hora Alta Médica Óbito (PACI_DT_ALTA_MEDICA)
145970	5/14/2022 22:40
348325	5/13/2022 19:01
453590	3/22/2022 17:22
454482	4/3/2022 17:25
454567	3/29/2022 18:04
454961	4/5/2022 22:33
455179	4/6/2022 11:55
455322	4/9/2022 14:42
455476	4/14/2022 16:40
455739	4/24/2022 15:20

Identificação do Paciente (PRON_SEQ)	Data e Hora Alta Médica Óbito (PACI_DT_ALTA_MEDICA)
456034	4/24/2022 22:33
456219	5/3/2022 15:18
456321	4/30/2022 17:30
456596	5/6/2022 15:12
456721	5/8/2022 3:07
457005	5/14/2022 7:00
457197	5/18/2022 18:37
457243	5/19/2022 5:37
457260	5/29/2022 16:04
457909	6/9/2022 6:00
458065	6/4/2022 18:15
458453	6/12/2022 10:59

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Número de Óbitos Pós-Operatório: 22 óbitos;

Número de Cirurgias Realizadas: 2.003 cirurgias.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 2%, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária, conforme apresentado no relatório Indicadores Qualitativos.

Tabela 47 – Quadro Resumo do Indicador Taxa de Mortalidade Pós-operatória

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 2%	**0,7%**	**1,10%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 48 – Resultado Apuração Indicador 3.4A Taxa de Mortalidade Pós-operatória

Indicador	Indicação de Atendimento
3.4A Taxa de Mortalidade Pós-operatória	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

3.6 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 16 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) visa acompanhar o total de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos durante o período.

Ficha Técnica 16

3.5. Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio ("IAM")

Objetivo: Acompanhar o total de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos durante o período.

Definição: Relação percentual entre o número de óbitos por infarto agudo do miocárdio e o número de saídas casos com diagnóstico principal de infarto agudo do miocárdio, em determinado período.

- **Número de óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio:** É o número total de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos no mês. Para o cálculo do infarto agudo do miocárdio deverão ser considerados somente os pacientes, maiores que 18 anos, internados há mais de 24 horas e com diagnóstico de IAM.
- **Número de saídas de Clientes com Infarto Agudo do Miocárdio:** É o número total de saídas dos Clientes com IAM das unidades de internação, ou UTI por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito.

Figura 17 – Ficha Técnica 16, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo da Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio se dá pela fórmula:

$$\textbf{\textit{Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio}} = \frac{\textbf{\textit{Número de Óbitos por IAM}}}{\textbf{\textit{Número de Saídas de Clientes com IAM}}}$$

Segundo a definição da ficha técnica apresentada acima, o Número de Óbitos por IAM contabiliza somente pacientes com idade superior a 18 anos, internados há mais de 24 horas.

Na tabela a seguir apresentamos os registros dos óbitos por IAM ocorridos no trimestre.

Tabela 49 – Registros Óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio

Identificação do Paciente (PRON_SEQ)	Identificação Atendimento (PACI_SEQ)
61230	9

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Número de Óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio: 1 óbitos;

Número de Saídas de Clientes com Infarto Agudo do Miocárdio: 63 saídas.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 10%, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 50 – Quadro Resumo do Indicador Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 10%	**4,0%**	**1,59%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 51 – Resultado Apuração Indicador 3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio

Indicador	Indicação de Atendimento
3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

3.7 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 17 do Anexo 4 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico visa acompanhar o total de óbitos por acidente vascular cerebral ocorridos durante o período.

Ficha Técnica 17

3.6. Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Objetivo: Acompanhar o total de óbitos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico ocorridos durante o período. A melhora do processo de cuidado hospitalar pode reduzir a mortalidade por AVCi, o que representa melhor qualidade da atenção.

Definição: Relação percentual entre o número de óbitos por AVCi e o número de saídas de Clientes com diagnóstico principal de AVCi, em determinado período.

• **Número de óbitos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico:** É o número total de óbitos por AVCi ocorridos no mês.

Para o cálculo deverão ser considerados somente os Clientes de ambos os sexos, maiores que 18 anos, internados há mais de 24 horas e com diagnóstico de AVCi.

Serão considerados, no cálculo do indicador, "pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico", àqueles com CID's de saída I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, e I64.0

• **Número de saídas de Clientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico:** É o número total de saídas(antes ou após 24 horas da internação) dos Clientes com AVCi nas unidades de internação, observação ou da UTI por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito.

Figura 18 – Ficha Técnica 17, do Anexo 4 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato da Concessão

Para o cálculo do indicador foram apurados os valores que consideravam as taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral isquêmico (CIDs I630 a I636 e I638, I639 e I640) seguindo a seguinte fórmula:

$$\textbf{\textit{Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico}} = \frac{\textbf{\textit{Número de Óbitos por AVCi}}}{\textbf{\textit{Número de Saídas de Clientes com AVCi}}}$$

Segundo a definição da ficha técnica apresentada acima, o Número de Óbitos por AVCi contabilizam somente pacientes com idade superior a 18 anos, internados há mais de 24 horas.

Na tabela a seguir apresentamos os registros dos óbitos por AVCi ocorridos no período.

Tabela 52 – Registros Óbitos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Identificação do Paciente (PRON_SEQ)	Identificação Atendimento (PACI_SEQ)
52776	19
209699	4
225591	14
230520	3

Identificação do Paciente (PRON_SEQ)	Identificação Atendimento (PACI_SEQ)
369362	5
428602	4
453586	2
454862	2
455000	2
455302	2
455869	2
456044	3
456124	2
456242	2
456730	2
456787	2
457596	2
457894	2
457904	2
458208	2

Apurando os seguintes valores:

Número de Óbitos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: 20 óbitos;

Número de Saídas de Clientes com Acidente Vascular Cerebral: 580 saídas.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 15%, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 53 – Quadro Resumo do Indicador Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 15%	**9,0%**	**3,45%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 54 – Resultado Apuração Indicador 3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Indicador	Indicação de Atendimento
3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

3.8 Taxa de Mortalidade por Sepse

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 18 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Taxa de Mortalidade por Sepse visa acompanhar o total de óbitos por Sepse.

Ficha Técnica 18.

3.7. Taxa de Mortalidade por SEPSE

Objetivo: Acompanhar o total de óbitos por SEPSE.

Definição: Relação percentual entre o número de óbitos por SEPSE e o número de saídas de Clientes com diagnóstico principal de SEPSE, em determinado período.

Número de óbitos por Sepse: É o número total de óbitos por Sepse ocorridos no mês. Para o cálculo deverão ser considerados somente os pacientes, maiores que 18 anos, internados há mais de 24 horas e com diagnóstico de Sepse.

Número de saídas de Clientes com Sepse: É o número total de saídas (após 24 horas da internação) dos pacientes com Sepse nas unidades de internação, ou da UTI por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito.

Figura 19 – Ficha Técnica 18, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo da Taxa de Mortalidade por Sepse se dá pela fórmula:

$$\textbf{\textit{Taxa de Mortalidade por Sepse}} = \frac{\textbf{\textit{Número de Óbitos por Sepse}}}{\textbf{\textit{Número de Saídas de Clientes com Sepse}}}$$

Segundo a definição da ficha técnica apresentada acima, o Número de Óbitos por Sepse contabiliza somente pacientes com idade superior a 18 anos, internados há mais de 24 horas.

Na tabela a seguir apresentamos os registros dos óbitos por Sepse ocorridos no trimestre.

Tabela 55 – Registros Óbitos por Sepse

Identificação do Paciente (PRON_SEQ)	Identificação Atendimento (PACI_SEQ)
169850	17
170337	7
222292	6
227663	11
230821	3
253763	13
344066	13
346782	6
356550	29
358205	4
371825	4
382560	23
407629	5
414998	7
442305	10
444666	16

Identificação do Paciente (PRON_SEQ)	Identificação Atendimento (PACI_SEQ)
446991	10
452893	6
453019	8
453118	2
453172	7
453453	2
453461	5
453639	2
453693	4
454260	2
454294	2
454779	2
455212	2
455359	3
455365	2
455966	3
455987	5
456030	2
456322	2
456324	2
456528	4
456808	4
456945	4
457256	2
457260	2
457503	3
457569	2
457971	2

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Número de Óbitos por Sepse: 44 óbitos;

Número de Saídas de Clientes com Sepse: 181 saídas.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 32,2%, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária, conforme apresentado no relatório Indicadores Qualitativos.

Tabela 56 – Quadro Resumo do Indicador Taxa de Mortalidade por Sepse

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 32,2%	**27,7%**	**24,31%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 57 – Resultado Apuração Indicador 3.7 Taxa de Mortalidade por Sepse

Indicador	Indicação de Atendimento
3.7 Taxa de Mortalidade por Sepse	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

3.9 Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 19 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão visa acompanhar a incidência de Lesão por Pressão, incluindo a análise das características quanto ao número, localização e estadiamento da doença.

Ficha Técnica 19

3.8. Taxa de ocorrência de Lesão por Pressão

Objetivo: Acompanhar a incidência de Lesão por Pressão, incluindo a análise das características quanto ao número, localização e estadiamento da doença.

Definição: Relação entre o número de casos novos de Clientes com Lesão por Pressão em um determinado período e o número de saídas com tempo de permanência.

Lesão por Pressão:

- **As lesões por pressão são definidas** como "áreas de localização de necrose tissular que se desenvolve quando o tecido de acolchoamento é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um período prolongado", segundo a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).
- **Caso não conste na admissão do Cliente** relato no prontuário sobre o exame da pele, a ocorrência de lesão por pressão será classificada com adquirida no hospital.

Número de saídas: Número de saídas hospitalares com permanência superior a 05 dias.

Figura 20 – Ficha Técnica 19, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo da Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão se dá pela fórmula:

$$\textbf{\textit{Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão}} = \frac{\textbf{\textit{Número de Casos de Lesão por Pressão}}}{\textbf{\textit{Número de Saídas com permanência superior a 5 dias}}}$$

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Número de Casos de Úlcera de Decúbito: 32 casos;

Número de Saídas com permanência superior a 5 dias: 1.685 saídas.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 3,84%, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 58 – Quadro Resumo do Indicador Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 3,84%	**1,9%**	**1,9%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 59 – Resultado Apuração Indicador 3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito

Indicador	**Indicação de Atendimento**
3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

3.10 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 32 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) visa acompanhar a incidência de PAV.

> ***Ficha Técnica 32***
>
> ***3.9. Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)***
>
> **Objetivo:** Acompanhar a ocorrência de todos os episódios de Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI adulto, durante o período.
> **Definição:** Número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1000.
>
> • **Número de Pneumonias associadas a Ventilador Mecânico (PAV):** É o número total de ocorrências de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica PAV diagnosticada após 48H de ventilação mecânica até a sua suspensão.
> • **Paciente com ventilação mecânica (VM) - dia:** Soma do número total de pacientes que usaram ventilação mecânica, a cada dia, em Unidade de Terapia Intensiva adulto, durante o período.
> Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo da Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) se dá pela fórmula:

$$\textbf{Densidade de Incidência de Pneumonia PAV} = \frac{\textbf{Número de episódios de PAV em pacientes na UTI}}{\textbf{Número de pacientes em Ventilação Mecânica} - \textbf{dia}} \; \textbf{x 1.000}$$

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:
Número de episódios de PAV: 11 óbitos;
Número de Pacientes em VM: 8832 saídas.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 3,12/1.000, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 60 – Quadro Resumo do Indicador Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 3,12/1.000	2,1/1.000	1,25/1.000

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 61 – Resultado Apuração Indicador Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)

Indicador	Indicação de Atendimento
3.10 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

3.11 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 33 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 07 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical visa acompanhar a incidência de ITU.

Ficha Técnica 33

3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical

Objetivo: Acompanhar a ocorrência de todos os episódios de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical em UTI adulto, durante o período.

Definição: Número de episódios de Infecções do Trato Urinário (ITU) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes que usam cateter vesical de demora, a cada dia, multiplicado por 1000.

Critérios de inclusão:

- Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias calendário;
- O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior;
- Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas.

Critérios de exclusão:

- Pacientes que utilizam cateter duplo J;
- Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico).

• **Número de episódios de Infecções do Trato Urinário (ITU):** É Número total de pacientes com Infecções do Trato Urinário (ITU) associadas ao uso de cateter vesical de demora, por Unidade de Terapia Intensiva

• **Paciente com cateter vesical de demora - dia:** Soma do número total de pacientes que usaram cateter vesical de demora, a cada dia, por Unidade de Terapia Intensiva, durante o período.

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo da Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) se dá pela fórmula:

$$\textbf{Densidade de Incidência de Infecções ITU} = \frac{\textbf{Número de episódios de ITU associados a SDV em UTI}}{\textbf{Número de pacientes em SDV} - \textbf{dia}} \; \textbf{x 1.000}$$

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Número de episódios de ITU: 0 óbitos;

Número de Pacientes em SDV: 14.678.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 1,22/1.000, conforme definição apresentada na Tabela 5 do Apêndice 2 do Anexo 4 do 7º Termo Aditivo ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 62 – Quadro Resumo do Indicador Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU)

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 1,22/1.000	1,0/1.000	0,00/1.000

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 63 – Resultado Apuração Indicador Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU)

Indicador	Indicação de Atendimento
3.11 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU)	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

4.1 Implantar Protocolos Clínicos para as Patologias Mais Prevalentes em Urgência e Emergência

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 20 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Implantar Protocolos Clínicos para as Patologias Mais Prevalentes em Urgência e Emergência visa avaliar a padronização dos processos, a otimização dos recursos e racionalização dos custos, a melhoria da eficiência e efetividade, a realização de práticas mais seguras, o aperfeiçoamento dos processos de controle e auditoria e a participação do usuário na tomada de decisão da equipe.

Ficha Técnica 20

4.1. Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em urgência e emergência

Objetivo: Na atenção à saúde desenvolvida no hospital promove a padronização dos processos, a otimização dos recursos, a racionalização dos custos, a melhoria da eficiência e efetividade, a realização de práticas mais seguras, o aperfeiçoamento dos processos de controle e auditoria e a participação do usuário na tomada de decisão da equipe.

Definições: Os protocolos clínicos baseados em evidência são recomendações desenvolvidas de forma sistematizada, que têm como objetivo apoiar os profissionais da equipe de saúde e o usuário na tomada de decisões acerca dos cuidados, em situações específicas. A elaboração e implantação de protocolo e diretrizes no hospital voltado para a gestão da clínica e do cuidado se constitui em ferramenta, imprescindível, da melhoria da qualidade de atenção.

Implantação de um protocolo por mês, com treinamento da equipe de saúde e acompanhamento permanente de sua aplicação na prática clínica.

Figura 21 – Ficha Técnica 20, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

A partir do 7º Termo Aditivo e enquanto for possível, a necessária deverá acrescentar aos protocolos a documentação de atendimento ao paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19.

A respeito das definições apresentadas acima, a Concessionária forneceu os seguintes documentos:

Ofício de 22 de agosto de 2016, emitido pela Diretoria Médica do Hospital do Subúrbio que informa a “conclusão da elaboração de todos os protocolos assistenciais listados na tabela 9, item 4.1 do contrato de concessão”;

Tabela com a indicação dos Protocolos Clínicos elaborados e implantados no Hospital do Subúrbio;

Lista de treinamentos referentes aos protocolos institucionais realizados entre 14 de março de 2022 e 13 de junho de 2022.

Na imagem a seguir apresentamos a tabela com a indicação dos Protocolos Clínicos elaborados e implementados pela Concessionária.

Título do Protocolo Elaborado pela Concessionária	Data de Elaboração	Nomenclatura atualizada	Data da Revisão
Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Suspeita de Tuberculose	01/01/2011	Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Suspeita de Tuberculose	21/03/2019
Protocolo de Dor Torácica	17/01/2011	Protocolo de Dor Torácica	23/08/2019
Protocolo de Paciente com suspeita diagnóstica de Dengue	10/01/2011	Protocolo de Paciente com suspeita diagnóstica de Dengue	21/03/2019
Protocolo de Atendimento ao Paciente com Suspeita Diagnóstica de Meningite	24/01/2011	Protocolo de Atendimento ao Paciente com Suspeita Diagnóstica de Meningite	31/03/2019
Protocolo de Traumatismo Cranioencefálico (TCE)	17/01/2011	Protocolo de Traumatismo Cranioencefálico (TCE)	21/03/2019
Protocolo para Edema Agudo de Pulmão	10/02/2011	Protocolo para Edema Agudo de Pulmão	16/04/2018
Protocolo para Doença Cerebrovascular Aguda	17/02/2011	Protocolo para Doença Cerebrovascular Aguda	02/08/2019
Protocolo de Edema Agudo de Pulmão	10/02/2011	Protocolo de Edema Agudo de Pulmão	16/04/2018
Protocolo de Doença Cerebrovascular Aguda,	17/02/2011	Protocolo de Doença Cerebrovascular Aguda,	02/08/2019
Protocolo de Suspeita de Maus tratos	07/03/2011	Protocolo de Suspeita de Maus tratos	21/03/2019
SEPSE - Atendimento aos pacientes com suspeita diagnóstica	21/03/2011	SEPSE - Atendimento aos pacientes com suspeita diagnóstica	04/09/2019
Atendimento aos Pacientes com Suspeita de Hemorragia Digestiva	23/04/2011	Atendimento aos Pacientes com Suspeita de Hemorragia Digestiva	21/03/2019
Protocolo de Jejum	11/07/2011	Protocolo de Jejum	11/10/2019
Transporte de Paciente Crítico	11/07/2011	Transporte de Paciente Crítico	21/05/2019
Reanimação Cardiorrespiratória e Cerebral	13/09/2011	Reanimação Cardiorrespiratória e Cerebral	13/05/2015
Politrauma — Atendimento Inicial ao Paciente	10/11/2011	Politrauma — Atendimento Inicial ao Paciente	29/05/2019
Choque Hipovolêmico	11/11/2011	Choque Hipovolêmico - Atendimento Inicial	21/03/2019
Uso Racional dos Hemocomponentes	24/11/2011	Uso Racional dos Hemocomponentes	21/03/2019
Protocolo para Crise hipertensiva — Atendimento ao paciente	21/01/2012	Protocolo para Crise hipertensiva — Atendimento ao paciente	21/03/2019
Protocolo para Ferimento por arma de fogo (FAF) - Atendimento Inicial ao Paciente	09/02/2012	Protocolo para Ferimento por arma de fogo (FAF) - Atendimento Inicial ao Paciente	15/03/2019
Protocolo de Critérios de admissão e de alta em unidade de terapia intensiva adulto	23/02/2012	Protocolo de Critérios de admissão e de alta em unidade de terapia intensiva adulto	15/09/2019
Protocolo de Cirurgia Segura / Lateralidade	19/03/2012	Cirurgia Segura/Fluxo de marcação cirúrgica	21/03/2019
Protocolo Sedação e Analgesia	01/06/2012	Protocolo Sedação e Analgesia	21/03/2019
Protocolo Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica - PAVM	04/06/2012	Protocolo Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica - PAVM	17/07/2019
Protocolo de Atendimento de intercorrências nas unidades de internação adulto e pediátrica	15/06/2012	Protocolo de Atendimento de Intercorrências (PAI)	21/03/2019

Protocolo de Desmame da ventilação mecânica	04/07/2012	Desmame/Extubação Adulto	21/03/2019
Protocolo de Monitorização do paciente neurológico agudo	09/07/2012	Acidente Vascular Cerebral	02/08/2019
Protocolo de Insuficiência Cardíaca Congestiva - (ICC)	18/09/2012	Protocolo de Insuficiência Cardíaca Congestiva - (ICC)	21/03/2019
Protocolo de Crise hiperglicêmica no paciente com Diabetes Melitus:Cetoacidose Diabética e Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar	01/10/2012	Protocolo de Crise hiperglicêmica no paciente com Diabetes Melitus: Cetoacidose Diabética e Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar	21/03/2019
Protocolo de Diabetes Mellitus Descompensada: conduta nos pacientes não críticos	16/11/2012	Protocolo de Diabetes Mellitus Descompensada: conduta nos pacientes não críticos	21/03/2019
Protocolo de Insuficiência Hepática Crônica	20/12/2012	Protocolo de Insuficiência Hepática Crônica	21/03/2019
Protocolo de Intoxicação Hexógena	18/02/2013	Protocolo de Intoxicação Hexógena	21/03/2019
Protocolo de Insuficiência Respiratória Aguda	09/04/2013	Protocolo de Insuficiência Respiratória Aguda	21/03/2019
Protocolo de Pneumonia Comunitária	01/03/2013	Protocolo de Pneumonia Comunitária	21/03/2019
Precaução e Encaminhamento Paciente COVID-19	09/06/2020	Precaução e Encaminhamento Paciente COVID-19	06/01/2021

Figura 22 – Relação de Protocolos Clínicos Elaborados

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 64 – Resultado Apuração Indicador 4.1 Implantar Protocolos Clínicos para as Patologias mais Prevalentes em Urgência e Emergência

Indicador	**Indicação de Atendimento**
4.1 Implantar Protocolos Clínicos para as Patologias mais Prevalentes em Urgência e Emergência	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
O Verificador Independente entende que a Concessionária atendeu ao objetivo do indicador comprovando a implantação de todos os protocolos previstos para o Hospital e a continuidade da capacitação dos profissionais em relação a estes protocolos. Neste caso, o resultado da apuração do indicador reflete a interpretação do VI sobre as comprovações, apresentadas pela Concessionária, de atingimento ao objetivo do indicador e não de sua meta.	

5.1 Taxa de Atendimento aos Usuários Encaminhados pelo Complexo Regulador

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 21 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Taxa de Atendimento aos Usuários Encaminhados pelo Complexo Regulador visa garantir a atenção da qualidade aos usuários referenciados pelo Complexo Regulador.

Ficha Técnica 21

5.1. Taxa de atendimento aos usuários encaminhados pelo Complexo Regulador

Objetivo: Garantir a atenção de qualidade aos usuários referenciados pelo Complexo Regulador, da região de abrangência na qual o hospital está inserido

Definições:

- **Inserção do Hospital na Rede de Atenção:** A atenção básica deve ser a ordenadora da rede de atenção à saúde, a partir da garantia da orientação da longitudinalidade da atenção e da conseqüente ampliação do vínculo. O Hospital integrado à rede de atenção deve pactuar o seu papel e suas responsabilidades com os gestores definindo os mecanismos de acesso dos usuários e de relação com outros serviços, através do complexo regulador.

Figura 23 – Ficha Técnica 21, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Para fins de apuração do indicador, o Verificador Independente solicitou à DGECOP/SESAB as bases da regulação originárias da rede para a UH do Hospital do Subúrbio. Foi recebido o relatório contemplando os registros de "Ocorrências direcionadas para o Hospital do Subúrbio" pela Central Estadual de Regulação, com indicação do motivo de solicitação.

A relação apresentada pela CER contempla a data de abertura, data do compartilhamento, data da resposta e status de atendimento.

Considerando-se a relação apresentada pela CER contemplando as datas de encaminhamento das solicitações, para o 46º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Número de Solicitações ao HS Abertas no Período: 21.404 registros;
Número de Solicitações Atendidas: 430 registros

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 65 – Quadro Resumo do Indicador Taxa de Atendimento aos Usuários Encaminhados pelo Complexo Regulador

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Mínimo de 100%	**-**	**2,01%**

Indicador	Indicação de Atendimento
5.1 Taxa de Atendimento aos Usuários Encaminhados	✘ **Não atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado superior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

6.1 Percentual de Médicos com Título de Especialista

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 23 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Percentual de Médicos com Título de Especialista visa avaliar a qualificação do corpo clínico.

Ficha Técnica 23

6.1. Percentual de Médicos com Título de Especialista

Objetivos: Acompanhar o percentual de médicos especialistas no Hospital. A maior quantidade de profissionais com título de especialista é indicativa de qualificação do corpo clínico.

Definições: Relação percentual entre o número de médicos com título de especialista e o número de médicos.

- **Número de médicos com título de especialista:** É o número total de médicos com título de especialista fornecido pela Associação Médica Brasileira ou Conselho Regional de Medicina e Residência Médica conclusa com registro no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Desconsiderar atestado de Residência Médica não conclusa.
O título deverá ser na especialidade que exerce na instituição.

- **Número de médicos:** É o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo empregatício.

Figura 24 – Ficha Técnica 23, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Para o 47º trimestre de operação do hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:
Número de Médicos com Título de Especialista: **263** (duzentos e sessenta e três) médicos;
Número Total de Médicos: **298** (duzentos e noventa e oito) médicos.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de 82% de médicos especialistas, conforme definição apresentada na Tabela 11 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 66 – Quadro Resumo do Indicador Percentual de Médicos com Título de Especialista

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Mínimo de 82%	**88,93%**	**89,26%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 67 – Resultado Apuração Indicador 6.1 Percentual de Médicos com Título de Especialista

Indicador	Indicação de Atendimento
6.1 Percentual de Médicos com Título de Especialista	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado superior à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

6.2 Relação Enfermeiro/Leito

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 24 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Relação Enfermeiro/Leito visa acompanhar a qualidade no atendimento de enfermagem.

Ficha Técnica 24

6.2. Relação Enfermeiro /Leito

Objetivo: Acompanhar o número de enfermeiros por leito. O atendimento de enfermagem ganha em qualidade quando a relação de enfermeiro/leito atinge uma proporção adequada

Definições: Relação entre o número de enfermeiros e o número de leitos.

Para cálculo do número de enfermeiros será necessário realizar uma média dos enfermeiros ativos no período, a fim de tornar o reporte do indicador mais fidedigno ao número de enfermeiros que trabalharam durante o trimestre em questão.

$$\text{Nº Enf:} = \frac{\text{Somatório do total de dias que cada enf. permaneceu contratado no período}}{\text{Total de dias no período}}$$

- **Número de enfermeiros:** É o número total de enfermeiros registrados no COREN, independente do vínculo empregatício e que estejam ligados a área assistencial.
- **Número de leitos:** É o número total de cama numerada e identificada destinada à internação de um Cliente dentro do hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um Cliente durante sua estadia no hospital. Na prática, calcula-se pela média de leitos operacionais no período.

  Não considerar: leitos de recuperação pós-anestésica ou pós-operatória.

Figura 25 – Ficha Técnica 24, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo do Índice de Relação Enfermeiro/Leito se dá pela fórmula:

$$\textbf{\textit{Relação Enfermeiro Leito}} = \frac{\textbf{\textit{Número de Enfermeiros}}}{\textbf{\textit{Número de Leitos}}}$$

Segundo a definição da ficha técnica apresentada acima, o Número de Enfermeiros é calculado pelo somatório de dias em que cada enfermeiro permaneceu contratado no período, dividido pelo número total de dias do período.

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores calculados com base na tabela de horas trabalhadas pelos enfermeiros (Anexo 16):

Somatório de **dias em que cada enfermeiro permaneceu contratado no período:** 22.493 (vinte e dois mil quatrocentos e noventa e três) enfermeiros-dia;

Número total de dias do período: 87 (oitenta e sete) dias;

Número de Leitos: 331 (trezentos e trinta e um) leitos, conforme racional apresentado no indicador 2.1 Intervalo de Substituição.

Totalizando em um número médio de 259,90 enfermeiros / dia.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de 0,40, conforme definição apresentada na Tabela 11 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 68 – Quadro Resumo do Indicador Relação Enfermeiro/Leito

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Mínimo de 0,40 enfermeiro/leito	**0,90 enfermeiro/leito**	**0,7853 enfermeiro/leito**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 69 – Resultado Apuração Indicador 6.2 Relação Enfermeiro/Leito

Indicador	**Indicação de Atendimento**
6.2 Relação Enfermeiro/Leito	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado superior à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

6.3 Índice de Atividades de Educação Permanente

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 25 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Índice de Atividades de Educação Permanente visa acompanhar a qualificação da força de trabalho.

Ficha Técnica 25

6.3. Índice de Atividades de Educação Permanente

Objetivo: Instituir e acompanhar as atividades de educação permanente do hospital. Qualificar a força de trabalho.

Definições: Relação entre o número de horas dos colaboradores participantes nos cursos e o número de horas trabalhadas.

Para cálculo do número de colaboradores será necessário contabilizar a quantidade de dias que cada funcionário esteve contratado e multiplicar pelo número de horas diárias previstas em contrato. Na prática o número de horas diárias é encontrado dividindo-se a carga horária mensal prevista em contrato por 30 (mês contábil), conforme abaixo:

$$\text{Nº horas diárias: } = \frac{\text{Carga horária mensal prevista}}{30}$$

Nº horas/homem trab.: = *(Dias func. 1 ficou contratado X horas diárias func. 1) + (Dias func. n ficou contratado X horas diárias func. n)*

- **Número de colaboradores ouvintes em todos os cursos do hospital**: É a somatória de todos os colaboradores participantes dos cursos no período determinado, incluindo os cursos realizados em convênio com Instituições de Ensino Superior.
  Obs. Caso o colaborador participe de vários cursos, será computado o total de horas de todos os cursos.
- **Carga horária do curso:** É a somatória das horas de todos os cursos ministrados no período determinado. Deverão ser contabilizados cursos realizados no hospital; cursos externos pagos integralmente pelo hospital e treinamento para operação de novos equipamentos. Os cursos de graduação, pós-graduação financiados pelo hospital deverão ser informados na época da sua conclusão.
- **Número de horas/homem trabalhadas:** É o número de colaboradores ativos no cadastro do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho.

Figura 26 – Ficha Técnica 25, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo do Índice de Atividades de Educação Permanente se dá pela fórmula:

$$\textit{Índice de Atividades de Educação Permanente} = \frac{\textit{Total de Horas de Colaboradores em Cursos}}{\textit{Total de horas trabalhadas}}$$

Foram fornecidas pela Concessionária a lista com os treinamentos realizados no período e a contabilização do total de horas de colaboradores em curso (Anexo 17) e as Listas de Presença dos treinamentos considerados para o cálculo do numerador do indicador. As listas de presença foram integralmente avaliadas pelo Verificador Independente, sendo constatadas as seguintes inconsistências:

Foram identificadas divergências no Total de Horas de Colaboradores em Cursos (numerador) em relação ao valor informado pela Concessionária.

Data	Tema	Inconsistência	CH Informada	CH Apurada
18/05/2022	Férias - Cronograma	Contabilização de assinaturas e carga horária	10,00	0,00
18/05/2022	Cuidados paliativos	Contabilização de assinaturas	4,50	7,50
		TOTAL	**14,5**	**7,5**
		DIFERENÇA		**7,0**

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:

Total de Horas de Colaboradores em Cursos: 13.239,84 (treze mil, duzentos e trinta e nove vírgula oitenta e quatro) horas;

Total de Horas Trabalhadas: 1.000.007 (um milhão e sete) horas.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de 6,5/1.000 horas trabalhadas, conforme definição apresentada na Tabela 11 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 70 – Quadro Resumo do Indicador Índice de Atividades de Educação Permanente

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Mínimo de 6,5/1.000 horas trabalhadas	**13,23/1000**	**13,23/1000**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 71 – Resultado Apuração Indicador 6.3 Índice de Atividades de Educação Permanente

Indicador	Indicação de Atendimento
6.3 Índice de Atividades de Educação Permanente	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado superior à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

6.4 Taxa de Acidente de Trabalho

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 26 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Taxa de Acidente de Trabalho visa avaliar o número e as condições de ocorrência dos acidentes de trabalho no hospital.

Ficha Técnica 26

6.4. Taxa de Acidente de Trabalho

Objetivo: Acompanhar o número e as condições de ocorrência dos acidentes de trabalho no hospital. A saúde dos colaboradores deve ser encarada com a mesma importância que a dos Usuários dos serviços assistenciais, visto que o trabalho exerce um papel fundamental nas condições de vida e saúde dos indivíduos, em seus grupos familiares e em grandes núcleos populacionais. Da mesma forma deve-se levar em conta que a qualidade na atenção em saúde depende também da organização do trabalho, no que tange às condições em que esse trabalho se realiza, evitando-se que os trabalhadores sofram desgastes, doenças ou os acidentes de trabalho.

Definições: Relação percentual entre o número de acidentes de trabalho e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital.

- Acidentes de trabalho: São aqueles que acontecem no exercício do trabalho prestado ao hospital e que provocam lesões corporais ou perturbações funcionais que podem resultar em morte ou na perda ou em redução, permanente ou temporária, das capacidades físicas ou mentais do trabalhador. No ambiente hospitalar os acidentes de trabalho estão relacionados a vários fatores de risco, geralmente vinculados ao desempenho dos trabalhadores e às condições laborais.
- Número de acidentes de trabalho: É o número total de acidentes de trabalho na força de trabalho ocorridos durante o mês.
- Número de funcionários ativos no cadastro do hospital: É o número total de pessoas que compõem a força de trabalho independente do vínculo empregatício (CLT, Terceirizados e Autônomos). Incluir apenas empresas prestadoras de serviços exclusivos do hospital.
- Não serão considerados para fins de penalização da Concessionária os acidentes de trabalho ocorridos durante o trajeto de e para o Hospital, pois considera-se escapar do domínio da concessionária o controle deste evento, bem como não refletem a qualidades das condições de trabalho do Hospital.

Figura 27 – Ficha Técnica 26, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo do Taxa de Acidente de Trabalho se dá pela fórmula:

$$\boldsymbol{Taxa\ de\ Acidente\ de\ Trabalho = \frac{Número\ de\ Acidentes\ de\ Trabalho}{Número\ Funcionários\ Ativos}}$$

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 0,30%, conforme definição apresentada na Tabela 11 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 72 – Quadro Resumo do Indicador Taxa de Acidente de Trabalho

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
Máximo de 0,30%	**0,15%**	**0,15%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 73 – Resultado Apuração Indicador 6.4 Taxa de Acidente de Trabalho

Indicador	**Indicação de Atendimento**
6.4 Taxa de Acidente de Trabalho	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 27 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Prover Meios de Escuta dos Usuários visa avaliar as atividades pertinentes à atenção e atendimento ao usuário.

Ficha Técnica 27

7.1. Prover meios de escuta dos usuários

Objetivo: Realizar a atividades pertinentes à atenção e atendimento ao usuário, responsável pela organização do sistema de reclamações, sua canalização dentro da instituição e encaminhamento aos órgãos diretivos do hospital.

Definições:

- Deve existir, no hospital, um espaço físico identificado claramente para o atendimento aos usuários, devendo o mesmo permitir que seja dada atenção personalizada e reservada, quando necessário.
- As reclamações recebidas devem ser registradas em sistema próprio de registro.
- Deve existir também um instrumento de informação aos usuários que lhes dê conhecimento dos procedimentos relativos a queixas, reclamações e sugestões.

Figura 28 – Ficha Técnica 27, do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao Contrato da Concessão

Para a avaliação do indicador Prover Meios de Escuta dos Usuários foram avaliados os Relatórios de Queixas e Resolutividade de Ocorrências para avaliação do tempo de atendimento das demandas.

Para o 47º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores:
Total de Demandas Respondidas em até 10 dias: 70 (setenta) demandas;
Total de Demandas Respondidas: 70 (setenta) demandas.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de resposta em até 10 dias, a 100% das demandas registradas, conforme definição apresentada na Tabela 12 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Concessionária.

Tabela 74 – Quadro Resumo do Indicador Prover Meios de Escuta dos Usuários

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Apuração Verificador Independente
100%	**100%**	**100%**

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 75 – Resultado Apuração Indicador 7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários

Indicador	**Indicação de Atendimento**
7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada atendeu à meta estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

7.2 Avaliação da Satisfação do Cliente ou Sua Família

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 28 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Avaliação da Satisfação do Usuário visa avaliar a opinião dos usuários sobre o atendimento prestado pelo hospital.

Ficha Técnica 28

7.2. Avaliação da satisfação do usuário

Objetivo: Avaliar a opinião dos usuários sobre o atendimento prestado pelo hospital

Definições:

- A prática assistencial em saúde é baseada na inter-relação entre prestadores de serviços, públicos ou privadas, e seus usuários. Esta inter-relação é constituída, fundamentalmente, pela dependência entre a qualidade do serviço oferecido e a satisfação do usuário que o recebe. O funcionamento adequado do serviço converte-se em alta satisfação do usuário. E essa satisfação, por conseguinte, é refletida nas ações do usuário como a adesão ao tratamento, continuidade dos cuidados em longo prazo, procura por prevenção de agravos à saúde e indicação do serviço a outros. O contrário, isto é, a insatisfação por parte do Cliente, prejudica tanto seu tratamento, como a existência da instituição. Desse modo, o usuário passa a ter participação ativa no funcionamento do serviço, sendo co-responsável, juntamente com a prestadora, pelo êxito ou fracasso do processo terapêutico
- O Sistema Único de Saúde (SUS) considera que a incorporação do usuário no modelo participativo de atenção à saúde tem início por meio da avaliação subjetiva deste quanto à assistência prestada. Esta avaliação oferece subsídios para a implantação dos direitos, necessidades e perspectivas dos usuários no quadro de metas do serviço. Qualquer estabelecimento de saúde que prime pela qualidade deve incluir, constantemente, na sua prática a avaliação da opinião de seus usuários, para repensar os métodos executados e intervir sobre a forma de organização, visando seu aperfeiçoamento. Desse modo, a avaliação da satisfação do usuário é parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde.

Figura 29 – Ficha Técnica 28, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato da Concessão

Segundo a definição da meta do indicador 7.2, conforme Termo Aditivo nº 06 ao Contrato de Concessão, o questionário de satisfação deverá ser aplicado a 55% dos pacientes internados na unidade hospitalar.

Tendo em vista que as pesquisas foram aplicadas no período respeitando os critérios de avaliação previstos contratualmente, com manutenção da meta de atingimento para o indicador, a alteração na distribuição das amostras observada para o período não caracteriza impacto à avaliação da satisfação do usuário, considerando-se as amostras com confiabilidade estatística.

Na tabela a seguir apresentamos os quantitativos de atendimentos realizados em cada grupo de aplicação de pesquisa, a quantidade de avaliações realizadas e a relação percentual entre quantidade de pesquisas aplicadas e atendimentos realizados no período de avaliação.

Tabela 76 – Aplicação de Pesquisa de Satisfação

	Quantidade de atendimentos	Quantidade de pesquisas Aplicadas	Percentual Aplicação de Pesquisas
Satisfação Geral	6044	1460	24,16%

Na tabela a seguir apresentamos os percentuais de satisfação para cada grupo avaliado.

Tabela 77 – Percentual de Satisfação

	Quantidade Pesquisas Aplicadas	Quantidade Respostas Afirmativas	Percentual de Satisfação
Satisfação Geral	1460	1405	96,23%

O percentual de pesquisas realizadas para pacientes internados foi de 96,23%, correspondente a 1.460 pesquisas. O 6º Termo Aditivo prevê aplicação das pesquisas para 55% dos pacientes internados, portanto entende-se pelo atendimento do indicador.

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de Índice Mínimo de Satisfação de 80% (oitenta por cento), conforme definição apresentada na Tabela 12 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 78 – Resultado Apuração Indicador 7.2 Avaliação da Satisfação do Cliente ou Sua Família

Indicador	Indicação de Atendimento
7.2 Avaliação da Satisfação do Cliente ou Sua Família	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que em todas as áreas avaliadas o percentual de satisfação do usuário foi superior à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

8.1 Implantar e Manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para Viabilizar as Diretrizes do Programa HUMANIZASUS

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 29 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Implantar e Manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para Viabilizar as Diretrizes do Programa HUMANIZASUS visa avaliar a intervenção na melhoria dos processos de trabalho e na produção de saúde para todos.

Ficha Técnica 29

8.1. Implantar e manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa HUMANIZASUS

Objetivo: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH no hospital tem caráter multidisciplinar. É uma instância de discussão da dinâmica das equipes de trabalho; das relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde/usuários e responsável pelas ações de educação permanente relacionadas à humanização da atenção.

Definições:

- **Princípios norteadores da Política de Humanização:** (i) Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; (ii) Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; (iii) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; (iv) Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS e (v) Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia.

Figura 30 – Ficha Técnica 29, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato da Concessão

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos:
Ata de reunião do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), realizada em 11/04/2022;
Programa de Integração de novo colaborador;
Intranet: Dia mundial do rim;
Ata de reunião do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), realizada em 10/05/2022;
Programa de Integração de novo colaborador;
Intranet: Dia Mundial da Saúde tem ação de incentivo ao autocuidado";
Intranet: "Feliz Pesca";
Ata de reunião do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), realizada em 10/062022;
Programa de Integração de novo colaborador;
Intranet: "Empatia é tema da roda de conversa promovida pela equipe de GTH";

Sem prejuízo à apuração do indicador, o Verificador Independente constatou a ausência dos seguintes membros designados:

Tabela 79 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões do Grupo de Trabalho em Humanização (GTH)

Reunião	Membros Ausentes
Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), realizada em 05/04/2022	Carine Vanessa; Yasmijm Gomes; Adriana Rocha

Reunião	Membros Ausentes
Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), realizada em 08/02/2022	Genilda mascarenhas; Marcos Ribeiro;Sara Duarte; Natan Nascimento;Adriana Rocha
Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), realizada em 10/03/022	Ana Luisa Ribeiro; Fernanda San tana; Genilda Mascarenhas; Rafaela Ribeiro;Yasmim Gomes; Marcos Ribeiro; Rosqana Cavalcanti; Sara Duarte; Natan Nascimento; Adriana Rocha

A meta estabelecida para o 47º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de Realização de pelo menos 03 treinamentos com temas distintos, abordando os 5 temas preconizados pelos princípios norteadores da Política de Humanização, conforme definição apresentada na Tabela 13 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 80 – Resultado Apuração Indicador 8.1 Implantar e Manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para Viabilizar as Diretrizes do Programa HUMANIZASUS

Indicador	Indicação de Atendimento
8.1 Implantar e Manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para Viabilizar as Diretrizes do Programa HUMANIZASUS	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada atendeu às diretrizes estabelecidas para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

9.1 Processo de Acreditação Através de uma das Organizações Certificadoras

De acordo com a definição apresentada na Ficha Técnica 30 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, o indicador Processo de Acreditação Através de Uma das Organizações Certificadoras visa aperfeiçoar o desempenho do hospital tanto nas atividades de cuidado direto ao Cliente quanto nas de natureza administrativa.

Ficha Técnica 30

9.1. Processo de acreditação, em até 24 (vinte e quatro)meses após o início da operação, através de uma das organizações certificadoras

Objetivo:

- O processo de acreditação, aplicado no contexto do hospital organizado no modelo de atenção centrado no cuidado ao Cliente, segundo SANTOS (2007), é ferramenta importante na busca da melhoria da qualidade e apresenta um imenso potencial no sentido de introduzir nas organizações uma prática de reflexão contínua sobre os processos institucionais diretamente ligados ao cuidado. Possibilita, também, inovar no processo de planejamento ao permitir uma abordagem distinta dos processos de definição de prioridades e estratégias de implementação das correções necessárias.
- Por se tratar de uma abordagem com forte conteúdo educativo, onde todo o processo parte de uma reflexão sobre a prática profissional referida a padrões de excelência de desempenho, tem permitido uma nova maneira de perceber e atuar sobre velhos problemas. Isto porque os instrumentos utilizados como base da avaliação, os padrões de acreditação, não são indicadores complexos distantes da realidade do cotidiano vivenciado pelos profissionais, mas referidos a processos e práticas direta e indiretamente ligados ao cuidado aos Clientes.
- Através desta ferramenta, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao Cliente e aquelas de natureza administrativa.

Figura 31 – Ficha Técnica 30, do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato da Concessão

Para a avaliação do indicador, o Verificador Independente consultou através da ONA – Organização Nacional de Acreditação –, no sítio online www.ona.org.br, a validade da certificação referente à acreditação do Hospital do Subúrbio. A mesma encontra-se válida até 23/09/2022.

A meta estabelecida para o indicador é a Unidade Hospitalar acreditada após 24 meses do início da operação, conforme definição apresentada na Tabela 14 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

Na tabela a seguir é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração.

Tabela 81 – Resultado Apuração Indicador 9.1 Processo de Acreditação Através de uma das Organizações Certificadoras

Indicador	**Indicação de Atendimento**
9.1 Processo de Acreditação Através de uma das Organizações Certificadoras	✓ **Atendido**
Conclusão da Apuração	
Considerando que a Unidade Hospitalar do Hospital do Subúrbio encontra-se com acreditação vigente, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

Peso dos Indicadores de Desempenho

O valor da Contraprestação Mensal Efetiva (CME) varia de acordo com o cumprimento, pela Concessionária, dos Indicadores Quantitativos (IQ) e dos Indicadores de Desempenho (ID), e é recalculado trimestralmente a partir da soma dos valores de remuneração devidos após o cálculo de IQ e ID.

Conforme estabelecido no Contrato de Concessão Nº030/2010 e em seus Termos Aditivos vigentes (TA 01 a 07), as variações decorrentes da apuração dos Indicadores Quantitativos são aplicadas sobre 70% do valor da Contraprestação Mensal Máxima (CMM) e as variações decorrentes da apuração dos Indicadores de Desempenho são aplicadas sobre 30% da CMM. Os percentuais detalhados de cada indicador (Quantitativo e de Desempenho) seguem descritos nas tabelas abaixo.

Tabela 82: Distribuição de pesos dos Indicadores Quantitativos na CME

INDICADORES QUANTITATIVOS (IQ)		
		Peso do Indicador
70% CMM	1. Saídas de Internações Hospitalares	55%
	2.1 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)	15%
	2.2 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva COVID (UTIs COVID Internas)	15%
	3. Consultas Médicas em Atenção Especializada	7%
	4. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	8%

Tabela 83: Distribuição de pesos dos Indicadores de Desempenho na CME

INDICADORES DE DESEMPENHO (ID)		
		Peso do Indicador
30% CMM	1.1. Revisão de Prontuários	1%
	1.2. Avaliação e Revisão de Óbitos	1%
	1.3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	1%
	1.4. Comitê de Fármaco, tecno e Hemo Vigilância	1%
	1.5. Comissão de Transplantes	1%
	1.6. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA)	1%
	2.1. Intervalo de Substituição	1%
	2.2. Índice de Renovação	1%
	2.3. Índice de Resolubilidade	2%
	2.5. Intervalo de tempo para realização de cirurgia de emergência	1%
	2.6. Taxa de Reingresso na UTI - Adulto durante a mesma internação (24h)	3%
	3.1. Densidade global de Infecção Hospitalar	5%
	3.2. Densidade de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Venoso Central (CVC) na UTI Adulto	4%
	3.3. Taxa de Mortalidade Institucional	2%
	3.3-A Taxa de Mortalidade COVID	2%
	3.4. Taxa de Mortalidade transoperatória	2%
	3.4 A - Taxa de mortalidade no pós-operatório	2%
	3.5. Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	4%
	3.6. Taxa de Mortalidade do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	4%
	3.7. Taxa de Mortalidade de Clientes com Sepse	4%
	3.8. Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão	4%

P5.25 – Relatório dos resultados dos indicadores aferidos, contendo o resultado dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de Desempenho e cálculo da variação da Contraprestação Mensal Efetiva (**ref. 47º trimestre**)

INDICADORES DE DESEMPENHO (ID)		
		Peso do Indicador
	3.9. Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	3%
	3.10. Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	3%
	4.1. Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em urgência e emergência	3%
	5.1. Taxa de atendimento aos usuários encaminhados pelo Complexo Regulador	4%
	6.1. Percentual de Médicos com Título de Especialista	2%
	6.2. Relação Enfermeiro/Leito	2%
	6.3. Índice de Atividades de Educação Permanente	3%
	6.4. Taxa de Acidente de Trabalho	3%
	7.1. Prover meios de escuta dos usuários	3%
	7.2. Avaliação da satisfação do Cliente ou sua família	3%
	8.1. Implantar e manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa HUMANIZASUS	4%
	9.1. Início do processo de acreditação, após 01 ano de operação, através de uma das organizações certificadoras.	20%

METODOLOGIA DE APURAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Para o cálculo do percentual de atingimento dos indicadores supracitados, o Verificador Independente leva em consideração as informações contidas na base de dados do sistema da Concessionária, bem como os documentos impressos entregues pela mesma, correspondentes a cada trimestre de apuração. A relação de indicadores agrupados por tipo de verificação pode ser vista na tabela abaixo.

Base de Dados Concessionária (PRODAL)	
IQ	1. Internação Hospitalar
IQ	2. Atendimentos de Urgência e Emergência e Consultas Ambulatoriais
IQ	3. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)
ID	2.1. Intervalo de Substituição
ID	2.2. Índice de Renovação
ID	2.3. Índice de Resolubilidade
ID	2.4. Taxa de atendimentos de usuários em regime de não urgência e emergência
ID	2.5. Intervalo de tempo para realização de cirurgia de emergência
ID	2.6. Taxa de Reingresso na UTI - Adulto durante a mesma internação
ID	3.1. Densidade global de Infecção Hospitalar
ID	3.2. Densidade de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Venoso Central (CVC) na UTI Adulto
ID	3.3. Taxa de Mortalidade Institucional
ID	3.3-A Taxa de Mortalidade COVID
ID	3.4. Taxa de Mortalidade transoperatória
ID	3.5. Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio
ID	3.6. Taxa de Mortalidade do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
ID	3.7. Taxa de Mortalidade de Clientes com Sepse
ID	3.8. Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão
ID	3.9. Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)

Documentos impressos da Concessionária	
ID	1.1. Revisão de Prontuários
ID	1.2. Avaliação e Revisão de Óbitos
ID	1.3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
ID	1.4. Comitê de Fármaco, tecno e hemo Vigilância
ID	1.5. Comissão de Transplantes
ID	1.6. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA)
ID	4.1. Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em urgência e emergência
ID	6.1. Percentual de Médicos com Título de Especialista
ID	6.2. Relação Enfermeiro/Leito
ID	6.3. Índice de Atividades de Educação Permanente
ID	6.4. Taxa de Acidente de Trabalho
ID	7.1. Prover meios de escuta dos usuários
ID	7.2. Avaliação da satisfação do Cliente ou sua família
ID	8.1. Implantar e manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa HUMANIZASUS

Base de Dados Concessionária (PRODAL)	
ID	3.10. Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical

Documentos impressos da Concessionária

***Indicador 5.1 - Taxa de atendimento aos usuários encaminhados pelo Complexo Regulador – Base de dados da Central de Regulação (SUREM/CER).**

Conforme explanado anteriormente neste relatório (item 1.2.23), para o cálculo do indicador 5.1, é solicitada a base de dados da Central de Regulação, referente aos pedidos originários da rede para o Hospital do Subúrbio. Conforme informado pela DIREG, em e-mail enviado em 19/12/2018 que "... diante das permissões existentes na ferramenta eletrônica do Sistema de Urgência e Emergência (SUREM), ainda não é possível gerar relatórios com o número de solicitações feitas as unidades executantes.". Deste modo, considerando que o item 4 do Ofício SAIS Nº 1.026/2018 indica que "A fonte de dados para apuração desse indicador é a base SUREM/CER...", não há base para o cálculo do percentual de atendimento das solicitações realizadas pela CER ao Hospital do Subúrbio. A partir da ausência dos registros solicitados na fonte indicada pelo Ofício, o Verificador Independente concluiu que não há dados suficientes para a realização da apuração deste indicador.

***Indicador 9.1 - Início do processo de acreditação, após 01 ano de operação, através de uma das organizações certificadoras – Verificação online através do Portal ONA (Organização Nacional de Acreditação).**

Através do endereço eletrônico www.ona.org.br, em seu Mapa de Acreditações, é possível buscar os hospitais credenciados por tipo, região, tipo de certificação e/ou nome da instituição. Deste modo, o Verificador Independente acompanha o prazo de validade da certificação vigente, verificando o cumprimento deste indicador.

As regras de cálculo dos indicadores apurados através da base de dados da Concessionária podem ser vistas abaixo:

REGRAS DE CÁLCULO – INDICADORES QUANTITATIVOS	
1. Internações	**Regras**
PACI_IND_ENTRADA	= "I"
PACI_TIPO_ALTA	<> "";"D";"A"
PACI_DT_ALTA_REAL	">=" data início período; "<=" fim período
CLÍNICAS	= "CM"
	= "CC"
	= "PE"
	= "CMC"
	= "UTI Adulto"
	= "UTI Ped"

2. Quantitativo de Urgência e Emergência	**Regras**
2.1 Urgência e Emergência	
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	<> ""; H; D
PACI_IND_ENTRADA	= E
2.2 Consultas Pronto Atendimento/ Triagem/ Acolhimento	
DPIT_QTDE	resultado = soma
DPIT_DT_DEBITO	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_IND_ENTRADA	= E
PACI_TIPO_ALTA	"<>" D (manter "D c/ triagem")
DPIT_TIDE_COD	= 1; 8; 17; 19
EVMU_DTHR	">=" data início período; "<=" fim período
EVMU_RECN_TICO_COD	="COREN"; "CRBIO"; "CREFITO"; "CRESS"; "CRF";

	"CRFA"; "CRM"; "CRN"; "CRO";"CRP"
PACI_IND_ENTRADA	= E
PACI_TIPO_ALTA	<> ""; H; D
EVMU_DTHR	>= PACI_DTHR_CHEGADA
EVMU_DTHR	<= PACI_DT_ALTA
2.3 Consultas Médicas em Atendimento Especializado	
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_IND_ENTRADA	= A
PACI_TIPO_ALTA	<> ""; "A"; "D"
PACI_TIAE_COD	= "BU"; "NE"; "OR"; "UR"
2.4 Ortopédicos e Cirúrgicos	
PCEM_DTHR	">=" data início período; "<=" fim período
[PCEM] PACI_IND_ENTRADA	= A
[PCEM] PACI_TIAE_COD	= OR

3.1 Diagnóstico em Laboratório Clínico	**Regras**
DPIT_HONO_COD	<>""
DPIT_DT_DEBITO	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	<> A; D
PACI_IND_ENTRADA	<> I
DPIT_TIDE_COD	= 13
DPIT_QTDE	Resultado = Soma
3.2 Diagnóstico em Radiologia	
DPIT_HONO_COD	<>""
DPIT_DT_DEBITO	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	<> A; D
PACI_IND_ENTRADA	<> I
DPIT_TIDE_COD	= 12
DPIT_QTDE	Resultado = Soma
3.3 Diagnóstico por Ultra-Sonografia	
DPIT_HONO_COD	<>""
DPIT_DT_DEBITO	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	<> A; D
PACI_IND_ENTRADA	<> I
DPIT_TIDE_COD	= 11
DPIT_QTDE	Resultado = Soma
3.4 [Internos] Diagnóstico por Ressonância Nuclear Magnética	
DPIT_HONO_COD	<>""
DPIT_DT_DEBITO	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	<> A; D
PACI_IND_ENTRADA	<> I
DPIT_TIDE_COD	= 32
DPIT_QTDE	Resultado = Soma

3.4 [Externos] Diagnóstico por Ressonância Nuclear Magnética	
DEPE_DT_DEBITO	">=" data início período; "<=" fim período
DEPE_TIDE_COD	= 32
DEPE_QTDE	Resultado = Soma
3.5 [Internos] Diagnóstico por Tomografia Computadorizada	
DPIT_HONO_COD	<>""
DPIT_DT_DEBITO	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	<> A; D
PACI_IND_ENTRADA	<> I
DPIT_TIDE_COD	= 10
DPIT_QTDE	Resultado = Soma
3.5 [Externos] Diagnóstico por Tomografia Computadorizada	
DPEPE_DT_DEBITO	">=" data início período; "<=" fim período
DEPE_TIDE_COD	= 10
DEPE_QTDE	Resultado = Soma
3.6 Diagnóstico por Endoscopia	
DPIT_HONO_COD	<>""
DPIT_DT_DEBITO	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	<> A; D
PACI_IND_ENTRADA	<> I
DPIT_TIDE_COD	= 21
DPIT_QTDE	Resultado = Soma
3.7 Métodos Diagnósticos em Especialidade	
DPIT_HONO_COD	<>""
DPIT_DT_DEBITO	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	<> A; D
PACI_IND_ENTRADA	<> I
DPIT_TIDE_COD	= 34
DPIT_QTDE	Resultado = Soma

REGRAS DE CÁLCULO – INDICADORES DE DESEMPENHO	
2.1 Intervalo de Substituição	
Cálculo de pacientes-dia:	
PACI_IND_ENTRADA	"I"
PACI_DT_INT_REAL	"<=" fim período Se < início período; PACI_DT_INT_REAL = início período
PACI_DT_ALTA_REAL	">=" data início período Se > fim período ou ""; PACI_DT_ALTA_REAL = fim período)
Tempo de Internação (PACI_DT_ALTA_REAL - PACI_DT_INT_REAL)	se "<=" 24hrs = 1 paciente-dia
Tempo de Internação (PACI_DT_ALTA_REAL - PACI_DT_INT_REAL)	se ">"24hrs, considera todos os dias da internação exceto a data da saída

Cálculo de leitos-dia:
Nº de dias do período * Nº de leitos excluindo-se os virtuais
= ((DT final do período - DT início do período)+1)*313
= (14/xx/xx - 14/xx/xx)*313

Cálculo de Saídas Hospitalares:
Vide "1. Internações"

Cálculo da TOH:
= pacientes-dia / leitos-dia

Cálculo do TMP:
= pacientes-dia / saídas hospitalares
Resultado do Indicador:
= ((1 - TOH)*TMP) / TOH

2.2 Índice de Renovação

Numerador:	
Nº de leitos extra ativados:	
MOPA_SETO_COD	="*V*" (leitos “Virtuais”)
MOPA_SETO_COD	Não duplicados
Nº de dias período:	
(Data final do período - Data inicial do período) + 1	
Nº de leitos reais:	
313	
Resultador Numerador:	
(Nº de leitos extra ativados / Nº de dias do período) + Nº de leitos reais	
Denominador:	
PACI_IND_ENTRADA	= "I"
PACI_TIPO_ALTA	<> "";"D";"A"
PACI_DT_ALTA_REAL	">=" data início período; "<=" fim período

2.3 Índice de Resolubilidade

Numerador:	
PACI_IND_ENTRADA	= "I"
PACI_TIPO_ALTA	<> "";"D";"A"
PACI_DT_ALTA_REAL	">=" data início período; "<=" fim período
MOPA_SETO_COD	<> 2112; 2113; 2115; 2116
Tempo de Internação	"<=" 5
Denominador:	
PACI_IND_ENTRADA	= "I"
PACI_TIPO_ALTA	<> "";"D";"A"
PACI_DT_ALTA_REAL	">=" data início período; "<=" fim período
MOPA_SETO_COD	<> 2112; 2113; 2115; 2116

2.4 Taxa de Atendimento de Usuários

ADEM_DTHR	">=" data início período; "<=" fim período
HCPA_COAT_SEQ_ATUAL	1; 2; 3; 4

2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	
Numerador:	
ACIR_DTHR	">=" data início período; "<=" fim período
ACDI_TIPO	="E"
ACIR_DTHR_SUSPENSAO	=""
DCIR_DTHR_INI_ANEST - ACIR_DTHR	<= 60 min
Denominador:	Total
ACIR_DTHR	">=" data início período; "<=" fim período
ACDI_TIPO	="E"
ACIR_DTHR_SUSPENSAO	=""

2.6 Taxa de Reingresso na UTI Adulto durante a mesma internação	
Numerador:	
MOPA_PACI_PRON_SEQ	"<>" MOPA_PACI_PRON_SEQ (anterior)
ou PACI_DT_ALTA_REAL	"<> PACI_DT_ALTA_REAL (anterior)
ou MOPA_DT_ENTRADA - MOPA_DT_SAIDA (anterior)	">" 1/24 (1 hora)
PACI_DT_ALTA_REAL	">=" data início período; "<=" fim período
MOPA_SETO_COD	= 2112; 2113; 2115
Denominador:	
PACI_IND_ENTRADA	= "I"
PACI_TIPO_ALTA	<> "";"D";"A"
PACI_DT_ALTA_REAL	">=" data início período; "<=" fim período
MOPA_SETO_COD	= 2112; 2113; 2115

3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	
Numerador:	
INHO_DTHR	">=" data início período; "<=" fim período
INHO_SETO_COD	2112; 2113; 2115
INHO_DTHR - INHO_DTHR_ADM_SETOR	>=3 dias
Denominador:	
Cálculo de pacientes-dia em UTIs Adulto:	
PACI_IND_ENTRADA	"I"
PACI_DT_INT_REAL	"<=" fim período (se < início período; PACI_DT_INT_REAL = início período)
PACI_DT_ALTA_REAL	">=" data início período (se > fim período ou =""; PACI_DT_ALTA_REAL = fim período)

MOPA_SETO_COD	= {2112; 2113; 2115}
Tempo de Internação (PACI_DT_ALTA_REAL - PACI_DT_INT_REAL)	se "<=" 24hrs = 1 paciente-dia
Tempo de Internação (PACI_DT_ALTA_REAL - PACI_DT_INT_REAL)	se ">"24hrs, considera todos os dias da internação exceto a data da saída

3.2 Densidade de Infecção Hospitalar associada a Venoso Central ("CVC")	
Numerador:	
INHO_DTHR	">=" data início período; "<=" fim período
INHO_SETO_COD	2112; 2113; 2115
INHO_FATOR_RISCO_ASSOCIADO	CVC
Denominador:	
PACI_IND_ENTRADA	"I"
MOPA_SETO_COD	2112; 2113; 2115
CPPI_CPPC_DT	">=" data início período; "<=" fim período
CPPI_CAPR_PROC_COD	CATETCEN
CPPI_IND_RESPOSTA	= "S"

3.3. Taxa de Mortalidade Institucional	
Numerador:	
PACI_IND_ENTRADA	= "I"
PACI_TIPO_ALTA	= "O"
PACI_DT_ALTA_REAL	">=" data início período; "<=" fim período
Tempo Internação >= 24 horas	PACI_DT_ALTA_MEDICA - PACI_DT_INT_REAL
Denominador:	
Vide "1. Internações"	

3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória	
Numerador:	
DCIR_DTHR_FIN_CIR	">=" data início período; "<=" fim período
DCIR_IND_OBITO	="O"
Denominador:	
DCIR_DTHR_FIN_CIR	">=" data início período; "<=" fim período

3.5 Taxa IAM	
Numerador:	
[CIPA] CID_FINAL	={"I21;"I210";"I211";"I212";"I213";"I214";"I215"; "I216";"I217";"I218";"I219"}
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	="O"
Tempo de Internação	>1
PRON_DT_NASC	">="18
CIPA_IND_ENT_SAIDA	="S"
CIPA_IND_PRINCIPAL	="S"
Denominador:	

[CIPA] CID_FINAL	={"I21;"I210";"I211";"I212";"I213";"I214";"I215"; "I216";"I217";"I218";"I219"}
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	<> "";"D";"A"
CIPA_IND_ENT_SAIDA	="S"

3.6 Taxa AVC	
Numerador:	
[CIPA] CID_FINAL	= grupo I60 à I64
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	="O"
Tempo de Internação	>1
PRON_DT_NASC	">="18
CIPA_IND_ENT_SAIDA	="S"
CIPA_IND_PRINCIPAL	="S"
Denominador:	
[CIPA] CID_FINAL	= grupo I60 a I64
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	<> "";"D";"A"
CIPA_IND_ENT_SAIDA	="S"

3.7 Taxa SEPSE	
Numerador:	
[CIPA] CID_FINAL	= grupo A41
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	="O"
Tempo de Internação	>1
PRON_DT_NASC	">="18
CIPA_IND_ENT_SAIDA	="S"
CIPA_IND_PRINCIPAL	="S"
Denominador:	
[CIPA] CID_FINAL	= grupo A41
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
PACI_TIPO_ALTA	<> "";"D";"A"
Tempo de Internação	> 1
CIPA_IND_ENT_SAIDA	="S"

3.8 Taxa UPP	
Numerador:	
NORI_DTHR_OCORR	">=" data início período; "<" fim período
NORI_IND_PROCEDE	"<>" N
NORI_RISC_SEQ	= 2
Denominador:	
PACI_IND_ENTRADA	= "I"
PACI_TIPO_ALTA	<> "";"D";"A"

PACI_DT_ALTA_REAL	">=" data início período; "<=" fim período
Tempo de Internação	> 5

5.2 Garantia de Continuidade da Atenção	
Numerador:	
PACI_IND_ENTRADA	= "I"
PACI_TIPO_ALTA	<> "A";"D"
PACI_DT_ALTA	">=" data início período; "<=" fim período
Exclusivamente Externos:	
OCSS	= "S"
AGPA	= ""
Exclusivamente Internos:	
OCSS	<> "S"
AGPA	<> ""
Externos e Internos:	
OCSS	= "S"
AGPA	<> ""
Denominador:	
Vide "1. Internações"	

Copyright © 2022 Accenture.
Todos os direitos reservados.

Accenture, seu logotipo e
High performance. Delivered são
marcas registradas da Accenture.