



P5.8 - Relatório de Apuração dos Indicadores 52º Trimestre (01/08/2023 a 30/09/2023)

Verificador Independente do Hospital do Subúrbio.

Contrato de Concessão Administrativa nº 030/2010

Gestão e Operação da Unidade Hospitalar de Urgência e Emergência.

Poder Concedente: Governo do Estado da Bahia | Secretaria da Saúde (SESAB).

Concessionária: Prodal Saúde S.A.

À

Diretoria de Gestão em Unidades Consorciadas e em Parceria Público-Privada (DGE COP/SESAB)

Sra. Priscilla Magalhães

Prodal Saúde S.A.

Sr. Jorge Oliveira

Prezados,

Conforme contrato firmado entre a Prodal Saúde S.A. ("Prodal") e a Deloitte Touche Tohmatsu Consultores Ltda. ("Deloitte"), para a prestação de serviços de Verificador Independente do Contrato de Concessão Administrativa nº 030/2010, destinado à gestão e operação da unidade hospitalar de urgência e emergência Hospital do Subúrbio, apresentamos o **Relatório de Apuração dos Indicadores relativos ao 52º trimestre**, que define, no item 5.2.5.2 I do contrato, a apresentação ao Poder Concedente e à Concessionária do resultados dos indicadores aferidos, contendo o resultado dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de Desempenho e o cálculo da variação da Contraprestação Mensal Efetiva.

Ressaltamos que este relatório é de uso exclusivo e interno da Prodal e SESAB, não devendo ser utilizado para nenhuma outra finalidade sem prévia autorização formal da Deloitte Touche Tohmatsu, exceto para fins de acompanhamento dos Órgãos Públicos competentes para os propósitos dos trabalhos de verificação independente.

Nesta oportunidade gostaríamos de agradecer a cooperação dos profissionais envolvidos no desenvolvimento dos trabalhos e colocamo-nos ao inteiro dispor de V. Sas para quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários e subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

DELOITTE TOUCHE TOHMATSU CONSULTORES LTDA.

Paulo M. Vitale

Sócio – Risk Advisory

Índice

1. Introdução	3
2. Objetivo	3
3. Apuração dos Indicadores	4
3.1 Indicadores Quantitativos	9
3.2 Indicadores de Desempenho	12
4. Peso dos Indicadores	74
Anexos	76

1. Introdução

O Contrato de Concessão da PPP Hospital do Subúrbio firmado entre a Prodal Saúde S.A. (“Concessionária”) e o Governo do Estado da Bahia, por meio da Secretaria da Saúde – SESAB (“Poder Concedente”) é destinado à gestão e operação da unidade hospitalar de urgência e emergência, localizada em Salvador, conforme definido no Contrato de Concessão Administrativa nº 030/2010.

Em 01 de agosto de 2023, a Deloitte Touche Tohmatsu Consultores Ltda. (Deloitte) foi contratada pela Prodal Saúde S.A. (Prodal) para atuação como Verificador Independente no Contrato de Concessão Nº 030/2010, com a finalidade de auxiliar na verificação do cumprimento por parte da Concessionária das obrigações estabelecidas no Contrato de Concessão supracitado.

2. Objetivo

Em atendimento ao item 5.2.5.2 III do contrato para prestação de serviços técnicos de verificação independente para auxiliar o Poder Concedente no acompanhamento e fiscalização da execução do Contrato de Concessão nº 030/2010, estabelecido entre a Prodal Saúde S.A. (Concessionária) e a Deloitte Touche Tohmatsu Consultores LTDA. (Verificador Independente), o presente instrumento tem por objetivo apresentar ao Poder Concedente (SESAB) e à Concessionária, o produto P5.8, que compõe os resultados trimestrais dos indicadores aferidos, incluindo o resultado dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de Desempenho, a avaliação do atendimento desses indicadores e o cálculo da variação da Contraprestação Mensal Efetiva do 52º trimestre, tendo como foco os seguintes aspectos:

- Executar o processo de apuração dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de desempenho bem como realizar a apuração trimestral da Contraprestação Mensal Efetiva;
- Comunicar e divulgar os resultados dos Indicadores apurados para a Concessionária e Poder Concedente, bem como o resultado da variação da Contraprestação Mensal Efetiva.

A avaliação foi realizada seguindo os termos do Contrato Nº 030/2010, contemplando as alterações de escopo e métricas definidas por meio dos aditivos contratuais, com ênfase ao último assinado, o Termo Aditivo 12.

3. Apuração dos Indicadores

Nesta seção serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados para o 52º trimestre de operação da Concessão.

Nota de atenção: Conforme alinhamentos formalizados no Ofício DTT 002/2023 (Anexo I), enviado por e-mail ao Poder Concedente e à Concessionária (Anexo II), aprovado pela Diretoria Técnica da Prodal mediante Ofício 312/23 (Anexo III) recebido em 28/11/2023 (Anexo IV) e pela SESAB, mediante Ofício 830/2023 (Anexo V) recebido em 29/11/2023 (Anexo VI), ficou acordada a conversão do calendário PPP em calendário civil, a partir do 53º trimestre, o que viabiliza que o referido trimestre seja apurado com base no período de 1º de outubro de 2023 até 31 de dezembro de 2023. Para esse fim, uma vez que os indicadores apresentados no 12º Termo Aditivo passam a vigorar apenas a partir de 1º de agosto/2023, ou seja, após os 30 dias seguintes à assinatura do TA, ficou acordado entre as partes que a apuração do 52º trimestre será apenas sobre o período de 01 de agosto/2023 a 30 de setembro/2023, a fim de assegurar que os parâmetros de cômputo de todos os indicadores sejam equivalentes, e replicar o resultado do 47º trimestre para o período de 14 de junho/2023 a 31 de julho/2023, cujo resultado das análises efetuadas está contido em relatório específico, emitido nesta data (Relatório de Cálculo da Contraprestação Mensal Efetiva ref. Novembro de 2023 – período de 14 de junho a 31 de julho de 2023).

Assim, o cálculo do valor da Contraprestação Mensal Efetiva se dará mediante aplicação proporcional dos valores obtidos para o período de 14 de junho/2023 a 31 de julho/2023, correspondente a 48 dias (44% do total de 109 dias), e o período de 01 de outubro/2023 a 31 de dezembro/2023, correspondente a 61 dias (56% do total de 109 dias), conforme demonstração gráfica abaixo:



APURAÇÃO

- Replicar resultado do 47º Trimestre
- Apurar Nota de Desempenho do período, considerando o 12º Termo Aditivo

CÁLCULO 52º TRIMESTRE

Cálculo da Nota de Desempenho do 52º Trimestre aplicando a proporcionalidade do período:

$$52^\circ \text{TRI} = \text{"Nota (A)"} \times 44\% + \text{"Nota (B)"} \times 56\%$$

Desta forma, considerando os cálculos e proporções acima apresentados, a Contraprestação Mensal Efetiva (CME) para o 52º trimestre totalizou R\$ 20.600.469,83, seguindo a composição demonstrada a seguir.

Relatório Trimestral de Indicadores

52º Trimestre

Contraprestação Mensal Efetiva

Resultado da Apuração do 47º Trimestre

Contraprestação Anual Máxima	R\$ 251.928.901,80
Contraprestação Mensal Máxima	R\$ 20.994.075,15
Desconto	1,7550%
Proporcionalização (44 dias)	44%
Contraprestação Mensal Efetiva ①	R\$ 9.075.276,82

Resultado da Apuração de 01/Agosto a 30/Setembro/2023

Contraprestação Anual Máxima	R\$ 251.928.901,80
Contraprestação Mensal Máxima	R\$ 20.994.075,15
Desconto	1,9690%
Proporcionalização (61 dias)	56%
Contraprestação Mensal Efetiva ②	R\$ 11.525.193,01

70%

Desconto Indicador Quantitativo

0,67%

30%

Desconto Indicador de Desempenho

5,00%

55%	30%	4%	3%	8%
Saídas Internações Hospitalares	Diárias UTIs	Consultas Médicas Atenção Especializ.	Atendimentos Urgência e Emergência	SADT
98,00%	107,00%	94,60%	145,00%	218,00%
99%	100%	97%	100%	100%

Auditoria Operacional	Desempenho da Atenção	Qualidade da Atenção	Gestão da Clínica	Inserção no Sistema	Gestão de Pessoas	Controle Social	Desempenho Humanização	Acreditação
6%	3%	29%	3%	4%	10%	6%	4%	20%
6%	10%	37%	3%	4%	10%	6%	4%	20%

Resultado da Apuração do 52º Trimestre

Contraprestação Mensal Efetiva ①	R\$ 9.075.276,82
Contraprestação Mensal Efetiva ②	R\$ 11.525.193,01
Contraprestação Mensal Efetiva	R\$ 20.600.469,83

Nas tabelas a seguir são apresentados os resultados de cada indicador, informando (i) as metas estabelecidas pelo Edital, (ii) o reporte apresentado pela Concessionária*, (iii) a apuração do Verificador Independente, (iv) a indicação do percentual de atendimento do indicador, e (v) a indicação de atendimento ou não do indicador.

* Não foi encaminhado o reporte da Concessionária.

Tabela 1 -Quadro resumo de atendimento dos Indicadores Quantitativos

Indicador	Meta Trimestre Proporcional (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Percentual de atendimento apurado (IV)
1.1 Saídas de Internação Hospitalares	2.352	Não informado	2.298	98%
1.2 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva (UTI's)	3.240	Não informado	3.474	107%
2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada	9.408	Não informado	8.902	94,6%
2.2 Atendimento Urgência e Emergência	2.400	Não informado	3.491	145%
3.1 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	16.198	Não informado	35.375	218%

Tabela 2 - Quadro-resumo de atendimento dos Indicadores de Desempenho

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
Auditoria Operacional				
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.	Não informado	Realizadas as reuniões mensais.	✓
1.2 Avaliação e Revisão dos Óbitos	Realização de reuniões mensais, com registro em ata e 80% dos óbitos investigados.	Não informado	Realizadas as reuniões mensais.	✓
1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospital - CCIH	Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.	Não informado	Realizadas as reuniões mensais.	✓
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.	Não informado	Realizadas as reuniões mensais.	✓

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
1.5 Comissão de Transplante	Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.	Não informado	Realizadas as reuniões mensais.	✓
1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA	Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.	Não informado	Realizadas as reuniões mensais.	✓
Desempenho da Atenção				
2.1 Intervalo de Substituição	Max. 1 dia	Não informado	0,56 dia	✓
2.2 Índice de Renovação	Min. 4,9 saídas/leito	Não informado	6,9 saídas/leito	✓
2.3 Índice de Resolubilidade na Internação	Min. 90%	Não informado	60%	✗
2.4 Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência	Máx. 10%	Não informado	44%	✗
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	Min. 90%	Não informado	95%	✓
2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)	Max. 2,3%	Não informado	2,94%	✗
2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura	Min. 100%	Não informado	99,5%	✗
2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia	Até 45min para AVCi. Até 2 horas para politrauma (incluindo TCE), abdômen agudo obstrutivo, embolia pulmonar e dissecação de aorta. Até 6 horas, para os demais casos.	Não informado	45 (3%) dos outros acima de 6h	✗
Qualidade da Atenção				
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	Max. 20/1.000	Não informado	10,88/1.000	✓

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto	Max. 4,4/1.000	Não informado	4,08/1.000	✓
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional	Max. 6,28%	Não informado	4,96%	✓
3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória	Max. 0,51%	Não informado	0,00%	✓
3.4.A Taxa de Mortalidade no Pós-operatório	Max. 2%	Não informado	0,33%	✓
3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	Max. 10%	Não informado	19%	✗
3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Max. 15%	Não informado	7%	✓
3.7 Taxa de Mortalidade por Sepsis	Max. 32,2%	Não informado	64%	✗
3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito (Lesão por Pressão)	Max. 3,84%	Não informado	0,67%	✓
3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	Max 3,12/1.000	Não informado	1,90/1.000	✓
3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	Max. 1.22/1.000	Não informado	0,91/1.000	✓
Gestão da Clínica				
4.1 Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência	Documentação de protocolo	Não informado	Protocolos elaborados e implementados	✓
Inserção no Sistema de Saúde				
5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador	Min. 2 reportes diários	Não informado	Realizados os reportes mínimos diários	✓
Gestão de Pessoas				
6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista	Min. 82%	Não informado	82%	✓

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
6.2 Relação Enfermeiro/Leito	Min. 0,54	Não informado	0,57	✓
6.3 Índice de atividade de Educação Permanente	Min. 6,51/1.000 horas trabalhadas	Não informado	8,69/1.000	✓
6.4 Taxa de Acidente de Trabalho	Max. 0,30%	Não informado	0,11%	✓
Controle Social				
7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários	100%	Não informado	100%	✓
7.2 Percentual de Satisfação do Paciente	Min. 80%	Não informado	96%	✓
Desempenho Humanização				
8.1 Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do programa HUMANIZASUS	Realização de pelo menos 3 reuniões trimestrais abordando os 5 temas	Não informado	Realizadas as reuniões mensais.	✓
Acreditação				
9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar	Acreditação Vigente	Não informado	Certificado de acreditação vigente	✓

3.1 Indicadores Quantitativos

A seguir serão apresentados os Indicadores Quantitativos apurados por este Verificador Independente para o 52º trimestre da Concessão.

1.1 Saídas de Internações Hospitalares

Conforme termos definidos no Anexo 5 do 12º Termo Aditivo, este indicador visa obter o quantitativo de saídas de pacientes internado pela Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Clínica Pediátrica, no trimestre. O documento define que devem ser consideradas as saídas por alta (curada, melhorada ou inalterada), evasão, transferência externa ou óbito.

Para apuração deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas PACIENTES e MOVIMENTACOES_PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Tabela 3 - Quadro-resumo do indicador “1.1 Saídas de Internações Hospitalares”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
Clínica Médica – 462	Não informado	671	145%
Clínica Cirúrgica – 1.580	Não informado	1.296	82%
Clínica Pediátrica – 310	Não informado	331	107%
Total – 2.352	Não informado	2.298	98%
Conclusão da Apuração			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Internação Hospitalar corresponde a 98% da meta estabelecida para o 52º trimestre.			

1.2 Diárias de Unidade de Terapia Intensiva – UTI

Conforme termos definidos no Anexo 5 do 12º Termo Aditivo, este indicador visa obter o quantitativo de diárias de pacientes internado nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital do Subúrbio, no trimestre. O documento define que devem ser apuradas as diárias dos serviços de UTI Adulto e UTI Pediátrica.

Para apuração deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir da tabela MOVIMENTACOES_PACIENTES, por meio da qual foram obtidos os valores a seguir:

Tabela 4 - Quadro-resumo do indicador “1.2 Diárias de Unidade de Terapia Intensiva – UTI”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
UTI Adulto – 2.700	Não informado	2.941	109%
UTI Pediátrica – 540	Não informado	533	99%
Total – 3.240	Não informado	3.474	107%
Conclusão da Apuração			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Diárias de UTI corresponde a 107% da meta estabelecida para o 52º trimestre.			

2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada

Conforme termos definidos no Anexo 5 do 12º Termo Aditivo, este indicador visa obter o quantitativo de consultas médicas em atenção especializada (acompanhamentos para egressos nas áreas de Clínica Médica, Urologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Neurologia, Bucomaxilofacial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço), no trimestre. O documento define que devem ser considerados os atendimentos realizados por meio de encaminhamento do Complexo Regulador.

Para apuração deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas PACIENTES e MOVIMENTACOES_PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Tabela 5 - Quadro-resumo do indicador “2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
9.408	Não informado	8.902	94,62%
Conclusão da Apuração			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Consulta em Atenção Especializada corresponde a 94,62% da meta estabelecida para o 52º trimestre.			

2.2 atendimentos Urgência e Emergência

Conforme termos definidos no Anexo 5 do 12º Termo Aditivo, este indicador visa obter o quantitativo de atendimentos de urgência na atenção especializada, devendo ser contabilizados somente os atendimentos realizados por profissionais médicos.

Para apuração deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas PACIENTES, MOVIMENTACOES_PACIENTES e ADMISSOES_EME, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Tabela 6 – Quadro-resumo do indicador “2.2 Atendimentos Urgência e Emergência”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
2.400	Não informado	3.491	145%
Conclusão da Apuração			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Atendimento Urgência e Emergência corresponde a 145% da meta estabelecida para o 52º trimestre.			

3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Conforme termos definidos no Anexo 5 do 12º Termo Aditivo, este indicador visa obter o quantitativo de exames e procedimentos diagnósticos realizados no trimestre, devendo ser contabilizados somente os atendimentos de demanda interna, referente aos pacientes do ambulatório, urgências e emergência.

Para apuração deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas PACIENTES, MOVIMENTACOES_PACIENTES e DEBITOS_PACIENTES_ITENS, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Tabela 7 - Quadro-resumo do indicador “3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
Laboratório Clínico – 11.808	Não informado	26.286	223%
Radiologia – 2.362	Não informado	5.550	235%
Ultrassonografia – 507	Não informado	427	84%
Ressonância Magnética – 304	Não informado	82	27%
Tomografia – 1.217	Não informado	3.030	249%
Total – 16.198	Não informado	35.375	218%

Conclusão da Apuração

O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Serviço de Apoio Diagnóstico corresponde a 218% da meta estabelecida para o 52º trimestre.

3.2 Indicadores de Desempenho

A seguir serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados por este Verificador Independente para o 52º trimestre da Concessão.

1.1 Revisão de Prontuários

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 1 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a operacionalização da Comissão de Avaliação de Prontuários de Pacientes. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo IX, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- Portaria nº 04/2023, de 26 de Janeiro de 2023, referente à designação de membros para composição da Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, vigente até 24/07/2023.
- Portaria nº 17/2023, de 25 de Julho de 2023, referente à designação de membros para composição da Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, a partir de 25/07/2023.
- Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 12/07/2023;
- Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 11/08/2023;
- Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 11/09/2023.

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 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar

é a realização de reuniões mensais, com registro em ata do número de prontuários analisados, 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 8 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões da Revisão de Prontuário

Reunião	Membros Ausentes
Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 12/07/2023;	Darcya Criss, Divaldo Lopes, Marina Lucena, Tereza Eugênia Souza, Milene Aguiar, Gabriela Fernandes, Karina Sorto, Renata Gomes, Deise Santana, Rafaela Matias e Fabiana Alves
Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 11/08/2023;	Juliano Carlos Ribeiro, Divaldo Lopes, Marina Lucena, Tereza Eugênia Souza, Gabriela Fernandes, Jeane Xavier, Ludmila D'afonseca, Ellen Maíze, Hannah Palmeira e Fabiana Alves
Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 11/09/2023;	Aislan Amoedo, Juliano Carlos Ribeiro, Divaldo Lopes, Herbet Queiroz, Gabriela Fernandes, Jeane Xavier, Fabiana Alves e Rodrigo Souza

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 9 - Quadro-resumo do indicador "1.1 Revisão de Prontuários"

Indicador	Indicação do Atendimento
1.1 Revisão de Prontuários	✓ 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.	

1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 6 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a operacionalização da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo X, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

Portaria nº 20/2023, de 14 de julho de 2023, com a designação do presidente e membros que compõem a Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos;

- Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 19/07/2023;
- Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 31/08/2023;
- Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 27/09/2023;
- Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 14/06/2023 a 13/07/2023;
- Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 14/07/2023 a 13/08/2023;
- Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 14/08/2023 a 13/09/2023.

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

Tabela 10 – Distribuição dos óbitos pelos motivos, pela Concessionária

Motivos	Quantidade Geral	Quantidade de Óbitos (14/06/2023 - 13/07/2023)	Quantidade de Óbitos (14/07/2023 - 13/08/2023)	Quantidade de Óbitos (14/08/2023 - 13/09/2023)
Doenças Infecciosas	89	35	29	25
Doenças do Aparelho Circulatório	69	33	20	16
Doenças do Aparelho Respiratório	35	9	14	12
Doenças do Aparelho Digestivo	24	7	12	5
Causas Externas	13	5	4	4
Doenças do Aparelho Geniturinário	10	3	2	5
Neoplasias	15	1	8	6

Para o 52º trimestre de operação do Hospital do Subúrbio foram apurados os seguintes valores, a partir da base de dados extraída no sistema PGH referente ao período de 14/06/2023 a 13/09/2023, conforme período de reuniões e análises realizadas:

Óbitos ocorridos no período: 258 óbitos, divididos em:

Pacientes internados: 206 óbitos (80%);

Pacientes não internados: 52 óbitos (20%).

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 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de reuniões mensais com registro em ata e 80% dos óbitos investigados.

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 da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos

Reunião	Membros Titulares Ausentes
Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 19/07/2023;	André Soledade e Marcos Laranjeiras.
Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 31/08/2023;	André Soledade, Marcos Laranjeiras e Divaldo Lopes.
Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 27/09/2023;	André Soledade, Marcos Laranjeiras e Wilma Moreira

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 12 - Quadro-resumo do indicador “1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos”

Indicador	Indicação do Atendimento
1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos	✓ 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.	

1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospital - CCIH

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 2 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a operacionalização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo XI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

Portaria nº 41/2022, de 26 de outubro de 2022, com a designação do presidente e membros que compõem a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 11/07/2023;

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 11/08/2023;

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 12/09/2023;

Relatório de Indicadores Epidemiológicos - 4º trimestre Ano: 13 - Período: 14/06/2023 à 13/09/2023.

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 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a 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 13 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Reunião	Membros Ausentes
Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 11/07/2023;	Cyntia Lins, Divaldo Lopes, Rucelly Finamori, Caroline Rangel, Isabella Lima e Rone Cavalcanti.
Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 11/08/2023;	Divaldo Lopes, Isabella Lima, Rone Cavalcanti e Lilian Carvalho.

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 12/09/2023;	Cyntia Lins, Divaldo Lopes, Rucelly Finamori, Caroline Rangel, Isabella Lima, Rone Cavalcanti, Lilian Carvalho e Rafael Hermida.
--	--

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 14 - Quadro-resumo do indicador “1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar”

Indicador	Indicação do 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

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 3 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a operacionalização do Comitê. Vide Ficha Técnica abaixo:

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

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo XII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

Portaria nº 07/2022, de 19 de abril de 2022, 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 Hemo Vigilância, realizada em 13/07/2023:

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300201174;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300201311;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300201336;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300201121;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300201136;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300201152;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300201349;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300201787;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Sonda Foley 2 vias nº 18 com balão - Fab: Solidor - Lote: 09422071 - Val: 07/27;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Bobina Picotada 40x60 - Fab: Baplast;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Compressa para curativo cirúrgico 10cm x 15cm - Fab: Luiza - Lote: B18.3 - Val: 02/05/2028

Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 10/08/2023:

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300201992;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300201761;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300202221;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300202034;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300202444;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300204310;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300207033;

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300203706;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300201774;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300201797;

Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 12/09/2023:

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300205746;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300206685;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300206592;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300207002;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300206940;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300207462;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300207454;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300207438;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300213302;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300213294;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300213285;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300206715;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Dispositivo para incontinência urinária masculino, M (35mm) - Fab: Coloplast - Lote: 8706822 - Val: 07/25.

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 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de reuniões mensais com registro em ata, e análise crítica dos casos notificados.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 15 - Quadro-resumo do indicador "1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância"

Indicador	Indicação do 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

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 4 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a operacionalização da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT). Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo XIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- Portaria nº 10/2023, de 25 de julho de 2023, com a designação do presidente e membros que compõem a Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT);
- Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 07/07/2023.
- Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 11/08/2023.
- Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 01/09/2023.

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 1.5 Comissão de Transplante para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar

é a 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 16 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões da Comissão de Transplante

Reunião	Membros Ausentes
Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 07/07/2023;	Eraldo Moura, Rafael Marcelino, Davi Solla, Gustavo Campinho, Fabiana Alves, Milena Aguiar e Hannah Marx.
Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 11/08/2023;	Davi Solla e Hannah Marx.
Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 01/09/2023;	Eraldo Moura, Rafael Marcelino e Hannah Marx.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 17 - Quadro-resumo do indicador “1.5 Comissão de Transplante”

Indicador	Indicação do 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

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 5 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a operacionalização da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo XIV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- Ata de Posse da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio - CIPA PRODAL SAÚDE- Hospital do Subúrbio - Gestão 2023, realizada em 27/01/2023.

- Ata da 6ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 27/07/2023.

- Ata da 7ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 24/08/2023.

- Ata da 8ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 28/09/2023.

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 30/2010, 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 a 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 18 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões da Comissão de CIPA

Reunião	Membros Titulares Ausentes
Ata da 6ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 27/07/2023;	Representantes dos Empregados: Patricia Ferreira de Jesus (titular), Girlene da Hora Figueiredo (titular), Adalício Santos Araújo (titular), Geraldo de Jesus Ferreira (titular), Ademilton Silva de J. Ramaccotte (titular). Representantes dos Empregador: Mirela Zeferino Rego Tells (titular), Paula Beatriz da Paz S. dos Santos (titular), Joana Rita dos Reis Freire (titular), Lúdia Leonídia Sant'Anna Neta (titular), Hebert da Hora Queiroz (titular).

Ata da 7ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 24/08/2023;	Representantes dos Empregados: Patrícia Ferreira de Jesus (titular), Adalício Santos Araújo (titular). Representantes dos Empregador: Joana Rita dos Reis Freire (titular), Lídia Leonídia Sant'Anna Neta (titular), Gabriela Fernandes Silva dos Reis (titular), Márcio dos Santos Araújo (titular).
Ata da 8ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 28/09/2023;	Representantes dos Empregados: Patrícia Ferreira de Jesus (titular), Adalício Santos Araújo (titular), Jailton de Jesus Palma (titular), Robson Luís Improta Neves (titular), Ademilton Silva de J. Ramaccotte (titular), Geraldo de Jesus Ferreira (titular). Representantes dos Empregador: Joana Rita dos Reis Freire (titular), Lídia Leonídia Sant'Anna Neta (titular), Paula Beatriz da Paz S. dos Santos (titular), Mirela Zeferino Rego Tells (titular), Hebert da Hora Queiroz (titular).

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 19 - Quadro-resumo do indicador "1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA"

Indicador	Indicação do Atendimento
1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do 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

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 6 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar os dias de ociosidade dos leitos do Hospital do Subúrbio. Vide Ficha Técnica abaixo:

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. Ciente-dia ou Paciente-dia: será <u>todo</u> 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, <u>excluindo-se</u> 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.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES_PACIENTES, PACIENTES e SETORES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de Pacientes - dia: 17.696

Número de Leitos - dia: 16.409

Total de Saídas do Hospital: 2.298

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Intervalo de Substituição} = \frac{(1 - \text{Taxa de Ocupação Hospitalar}) \times \text{Tempo Médio de Permanência}}{\text{Taxa de Ocupação Hospitalar}}$$

$$\text{Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)} = \frac{\text{Número de Pacientes - dia}}{\text{Número de Leitos - dia}}$$

$$\text{Tempo Médio de Permanência (TMP)} = \frac{\text{Número de Pacientes - dia}}{\text{Total de Saídas do Hospital}}$$

TOH: 1,08 TMP: 7,70

Intervalo de Substituição: 0,56 dias

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 1 dia, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 20 - Quadro-resumo do indicador "2.1 Intervalo de Substituição"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 1 dia	Não informado	0,56 dia

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 21 - Resultado da apuração do indicador "2.1 Intervalo de Substituição"

Indicador	Indicação do Atendimento
2.1 Intervalo de Substituição	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

2.2 Índice de Renovação

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 7 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar quantos clientes ocuparam o mesmo leito no período. Vide Ficha Técnica abaixo:

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:

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

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.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES_PACIENTES, PACIENTES e SETORES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de Leitos Operacionais: 331

Total de Saídas do Hospital: 2.298

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Renovação} = \frac{\text{Total de Saídas}}{\text{Número de Leitos Operacionais}}$$

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 4,9 saídas/leito, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 22 - Quadro-resumo do indicador “2.2 Índice de Renovação”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 4,9 saídas/leito	Não informado	6,9 saídas/leito

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 23 - Resultado da apuração do indicador “2.2 Índice de Renovação”

Indicador	Indicação do Atendimento
2.2 Índice de Renovação	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

2.3 Índice de Resolubilidade da Internação

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 8 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 07 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a resolubilidade do Hospital no que se refere ao encaminhamento dos clientes internados. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.
--

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES_PACIENTES, PACIENTES e SETORES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Total de saídas em até 5 dias: 1.371

Número de Saídas: 2.298

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

Índice de Resolubilidade da Internação

$$= \frac{\text{Total de saídas de internação em até 5 dias (excluindo pacientes que estiveram em UTI em algum período da internação)}}{\text{Total de saídas}}$$

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 90%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 24 - Quadro-resumo do indicador “2.3 Índice de Resolubilidade na Internação”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 90%	Não informado	60%

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

Tabela 25 - Resultado da apuração do indicador “2.3 Índice de Resolubilidade na Internação”

Indicador	Indicação do Atendimento
2.3 Índice de Resolubilidade na Internação	✖ Não atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentam um resultado inferior à meta mínima estabelecida para o indicador, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

2.4 Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 9 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar o atendimento da demanda de usuários que portam patologias que não exigem atendimento imediato (urgência e emergência).

Ficha Técnica 09

2.4. Taxa de Atendimento de Usuários em Regime de Não Urgência e Emergência.

Objetivo: Acompanhar o atendimento da demanda de usuários que portam patologias que não exigem atendimento imediato (urgência e emergência)

Definição: Relação entre o número de atendimentos realizados a usuários em regime de não urgência e emergência e número total de atendimentos no Serviço de Urgência e Emergência.

Emergência: Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Urgência: Ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Meta: 10%

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas PACIENTES e HISTORICO_CORES_PACIENTES, por meio da qual foram obtidos os valores a seguir:

Número de atendimentos realizados a usuários em regime de não urgência e emergência: 2.665

Classificação Azul: 99

Classificação Verde: 2.566

Número total de atendimentos no Serviço de Urgência e Emergência: 6.086

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência

$$= \frac{\text{Número de atendimentos realizados a usuários em regime de não urgência e emergência}}{\text{Número total de atendimentos no Serviço de Urgência e Emergência}}$$

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 10%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 26 - Quadro-resumo do indicador “2.4 Taxa de atendimento dos usuários em regime de não urgência e emergência”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 10%	Não informado	44%

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

Tabela 27 - Resultado de apuração do indicador “2.4 Taxa de atendimento dos usuários em regime de não urgência e emergência”

Indicador	Indicação do Atendimento
2.4 Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência	 Não atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentam um resultado superior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 10 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador 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. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas AVISOS_CIRURGIAS, AGENDAS_CIRURGIAS_CAPAS e DESCRICOES_CIRURGICAS, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Total (Início Proced. Anestésico - Notif. Cirúrgica) ≤ 60 min: 40
Total de Cirurgias de Emergência: 42

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência} = \frac{\text{Total (Início Proced. Anestésico - Notif. Cirúrgica) } \leq 60 \text{ min.}}{\text{Total de Cirurgias de Emergência}}$$

Abaixo, o registro das 2 cirurgias realizadas após 60 minutos desde a notificação:

Tabela 28 – Registro das cirurgias realizadas em após 60 minutos desde a notificação

Identificação Atendimento		Identificação do Paciente	Tipo de Cirurgia	Data/hora de aviso da cirurgia	Data/hora de indução anestésica	Tempo entre aviso e anestesia (minutos)
(ACIR_S EQ)	(ACIC_SEQ)	(ACIR_PRON_SEQ)	(ACDI_TI PO)	(ACIR_DTHR)	(ACIC_DTHR_INDUCAO_ANESTESICA)	
26278	125204	485852	E	14/09/2023 07:13	14/09/2023 08:30	76,633
26365	125623	486650	E	24/09/2023 10:07	24/09/2023 11:30	82,950

Durante análise deste indicador, foram observados 5 casos em que o aviso da cirurgia se deu após o início do procedimento anestésico. Para esclarecimentos, e sem prejuízo ao resultado do indicador, foram solicitadas por email (Anexo VII) justificativas à Concessionária, que explicou mediante Ofício 313/23 (Anexo VIII) se tratar de pacientes vítimas de trauma grave em situação de risco iminente de morte. Assim, a ação assistencial é priorizada em detrimento ao registro em prontuário.

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 90%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 29 - Quadro-resumo do indicador “2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 90%	Não informado	95%

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

Tabela 30 - Resultado da apuração do indicador “2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência”

Indicador	Indicação do Atendimento
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 11 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 07 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar os reingressos na UTI – Adulto. Vide Ficha Técnica abaixo:

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).

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas PACIENTES, MOVIMENTACOES_PACIENTES e SETORES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de reingressos na UTI adulto em até 24h: 20

Número de saídas da UTI Adulto: 680

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)

$$= \frac{\text{Número de reingressos na UTI adulto em até 24 horas}}{\text{Número de saídas da UTI adulto}}$$

Abaixo, o registro dos 20 pacientes que reingressaram na UTI adulto em menos de 24h desde a última alta:

Tabela 31 - Registro dos pacientes que reingressaram na UTI adulto em menos de 24h desde a última alta

Identificação Atendimento		Data/hora do ingresso na UTI	Data/hora da última alta da UTI	Data/hora de reingresso na UTI	Tempo entre alta e reingresso o (horas)	Nome do setor de reingresso
(MOPA_PACI_PRON_SE Q)	(MOPA_PACI_SEQ)	(MOPA_DT_ENTRAD A)	(MOPA_DT_SAIDA)	(MOPA_DT_ENTRAD A)		(SETO_NOME)
169234	5	14/09/2023 10:46	21/09/2023 13:10	21/09/2023 21:25	8,248	UTI Adulto 3
323534	27	06/09/2023 15:17	06/09/2023 18:21	06/09/2023 22:36	4,248	UTI Adulto Cirúrgica
355408	4	25/08/2023 18:25	25/08/2023 18:30	25/08/2023 20:53	2,377	UTI Adulto 3
455029	3	08/09/2023 14:54	10/09/2023 00:27	10/09/2023 00:33	0,110	UTI Adulto 1 e 2
474884	4	09/09/2023 20:09	09/09/2023 23:48	10/09/2023 00:04	0,254	UTI Adulto 1 e 2
480909	5	17/09/2023 21:10	21/09/2023 13:50	21/09/2023 15:47	1,938	UTI Adulto 3
481185	2	04/08/2023 18:43	10/08/2023 23:38	10/08/2023 23:39	0,023	UTI Adulto Cirúrgica
481344	7	19/09/2023 22:00	20/09/2023 00:41	20/09/2023 13:18	12,627	UTI Adulto 1 e 2
481621	3	31/07/2023 00:00	01/08/2023 18:00	01/08/2023 18:13	0,218	UTI Adulto 3
481621	3	01/08/2023 18:13	01/08/2023 18:31	01/08/2023 19:34	1,051	UTI Adulto 3
481744	2	31/07/2023 08:34	01/08/2023 16:57	02/08/2023 12:08	19,179	UTI Adulto 3
481883	2	28/07/2023 16:03	01/08/2023 21:40	02/08/2023 14:18	16,634	UTI Adulto 1 e 2
482571	2	08/08/2023 13:17	10/08/2023 23:38	10/08/2023 23:38	0,001	UTI Adulto Cirúrgica
482811	3	18/08/2023 00:00	22/08/2023 12:36	22/08/2023 12:48	0,198	UTI Adulto 1 e 2
483015	2	18/08/2023 10:12	18/08/2023 10:41	18/08/2023 13:25	2,744	UTI Adulto 3
483524	2	26/08/2023 15:52	27/08/2023 14:23	28/08/2023 12:40	22,283	UTI Adulto 3

Identificação Atendimento		Data/hora do ingresso na UTI	Data/hora da última alta da UTI	Data/hora de reingresso na UTI	Tempo entre alta e reingresso (horas)	Nome do setor de reingresso
(MOPA_PACI_PRON_SEQ)	(MOPA_PACI_SEQ)	(MOPA_DT_ENTRADA)	(MOPA_DT_SAIDA)	(MOPA_DT_ENTRADA)		(SETO_NOME)
483966	2	25/08/2023 14:14	27/08/2023 14:23	27/08/2023 14:38	0,249	UTI Adulto 3
484774	2	01/09/2023 15:32	01/09/2023 18:19	01/09/2023 18:37	0,299	UTI Adulto 3
485702	2	25/09/2023 17:19	25/09/2023 18:45	25/09/2023 21:24	2,640	UTI Adulto 1 e 2
52820	3	01/09/2023 22:58	02/09/2023 00:46	02/09/2023 12:33	11,788	UTI Adulto 1 e 2

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 2,3%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 32 - Quadro-resumo do indicador “2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 2,3%	Não informado	2,94%

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

Tabela 33 - Resultado da apuração do indicador “2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)”

Indicador	Indicação do Atendimento
2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)	 Não atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 34 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a verificação de itens essenciais à segurança do paciente durante a realização das cirurgias. Vide Ficha Técnica abaixo:

Ficha Técnica 34**2.7 Taxa de realização de checklist de cirurgia segura.**

Objetivo do Indicador: Acompanhar a verificação de itens essenciais à segurança do paciente durante a realização das cirurgias

Fórmula de Cálculo: Número de checklists realizados /Número total de cirurgias realizadas dentro de Centro Cirúrgico, excluindo do cálculo procedimento cirúrgicos de emergência.

Detalhamento da Fórmula de Cálculo:

Numerador: Número de checklists de cirurgia segura, realizados durante a realização de procedimentos cirúrgicos.

Denominador: Número total de cirurgias realizadas em Centro Cirúrgico, exceto cirurgias de emergência

Meta: 100%

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas CIR_SEGURA_PACIENTES_CAPAS, AVISOS_CIRURGIAS e DESCRICOES_CIRURGICAS, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de checklists de cirurgias seguras realizados: 388

Número total de cirurgias realizadas dentro de Centro Cirúrgico: 390

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura

$$= \frac{\text{Número de checklists de cirurgias seguras realizados}}{\text{Número total de cirurgias realizadas dentro de Centro Cirúrgico (excluindo os procedimentos cirúrgicos de emergência)}}$$

Abaixo, o registro das 2 cirurgias realizadas para as quais não constam checklists:

Tabela 34 – Cirurgias realizadas sem checklist de cirurgia segura

Identificação Atendimento		Data/hora de realização da cirurgia	Código da cirurgia	
(MOPA_PACI_P RON_SEQ)	(MOPA_PACI _SEQ)	(ACIC_DT_REALIZ_CIRU RGIA)	(ACIC_SEQ)	(ACIC_ACIR_SEQ)
482157	2	05/08/2023 17:45	123935	25988
213156	21	16/08/2023 15:30	124268	26068

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 100%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 35 - Quadro-resumo do indicador “2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 100%	Não informado	99,5%

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

Tabela 36 - Resultado da apuração do indicador "2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura"

Indicador	Indicação do Atendimento
2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura	 Não atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida para o indicador, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 35 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar o tempo de resposta às solicitações de exames de caráter urgente (pacientes da emergência). Vide Ficha Técnica abaixo:

Ficha Técnica 35

2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia.

Objetivo do Indicador: Acompanhar o tempo de resposta às solicitações de exames de caráter urgente (pacientes da emergência).

Fórmula de Cálculo: Tempo Médio decorrido a partir da solicitação do exame pelo médico prescritor até a disponibilização do laudo no sistema.

Detalhamento da Fórmula de Cálculo:

Tomografia: Subtração entre o tempo do registro no sistema do primeiro laudo e o registro da solicitação da tomografia. Um mesmo paciente que realize os dois exames deve ser contabilizado em cada um dos tempos, separadamente. O cálculo do indicador se dará pela apuração de cada exame realizado, contemplando o universo de exames de tomografia realizados no trimestre.

Meta:

Até 45 min para AVC.

Até 2 horas para politrauma (incluindo TCE), abdômen agudo obstrutivo, embolia pulmonar e dissecção de aorta.

Até 6 horas, para os demais casos.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas SOLICITACOES_EXAMES_CAPAS, DEBITOS_PACIENTES_CAPA, SISTEMAS_EXTERNOS_PRIOR, SETORES e SISTEMAS_EXTERNOS_PERF, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Total de exames de Tomografia para AVC após 45 minutos: 0

Total de exames de Tomografia para Politrauma, TCE, Abdômen Agudo Obstrutivo, Embolia Pulmonar e Dissecção de aorta após 2 horas: 0

Total de exames de Tomografia para demais casos até 6 horas: 45 (3%)

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia

= Data/hora de registro do primeiro laudo no sistema - Data/hora de registro da solicitação da tomografia

Abaixo, o registro dos 45 exames cujo resultado foi emitido após o limite de 6 horas:

Tabela 37 – Exames de tomografia “outros” com resultado após mais de 6 horas

Identificação Atendimento		Registro da solicitação do exame	Sector solicitante	Data/hora da solicitação do exame	Data/hora do débito	Tempo entre solicitação do exame e laudo (horas)	Tipo de exame	Motivação do exame
(SECA_PRO N_SEQ)	(SECA_SEQ)	(SECA_REC N_REGISTRO)	(SETO_NOME)	(SECA_DTHR)	(DPCA_DT_C ADASTRO)		(SECA_I ND_SIS TEMA_SADT)	(SEXP_DESC)
472882	1215583	22645	Emergência Adulto	02/08/2023 10:23	03/08/2023 12:25	26,03	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
64992	1215701	22645	Emergência Adulto	02/08/2023 16:35	03/08/2023 05:49	13,22	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482294	1215961	17210	Emergência Adulto	03/08/2023 16:49	04/08/2023 08:30	15,69	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
20157	1215963	17210	Emergência Adulto	03/08/2023 17:09	03/08/2023 23:38	6,49	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482308	1216004	40974	Emergência Adulto	03/08/2023 19:57	04/08/2023 02:04	6,10	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482412	1216290	33398	Emergência Adulto	05/08/2023 08:20	05/08/2023 16:01	7,69	TOMO	Outros
226070	1216399	27475	Emergência Adulto	05/08/2023 22:38	06/08/2023 17:05	18,44	TOMO	Abdome agudo não obstrutivo
481331	1216657	38157	Emergência Adulto	07/08/2023 10:39	08/08/2023 11:41	25,02	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482551	1216739	21843	Emergência Adulto	07/08/2023 13:53	07/08/2023 21:00	7,12	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
481197	1216785	21843	Emergência Adulto	07/08/2023 16:23	07/08/2023 22:32	6,16	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
432812	1217342	22645	Emergência Adulto	09/08/2023 18:31	10/08/2023 02:58	8,44	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482746	1217389	19553	Emergência Adulto	10/08/2023 00:54	10/08/2023 09:27	8,55	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482804	1217663	28823	Emergência Adulto	10/08/2023 21:59	14/08/2023 21:59	96,01	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482920	1217900	20300	Emergência Adulto	11/08/2023 23:22	12/08/2023 06:30	7,14	TOMO	Outros
482920	1217915	30086	Emergência Adulto	12/08/2023 00:18	12/08/2023 06:30	6,20	TOMO	Outros
296011	1218822	35420	Emergência Adulto	15/08/2023 19:37	17/08/2023 20:46	49,14	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
323819	1218882	22645	Emergência Adulto	16/08/2023 08:20	16/08/2023 23:16	14,92	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
481874	1219623	22362	Emergência Adulto	19/08/2023 08:44	21/08/2023 14:48	54,05	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
483509	1219836	33362	Emergência Adulto	20/08/2023 08:51	20/08/2023 15:17	6,42	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
277706	1219861	36863	Emergência Adulto	20/08/2023 10:00	20/08/2023 16:48	6,80	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência

Identificação Atendimento		Registro da solicitação do exame	Sector solicitante	Data/hora da solicitação do exame	Data/hora do débito	Tempo entre solicitação do exame e laudo (horas)	Tipo de exame	Motivação do exame
(SECA_PRO N_SEQ)	(SECA_SEQ)	(SECA_REC N_REGISTRO)	(SETO_NOME)	(SECA_DTHR)	(DPCA_DT_C ADAO)		(SECA_I ND_SIS TEMA_SADT)	(SEXP_DESC)
472632	1219937	36718	Emergência Adulto	20/08/2023 16:29	21/08/2023 02:02	9,54	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
483781	1220593	38555	Emergência Adulto	23/08/2023 07:12	23/08/2023 14:53	7,69	TOMO	Vítimas de trauma (exceto Rota 1)
11674	1221069	38555	Emergência Adulto	24/08/2023 20:43	25/08/2023 23:00	26,28	TOMO	Vítimas de trauma (exceto Rota 1)
484092	1221276	22645	Emergência Adulto	25/08/2023 19:00	26/08/2023 03:00	8,01	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
446945	1221446	31920	Emergência Adulto	26/08/2023 16:38	27/08/2023 07:32	14,90	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
484198	1221709	35940	Emergência Adulto	28/08/2023 03:41	30/08/2023 08:29	52,81	TOMO	Vítimas de trauma (exceto Rota 1)
461811	1222266	35420	Emergência Adulto	29/08/2023 22:27	30/08/2023 10:59	12,53	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
484137	1223051	29688	Emergência Adulto	01/09/2023 21:36	02/09/2023 05:07	7,51	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
484890	1223225	23620	Emergência Pediátrica	02/09/2023 19:56	03/09/2023 10:38	14,69	TOMO	Outros
484137	1223287	16279	Emergência Adulto	03/09/2023 09:34	03/09/2023 16:27	6,87	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
485454	1224677	33518	Emergência Adulto	09/09/2023 11:05	12/09/2023 17:07	78,02	TOMO	Outros
244831	1225005	26651	Emergência Adulto	11/09/2023 09:45	11/09/2023 16:48	7,04	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
401647	1225200	31920	Emergência Adulto	11/09/2023 21:52	12/09/2023 17:35	19,72	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
485646	1225217	35723	Emergência Adulto	12/09/2023 04:37	12/09/2023 15:43	11,09	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
456573	1225254	41602	Emergência Adulto	12/09/2023 09:05	12/09/2023 16:04	6,98	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
463495	1225376	41411	Emergência Adulto	12/09/2023 14:42	13/09/2023 10:07	19,41	TOMO	Abdome agudo não obstrutivo
482891	1225488	30086	Emergência Adulto	13/09/2023 06:56	13/09/2023 18:32	11,60	TOMO	Outros
9603	1225997	36566	Emergência Adulto	15/09/2023 05:13	15/09/2023 17:37	12,39	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
335972	1226174	36394	Emergência Adulto	16/09/2023 08:19	16/09/2023 14:55	6,60	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
184577	1226309	36541	Emergência Adulto	16/09/2023 22:16	18/09/2023 17:28	43,20	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência

Identificação Atendimento		Registro da solicitação do exame	Sector solicitante	Data/hora da solicitação do exame	Data/hora do débito	Tempo entre solicitação do exame e laudo (horas)	Tipo de exame	Motivação do exame
(SECA_PRO N_SEQ)	(SECA_SEQ)	(SECA_REC N_REGISTRO)	(SETO_NOME)	(SECA_DTHR)	(DPCA_DT_C ADAO)		(SECA_I ND_SIS TEMA_SADT)	(SEXP_DESC)
390863	1226435	36718	Emergência Adulto	17/09/2023 16:11	18/09/2023 00:28	8,29	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
486593	1227784	35896	Emergência Adulto	22/09/2023 23:46	23/09/2023 06:56	7,17	TOMO	Vítimas de trauma (exceto Rota 1)
221248	1228075	39104	Emergência Adulto	25/09/2023 05:58	26/09/2023 02:03	20,08	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
486875	1228643	22645	Emergência Adulto	27/09/2023 09:30	27/09/2023 22:03	12,54	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
88067	1229270	24137	Emergência Adulto	29/09/2023 19:02	30/09/2023 01:53	6,84	TOMO	Outros
472882	1215583	22645	Emergência Adulto	02/08/2023 10:23	03/08/2023 12:25	26,03	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
64992	1215701	22645	Emergência Adulto	02/08/2023 16:35	03/08/2023 05:49	13,22	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482294	1215961	17210	Emergência Adulto	03/08/2023 16:49	04/08/2023 08:30	15,69	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
20157	1215963	17210	Emergência Adulto	03/08/2023 17:09	03/08/2023 23:38	6,49	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482308	1216004	40974	Emergência Adulto	03/08/2023 19:57	04/08/2023 02:04	6,10	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482412	1216290	33398	Emergência Adulto	05/08/2023 08:20	05/08/2023 16:01	7,69	TOMO	Outros
226070	1216399	27475	Emergência Adulto	05/08/2023 22:38	06/08/2023 17:05	18,44	TOMO	Abdome agudo não obstrutivo
481331	1216657	38157	Emergência Adulto	07/08/2023 10:39	08/08/2023 11:41	25,02	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482551	1216739	21843	Emergência Adulto	07/08/2023 13:53	07/08/2023 21:00	7,12	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
481197	1216785	21843	Emergência Adulto	07/08/2023 16:23	07/08/2023 22:32	6,16	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
432812	1217342	22645	Emergência Adulto	09/08/2023 18:31	10/08/2023 02:58	8,44	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482746	1217389	19553	Emergência Adulto	10/08/2023 00:54	10/08/2023 09:27	8,55	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482804	1217663	28823	Emergência Adulto	10/08/2023 21:59	14/08/2023 21:59	96,01	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
482920	1217900	20300	Emergência Adulto	11/08/2023 23:22	12/08/2023 06:30	7,14	TOMO	Outros
482920	1217915	30086	Emergência Adulto	12/08/2023 00:18	12/08/2023 06:30	6,20	TOMO	Outros

Identificação Atendimento		Registro da solicitação do exame	Sector solicitante	Data/hora da solicitação do exame	Data/hora do débito	Tempo entre solicitação do exame e laudo (horas)	Tipo de exame (SECA_I ND_SIS TEMA_SADT)	Motivação do exame
(SECA_PRO N_SEQ)	(SECA_SEQ)	(SECA_REC N_REGISTR O)	(SETO_NOME)	(SECA_DTHR)	(DPCA_DT_C ADASTRO)			(SEXP_DESC)
296011	1218822	35420	Emergência Adulto	15/08/2023 19:37	17/08/2023 20:46	49,14	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
323819	1218882	22645	Emergência Adulto	16/08/2023 08:20	16/08/2023 23:16	14,92	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
481874	1219623	22362	Emergência Adulto	19/08/2023 08:44	21/08/2023 14:48	54,05	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
483509	1219836	33362	Emergência Adulto	20/08/2023 08:51	20/08/2023 15:17	6,42	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
277706	1219861	36863	Emergência Adulto	20/08/2023 10:00	20/08/2023 16:48	6,80	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
472632	1219937	36718	Emergência Adulto	20/08/2023 16:29	21/08/2023 02:02	9,54	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
483781	1220593	38555	Emergência Adulto	23/08/2023 07:12	23/08/2023 14:53	7,69	TOMO	Vítimas de trauma (exceto Rota 1)
11674	1221069	38555	Emergência Adulto	24/08/2023 20:43	25/08/2023 23:00	26,28	TOMO	Vítimas de trauma (exceto Rota 1)
484092	1221276	22645	Emergência Adulto	25/08/2023 19:00	26/08/2023 03:00	8,01	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
446945	1221446	31920	Emergência Adulto	26/08/2023 16:38	27/08/2023 07:32	14,90	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
484198	1221709	35940	Emergência Adulto	28/08/2023 03:41	30/08/2023 08:29	52,81	TOMO	Vítimas de trauma (exceto Rota 1)
461811	1222266	35420	Emergência Adulto	29/08/2023 22:27	30/08/2023 10:59	12,53	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
484137	1223051	29688	Emergência Adulto	01/09/2023 21:36	02/09/2023 05:07	7,51	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
484890	1223225	23620	Emergência Pediátrica	02/09/2023 19:56	03/09/2023 10:38	14,69	TOMO	Outros
484137	1223287	16279	Emergência Adulto	03/09/2023 09:34	03/09/2023 16:27	6,87	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
485454	1224677	33518	Emergência Adulto	09/09/2023 11:05	12/09/2023 17:07	78,02	TOMO	Outros
244831	1225005	26651	Emergência Adulto	11/09/2023 09:45	11/09/2023 16:48	7,04	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
401647	1225200	31920	Emergência Adulto	11/09/2023 21:52	12/09/2023 17:35	19,72	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
485646	1225217	35723	Emergência Adulto	12/09/2023 04:37	12/09/2023 15:43	11,09	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
456573	1225254	41602	Emergência Adulto	12/09/2023 09:05	12/09/2023 16:04	6,98	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência

Identificação Atendimento		Registro da solicitação do exame	Sector solicitante	Data/hora da solicitação do exame	Data/hora do débito	Tempo entre solicitação do exame e laudo (horas)	Tipo de exame	Motivação do exame
(SECA_PRO N_SEQ)	(SECA_SEQ)	(SECA_REC N_REGISTRO)	(SETO_NOME)	(SECA_DTHR)	(DPCA_DT_C AASTRO)		(SECA_I ND_SIS TEMA_SADT)	(SEXP_DESC)
463495	1225376	41411	Emergência Adulto	12/09/2023 14:42	13/09/2023 10:07	19,41	TOMO	Abdome agudo não obstrutivo
482891	1225488	30086	Emergência Adulto	13/09/2023 06:56	13/09/2023 18:32	11,60	TOMO	Outros
9603	1225997	36566	Emergência Adulto	15/09/2023 05:13	15/09/2023 17:37	12,39	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
335972	1226174	36394	Emergência Adulto	16/09/2023 08:19	16/09/2023 14:55	6,60	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
184577	1226309	36541	Emergência Adulto	16/09/2023 22:16	18/09/2023 17:28	43,20	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
390863	1226435	36718	Emergência Adulto	17/09/2023 16:11	18/09/2023 00:28	8,29	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
486593	1227784	35896	Emergência Adulto	22/09/2023 23:46	23/09/2023 06:56	7,17	TOMO	Vítimas de trauma (exceto Rota 1)
221248	1228075	39104	Emergência Adulto	25/09/2023 05:58	26/09/2023 02:03	20,08	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
486875	1228643	22645	Emergência Adulto	27/09/2023 09:30	27/09/2023 22:03	12,54	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
88067	1229270	24137	Emergência Adulto	29/09/2023 19:02	30/09/2023 01:53	6,84	TOMO	Outros

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de até 45 minutos para os exames de tomografia por AVC, de até 2 horas para os exames de tomografia por Politrauma, TCE, Abdômen Agudo Obstrutivo, Embolia Pulmonar e Dissecção de Aorta, e de até 6 horas para os exames de tomografia por outros motivos, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 38 - Resultado da apuração do indicador “2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia”

Indicador	Indicação do Atendimento
2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia	✖ Não atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 12 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a ocorrência de todos os episódios de infecção hospitalar na UTI Adulto. Vide Ficha Técnica abaixo:

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 sítio 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.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas INFECCOES_HOSPITALARES, PACIENTES, SITIOS_PRINCIPAIS e MOVIMENTACOES_PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de episódios de infecção hospitalar: 32

Número de pacientes/dia: 2.941

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto} = \frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Número de pacientes/dia}}$$

Abaixo, o registro dos casos de infecção hospitalar adquiridos após 72 horas de admissão na UTI adulto:

Tabela 39 - Registro dos casos de infecção hospitalar adquiridos após 72 horas de admissão na UTI adulto

Identificação do paciente		Registro da infecção	Data de diagnóstico de infecção	Data de admissão na UTI	Tempo entre admissão em UTI e diagnóstico de infecção	Descrição do setor	Cód. Da infecção (INHO_SIPR_SEQ)	Descrição da infecção
(INHO_PRON_SEQ)	(INHO_COD_PACIENTE)	(INHO_SEQ)	(INHO_DTHR)	(MOPA_DT_ENTRADA)		(SETO_NOME)		(SIPR_DESC_COMPLETA)
144129	1044401	10452	30/08/2023	20/07/2023 21:06	40,12	UTI Adulto Cirúrgica	35031	Infecção do trato urinário
477855	2063312	10431	04/08/2023	18/06/2023 00:00	47,00	UTI Adulto 1 e 2	39297	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
396459	3104811	10458	02/08/2023	21/06/2023 14:30	41,40	UTI Adulto 3	32308	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
396459	3104811	10459	03/08/2023	21/06/2023 14:30	42,40	UTI Adulto 3	32308	Infecção do trato urinário
483279	4028601	10486	12/09/2023	20/08/2023 22:03	22,08	UTI Adulto 1 e 2	38336	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
478130	4035006	10485	01/09/2023	13/08/2023 15:54	18,34	UTI Adulto 3	39356	Infecção do trato urinário
480730	4046101	10449	15/08/2023	12/07/2023 13:14	33,45	UTI Adulto 1 e 2	36541	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
343828	5104311	10496	03/09/2023	21/08/2023 11:13	12,53	UTI Adulto 3	39356	Infecção do trato respiratório inferior
49796	6025403	10497	19/09/2023	17/08/2023 14:25	32,40	UTI Adulto 1 e 2	38336	Infecção do trato urinário
483665	13020511	10520	20/09/2023	21/08/2023 19:41	29,18	UTI Adulto 1 e 2	38157	Infecção do trato urinário
431085	15105701	10507	19/09/2023	17/08/2023 23:55	32,00	UTI Adulto 3	36566	Infecção do trato urinário

Identificação do paciente		Registro da infecção	Data de diagnóstico da infecção	Data de admissão na UTI	Tempo entre admissão em UTI e diagnóstico de infecção	Descrição do setor	Cód. Da infecção (INHO_SIPR_SEQ)	Descrição da infecção
(INHO_P RON_SE Q)	(INHO_COD _PACIENTE)	(INHO_SE Q)	(INHO_DTHR)	(MOPA_DT_ENTRA DA)		(SETO_NOME)		(SIPR_DESC_COMPLETA)
169234	16084501	10471	13/09/2023	16/08/2023 03:03	27,87	UTI Adulto 3	31920	Infecção do trato urinário
485081	17114403	10503	21/09/2023	11/09/2023 17:56	9,25	UTI Adulto 1 e 2	21843	Infecção do trato urinário
99519	18024605	10457	02/08/2023	24/07/2023 20:33	8,14	UTI Adulto 3	18802	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
32963	18046311	10450	23/08/2023	13/08/2023 17:18	9,28	UTI Adulto 3	34811	Infecção do trato urinário
480917	18126101	10498	15/08/2023	17/07/2023 23:44	28,01	UTI Adulto 1 e 2	28823	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
480917	18126101	10499	19/09/2023	17/07/2023 23:44	63,01	UTI Adulto 1 e 2	28823	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
483015	20072701	10489	24/08/2023	18/08/2023 10:12	5,57	UTI Adulto 3	38546	Infecção do trato respiratório inferior
480240	20085901	10476	06/09/2023	04/07/2023 05:33	63,77	UTI Adulto 3	35723	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
480240	20085901	10475	06/09/2023	04/07/2023 05:33	63,77	UTI Adulto 3	35723	Infecção do trato respiratório inferior
483972	22016211	10510	17/09/2023	25/08/2023 01:29	22,94	UTI Adulto 1 e 2	23276	Infecção do trato urinário
482115	22085111	10487	03/09/2023	01/08/2023 09:08	32,62	UTI Adulto 3	23492	Infecção do trato respiratório inferior
371587	23015305	10501	23/09/2023	15/09/2023 22:26	7,07	UTI Adulto 1 e 2	36863	Infecção do trato urinário
454349	23045311	10478	01/08/2023	16/07/2023 13:54	15,42	UTI Adulto 3	30217	Infecção do trato respiratório inferior
481740	24079403	10447	08/08/2023	02/08/2023 00:00	6,00	UTI Adulto 1 e 2	32308	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
485827	25029611	10523	26/09/2023	15/09/2023 09:18	10,61	UTI Adulto 1 e 2	30478	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
484834	25046901	10513	06/09/2023	01/09/2023 23:52	4,01	UTI Adulto 1 e 2	13061	Infecção do trato respiratório inferior
446945	26069513	10504	21/09/2023	26/08/2023 19:10	25,20	UTI Adulto 3	31920	Infecção do trato urinário
482143	27064811	10444	12/08/2023	03/08/2023 10:43	8,55	UTI Adulto 3	17251	Infecção do trato respiratório inferior
433141	27095413	10461	21/08/2023	09/08/2023 23:43	11,01	UTI Adulto 3	22645	Infecção do trato urinário
433141	27095413	10506	13/09/2023	09/08/2023 23:43	34,01	UTI Adulto 3	22645	Infecção do trato urinário
481550	27117701	10473	05/09/2023	28/07/2023 18:44	38,22	UTI Adulto 1 e 2	36541	Infecção Primária da Corrente Sanguínea

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 20/1.000, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 40 - Quadro-resumo do indicador “3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 20/1.000	Não informado	10,88/1.000

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

Tabela 41 - Resultado da apuração do indicador “3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 13 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a ocorrência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea na UTI Adulto, por utilização de Cateter Venoso Central. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas CARAC_PROC_PACIENTES_ITENS, MOVIMENTACOES_PACIENTES, SETORES, INFECCOES_HOSPITALARES, SITIOS_PRINCIPAIS e PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de episódios de IPCS por CVC: 10

Número de CVC/dia: 2.453

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto} = \frac{\text{Número de episódios de ITU pós utilização de CVC}}{\text{Número de CVC-dia}}$$

Abaixo, o registro dos casos de infecção no trato urinário em pacientes da UTI que utilizaram CVC no período:

Tabela 42 - Registro dos casos de infecção no trato urinário em pacientes da UTI que utilizaram CVC no período

Identificação do Paciente		Registro da infecção	Data/hora diagnóstico da infecção	Data/hora do primeiro uso do CVC
INHO_PRON_SEQ	INHO_COD_PACIENTE	INHO_SEQ	INHO_DTHR	Min. CPPI_CPPC_DT
483279	4028601	10486	12/09/2023	17/08/2023 00:19
480730	4046101	10449	15/08/2023	12/07/2023 13:56
480917	18126101	10498	15/08/2023	14/07/2023 17:39
480917	18126101	10499	19/09/2023	14/07/2023 17:39
483015	20072701	10483	18/08/2023	13/08/2023 17:54
481740	24079403	10447	08/08/2023	26/07/2023 17:31
485827	25029611	10523	26/09/2023	13/09/2023 22:40
484272	26067111	10477	02/09/2023	28/08/2023 19:06
459171	2703920E	10517	16/09/2023	12/09/2023 18:17
481550	27117701	10473	05/09/2023	23/07/2023 12:14

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 4,41/1.000, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 43 - Quadro-resumo do indicador "3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 4,4/1.000	Não informado	4,08/1.000

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 44 - Resultado da apuração do indicador "3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto"

Indicador	Indicação do Atendimento
3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

3.3 Taxa de Mortalidade Institucional

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 14 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES_PACIENTES, SETORES e PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de óbitos após 24 horas de internação: 114

Total de saídas das unidades de internação: 2.298

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

Taxa de Mortalidade Institucional

$$= \frac{\text{Número de óbitos após 24 horas de internação}}{\text{Total de saídas das unidades de internação}}$$

Abaixo, o registro dos casos de óbito decorridas as primeiras 24 horas de internação:

Tabela 45 - Registro dos casos de óbito decorridas as primeiras 24 horas de internação

Identificação do paciente (MOPA_PACI_PRON_SEQ) (MOPA_PACI_SEQ)		Data de admissão na primeira internação (Min of MOPA_DT_ENTRADA)	Data do óbito (Max of MOPA_DT_SAIDA)	Tipo de alta (PACI_TIPO_ALTA)	Tempo entre intern. e óbito (dias)
1774	6	01/09/2023 21:58	15/09/2023 21:52	UTI Adulto 1 e 2	14
9603	9	15/09/2023 06:04	19/09/2023 15:48	UTI Adulto 3	4
10793	35	23/07/2023 00:00	09/08/2023 05:54	Internação Adulto III	17
36728	6	15/09/2023 01:02	18/09/2023 03:58	UTI Adulto Cirúrgica	3
81650	4	27/07/2023 17:11	02/08/2023 17:59	UTI Adulto 1 e 2	6
83379	23	23/09/2023 21:19	25/09/2023 10:11	Internação Adulto Terreo II	2
99301	13	01/09/2023 00:00	06/09/2023 13:45	UTI Adulto 3	6
99519	8	14/07/2023 00:00	06/08/2023 14:08	UTI Adulto Cirúrgica	24
111370	9	17/08/2023 00:00	18/08/2023 07:04	UTI Adulto 3	1
111677	14	24/09/2023 00:00	28/09/2023 18:44	UTI Adulto Cirúrgica	5
114825	16	12/07/2023 20:48	12/08/2023 10:14	Internação Adulto Terreo	31
115284	23	10/08/2023 00:00	15/08/2023 15:07	UTI Adulto 1 e 2	6
116556	10	12/09/2023 18:17	26/09/2023 19:40	Internação Adulto I	14
140831	4	07/08/2023 09:58	14/08/2023 01:01	UTI Adulto 1 e 2	7
142923	20	16/08/2023 00:00	02/09/2023 20:09	UTI Adulto 1 e 2	18
144129	12	26/08/2023 00:00	07/09/2023 23:40	UTI Adulto 1 e 2	13
154255	19	31/07/2023 16:01	07/08/2023 18:55	UTI Pediátrica	7
173934	6	14/09/2023 22:52	16/09/2023 10:44	UTI Adulto 1 e 2	1
174921	7	12/09/2023 00:00	19/09/2023 15:21	UTI Adulto 3	8

Identificação do paciente (MOPA_PACI_PRON_SEQ) (MOPA_PACI_SEQ)		Data de admissão na primeira internação (Min of MOPA_DT_ENTRADA)	Data do óbito (Max of MOPA_DT_SAIDA)	Tipo de alta (PACI_TIPO_ALTA)	Tempo entre intern. e óbito (dias)
184068	5	17/08/2023 10:43	28/08/2023 09:43	Internação Adulto Terreo	11
184168	12	23/07/2023 18:51	16/08/2023 01:42	UTI Adulto Cirúrgica	23
184210	12	14/09/2023 00:51	19/09/2023 13:33	Internação Adulto Terreo II	6
197169	3	05/09/2023 17:24	13/09/2023 10:36	Internação Adulto Terreo II	8
204917	9	03/08/2023 12:35	15/08/2023 23:55	UTI Adulto 1 e 2	12
226070	19	06/08/2023 01:00	09/09/2023 12:04	Internação Adulto III	34
251389	4	19/09/2023 15:58	22/09/2023 16:57	UTI Adulto 3	3
267492	3	17/07/2023 00:20	04/08/2023 18:09	Internação Adulto Terreo II	19
274550	13	08/09/2023 00:00	18/09/2023 17:14	UTI Adulto Cirúrgica	11
274936	3	30/08/2023 03:02	23/09/2023 22:39	Internação Adulto Terreo II	25
277706	3	20/08/2023 18:42	29/09/2023 15:38	Internação Adulto II	40
285190	4	17/09/2023 18:11	19/09/2023 11:29	UTI Adulto 3	2
292713	3	25/09/2023 19:44	27/09/2023 05:23	Internação Adulto Terreo II	1
294800	9	19/08/2023 00:00	26/08/2023 22:18	Internação Adulto Terreo	8
296011	6	05/09/2023 00:00	10/09/2023 18:13	UTI Adulto 3	6
301453	4	01/09/2023 13:56	07/09/2023 01:12	UTI Adulto 3	5
313044	4	22/08/2023 00:00	27/08/2023 12:45	UTI Adulto Cirúrgica	6
325440	4	05/08/2023 00:00	17/08/2023 14:15	UTI Adulto 3	13
343828	13	17/09/2023 00:00	21/09/2023 21:23	UTI Adulto 3	5
360924	6	17/09/2023 00:00	24/09/2023 11:50	UTI Adulto 3	7
366601	9	17/08/2023 00:00	25/08/2023 16:06	UTI Adulto 3	9
382018	7	14/09/2023 00:00	26/09/2023 14:33	UTI Adulto 3	13
388871	4	31/08/2023 10:35	06/09/2023 12:37	UTI Adulto 3	6
398352	3	10/08/2023 08:58	12/08/2023 01:20	Internação Adulto III	2
407730	12	13/08/2023 12:09	15/08/2023 14:58	UTI Adulto 1 e 2	2
412717	13	25/07/2023 03:11	05/08/2023 15:14	Internação Adulto Terreo II	12
416660	11	24/08/2023 14:13	01/09/2023 03:55	Internação Adulto Terreo	8
445339	16	14/08/2023 00:00	19/08/2023 06:26	UTI Adulto Cirúrgica	5
446074	4	30/08/2023 20:24	03/09/2023 07:01	UTI Adulto Cirúrgica	3
452168	8	11/09/2023 11:01	24/09/2023 08:18	UTI Adulto Cirúrgica	13
454349	20	13/07/2023 21:22	22/08/2023 07:43	UTI Adulto 3	39
455721	5	07/08/2023 16:02	10/08/2023 07:33	UTI Adulto 3	3
459370	16	09/08/2023 00:00	13/08/2023 11:36	UTI Adulto 1 e 2	4
468184	6	15/07/2023 17:00	01/08/2023 03:28	UTI Adulto 1 e 2	16
476280	5	04/08/2023 21:07	31/08/2023 05:51	Internação Adulto IV	26
476309	6	07/08/2023 12:17	16/08/2023 09:26	Internação Adulto Terreo II	9
476394	12	22/07/2023 00:00	01/08/2023 03:29	UTI Adulto 3	10
478130	8	09/09/2023 00:00	15/09/2023 08:18	UTI Adulto 3	6
478911	3	14/07/2023 00:00	18/08/2023 09:26	Internação Adulto III	35
479056	5	26/07/2023 00:00	03/08/2023 10:26	UTI Adulto 3	8
479579	8	17/09/2023 06:45	29/09/2023 12:52	Internação Adulto Terreo II	12
479888	7	14/08/2023 17:34	17/08/2023 17:47	UTI Adulto 1 e 2	3
480142	4	22/07/2023 19:49	04/08/2023 02:18	Internação Adulto III	12
480639	5	31/07/2023 00:00	05/08/2023 22:04	UTI Adulto 1 e 2	6
481065	4	29/07/2023 00:00	04/08/2023 20:11	UTI Adulto 3	7

Identificação do paciente (MOPA_PACI_PRON_SEQ) (MOPA_PACI_SEQ)		Data de admissão na primeira internação (Min of MOPA_DT_ENTRADA)	Data do óbito (Max of MOPA_DT_SAIDA)	Tipo de alta (PACI_TIPO_ALTA)	Tempo entre intern. e óbito (dias)
481102	5	25/08/2023 00:00	28/08/2023 23:33	UTI Adulto Cirúrgica	4
481185	2	18/07/2023 16:44	31/08/2023 23:14	UTI Adulto Cirúrgica	44
481311	4	03/08/2023 00:00	07/08/2023 11:00	UTI Adulto 1 e 2	4
481478	3	28/07/2023 00:00	04/08/2023 19:52	UTI Adulto 3	8
481550	5	10/09/2023 00:00	17/09/2023 17:07	UTI Adulto 3	8
481563	2	23/07/2023 17:10	01/08/2023 18:13	UTI Adulto 1 e 2	9
481740	3	10/08/2023 00:00	14/08/2023 19:14	UTI Adulto 1 e 2	5
481903	2	28/07/2023 17:12	17/08/2023 12:05	UTI Adulto 1 e 2	20
481955	2	29/07/2023 15:41	09/08/2023 02:45	UTI Adulto 1 e 2	10
482005	2	30/07/2023 13:26	12/08/2023 07:17	UTI Adulto 3	13
482120	2	01/08/2023 11:04	20/08/2023 07:45	UTI Adulto 1 e 2	19
482131	6	04/09/2023 14:53	17/09/2023 06:25	Internação Adulto Terreo II	13
482157	2	02/08/2023 14:43	22/08/2023 14:21	UTI Adulto Cirúrgica	20
482183	2	04/08/2023 12:13	10/08/2023 13:47	Internação Adulto Terreo	6
482247	3	09/08/2023 00:00	10/08/2023 03:54	UTI Adulto 1 e 2	1
482480	8	18/09/2023 00:00	27/09/2023 00:50	UTI Adulto Cirúrgica	9
482571	4	18/08/2023 00:00	24/08/2023 17:14	UTI Adulto Cirúrgica	7
482645	2	08/08/2023 16:23	26/08/2023 01:47	Internação Adulto III	17
482664	2	08/08/2023 18:25	12/08/2023 00:50	Internação Adulto Terreo II	3
482800	4	28/08/2023 00:00	05/09/2023 22:46	UTI Adulto 1 e 2	9
482811	4	25/08/2023 00:00	30/08/2023 15:34	Internação Adulto Terreo II	6
482891	8	13/09/2023 20:24	21/09/2023 11:00	Internação Adulto IV	8
483015	4	01/09/2023 00:00	08/09/2023 10:49	UTI Adulto 3	7
483279	5	13/09/2023 00:00	19/09/2023 18:49	UTI Adulto 3	7
483338	3	24/08/2023 00:00	30/08/2023 11:05	UTI Adulto 1 e 2	6
483524	2	20/08/2023 17:59	31/08/2023 10:44	UTI Adulto 3	11
483557	2	20/08/2023 21:32	28/08/2023 03:32	UTI Adulto 3	7
483664	2	21/08/2023 20:59	04/09/2023 18:12	Internação Adulto Terreo	14
483961	2	24/08/2023 19:35	02/09/2023 18:18	UTI Adulto 1 e 2	9
484282	2	28/08/2023 15:47	14/09/2023 13:42	Internação Adulto IV	17
484304	2	28/08/2023 21:27	30/08/2023 04:41	UTI Adulto 3	1
484493	2	30/08/2023 11:43	05/09/2023 11:02	UTI Adulto Cirúrgica	6
484521	4	13/09/2023 00:00	16/09/2023 15:26	UTI Adulto 1 e 2	4
484573	2	30/08/2023 22:00	01/09/2023 05:21	UTI Adulto 3	1
484761	4	23/09/2023 15:27	30/09/2023 21:01	Internação Adulto II	7
484914	3	10/09/2023 00:00	18/09/2023 07:04	UTI Adulto Cirúrgica	8
484920	2	03/09/2023 14:12	15/09/2023 04:41	UTI Adulto 1 e 2	12
485310	2	07/09/2023 19:18	13/09/2023 20:11	UTI Adulto 1 e 2	6
485369	2	08/09/2023 00:56	13/09/2023 08:44	Internação Adulto II	5
485454	2	09/09/2023 11:26	20/09/2023 21:56	UTI Adulto 1 e 2	11
485478	2	09/09/2023 15:53	13/09/2023 22:32	UTI Pediátrica	4
485519	3	17/09/2023 00:00	23/09/2023 10:20	UTI Adulto 1 e 2	6
485521	2	10/09/2023 15:31	20/09/2023 15:21	Centro Cirúrgico	10
485532	2	10/09/2023 22:10	24/09/2023 18:41	Internação Adulto II	14
485538	2	10/09/2023 21:01	29/09/2023 19:03	UTI Adulto 1 e 2	19

Identificação do paciente (MOPA_PACI_PRON_SEQ) (MOPA_PACI_SEQ)		Data de admissão na primeira internação (Min of MOPA_DT_ENTRADA)	Data do óbito (Max of MOPA_DT_SAIDA)	Tipo de alta (PACI_TIPO_ALTA)	Tempo entre intern. e óbito (dias)
485708	2	12/09/2023 21:55	20/09/2023 08:41	Internação Adulto Terreo II	7
485709	2	12/09/2023 19:49	16/09/2023 16:29	UTI Adulto 3	4
486073	2	18/09/2023 00:34	22/09/2023 08:50	UTI Adulto 1 e 2	4
486579	2	22/09/2023 17:37	28/09/2023 05:22	UTI Adulto Cirúrgica	5
486610	2	23/09/2023 13:02	25/09/2023 18:01	UTI Adulto 1 e 2	2
485521	2	01/09/2023 21:58	15/09/2023 21:52	UTI Adulto 1 e 2	14

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 6,28%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 46 - Quadro-resumo do indicador "3.3 Taxa de Mortalidade Institucional"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 6,28%	Não informado	4,96%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 47 - Resultado da apuração do indicador "3.3 Taxa de Mortalidade Institucional"

Indicador	Indicação do Atendimento
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 15 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico, até a saída do paciente do CRPA. Vide Ficha Técnica abaixo:

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. $TxMO = \frac{NOAC}{TAC} \times 100$ 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.
--

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas DESCRICOES_CIRURGICAS, AGENDAS_CIRURGIAS_CAPAS e PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de óbitos transoperatórios: 0

Total de cirurgias realizadas: 1.496

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Mortalidade Transoperatória} = \frac{\text{Número de óbitos transoperatórios}}{\text{Número de cirurgias realizadas}}$$

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 0,51%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 48 - Quadro-resumo do indicador "3.4A Taxa de Mortalidade Transoperatória"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 0,51%	Não informado	0,0%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 49 - Resultado da apuração do indicador "3.4A Taxa de Mortalidade Transoperatória"

Indicador	Indicação do Atendimento
3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

3.4A Taxa de Mortalidade Pós-operatória

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 15 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar o total de óbitos ocorridos após a saída do paciente do CRPA, até 24 horas após o ato cirúrgico. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

$$TxMPO = \frac{NOPO}{NAC} \times 100$$

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.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas DESCRICOES_CIRURGICAS, AGENDAS_CIRURGIAS_CAPAS e PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de óbitos pós-operatórios: 5

Total de cirurgias realizadas: 1.496

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

Taxa de Mortalidade Pós-Operatória

$$= \frac{\text{Número de óbitos pós-operatórios}}{\text{Número de cirurgias realizadas}}$$

Abaixo, o registro dos 5 óbitos ocorridos no pós-operatório, até 24 horas de liberação do paciente do centro cirúrgico:

Tabela 50 - Registro dos casos dos óbitos ocorridos após a saída do paciente do CRPA, até 24 horas após o ato cirúrgico

Identificação Atendimento		Registro da cirurgia		Tipo de alta	Data/hora de liberação do paciente	Data/hora do óbito	Tempo entre liberação do paciente e alta médica (horas)
(ACIC_PACI_PRON_SEQ)	(ACIC_PACI_SEQ)	(ACIC_SEQ)	(ACIC_ACIR_SEQ)	(PACI_TIPO_ALTA)	(ACIC_DT_LIB_PACIENTE_CC)	(PACI_DT_ALTA_MEDICA)	
483672	2	124443	104016	O	23/08/2023 17:05	23/08/2023 18:42	1,63
80135	18	124918	104329	O	05/09/2023 15:34	06/09/2023 01:12	9,63
485494	2	125044	104433	O	10/09/2023 02:30	10/09/2023 04:30	2,00
9603	9	125403	-	O	19/09/2023 14:35	19/09/2023 15:46	1,19
485521	2	125422	104656	O	19/09/2023 23:35	20/09/2023 06:58	7,38

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 2%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 51 - Quadro-resumo do indicador "3.4A Taxa de Mortalidade Pós-operatória"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 2%	Não informado	0,33%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 52 - Resultado da apuração do indicador "3.4A Taxa de Mortalidade Pós-operatória"

Indicador	Indicação do Atendimento
3.4A Taxa de Mortalidade Pós-operatória	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 16 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar o total de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos durante o período. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES_PACIENTES, PACIENTES, SETORES, CID_PACIENTES e PRONTUARIOS, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de óbitos por IAM: 5

Total de saídas de pacientes com IAM: 27

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio} = \frac{\text{Número de óbitos por IAM}}{\text{Número de saídas de pacientes com IAM}}$$

Abaixo, o registro dos 5 óbitos ocorridos por IAM entre pacientes maiores de 18 anos, internado há mais de 24 horas:

Tabela 53 - Registro dos óbitos ocorridos por infarto agudo do miocárdio (IAM), entre pacientes maiores de 18 anos, internados há mais de 24 horas

Identificação Atendimento	CID	Data/hora de internação			Data/hora do óbito	Data de nascimento
		CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA		
(ACIC_PACI_ PRON_SEQ)	(ACIC_PACI_ EQ)				PACI_DT_ALTA_MEDICA	PRON_DT_NASC
184168	12	I21	S	S	23/07/2023 18:51	23/03/1942
226070	19	I219	S	S	06/08/2023 01:00	19/03/1955
454349	20	I21	S	S	13/07/2023 21:22	23/04/1953
481311	4	I219	S	S	03/08/2023 00:00	11/05/1997
481903	2	I21	S	S	28/07/2023 17:12	20/03/1965

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 10%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 54 - Quadro-resumo do indicador "3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 10%	Não informado	19%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 55 - Resultado da apuração do indicador "3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio"

Indicador	Indicação do Atendimento
3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	 Não atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 17 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar o total de óbitos por acidente vascular cerebral ocorridos durante o período. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

• **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.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES_PACIENTES, PACIENTES, SETORES, CID_PACIENTES e PRONTUARIOS, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de óbitos por AVCi: 8

Total de saídas de pacientes com AVCi: 123

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

$$= \frac{\text{Número de óbitos por AVCi}}{\text{Número de saídas de pacientes com AVCi}}$$

Abaixo, o registro dos 8 óbitos ocorridos por AVCi entre pacientes maiores de 18 anos, internado há mais de 24 horas:

Tabela 56 - Registro dos óbitos ocorridos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi), entre pacientes maiores de 18 anos, internados há mais de 24 horas

Identificação endereço		CID			Data/hora de internação	Data/hora do óbito	Data de nascimento
(ACIC_PACI_ PRON_SEQ)	(ACIC_PACI_S EQ)	CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA	MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDI CA	PRON_DT_NASC
226397	4	I64	S	S	19/09/2023 11:36	10/10/2023 08:49	02/05/1940
274936	3	I64	S	S	30/08/2023 03:02	23/09/2023 22:23	15/08/1929
398352	3	I64	S	S	10/08/2023 08:58	12/08/2023 00:08	01/06/1950
482645	2	I64	S	S	08/08/2023 16:23	25/08/2023 23:32	07/05/1947
484493	2	I64	S	S	30/08/2023 11:43	05/09/2023 09:07	25/11/1974
485538	2	I64	S	S	10/09/2023 21:01	29/09/2023 18:33	12/02/1963
485605	2	I64	S	S	11/09/2023 21:25	18/07/2023 15:10	07/06/1936
485709	2	I64	S	S	12/09/2023 19:49	06/07/2023 03:03	16/10/1940

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 15%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 57 - Quadro-resumo do indicador "3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 15%	Não informado	7%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 58 - Resultado da apuração do indicador "3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico"

Indicador	Indicação do Atendimento
3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

3.7 Taxa de Mortalidade por SEPSE

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 18 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar o total de óbitos por Sepse. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas MOVIMENTACOES_PACIENTES, PACIENTES, SETORES, CID_PACIENTES e PRONTUARIOS, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de óbitos por Sepse: 29

Total de saídas de pacientes com Sepse: 45

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

Taxa de Mortalidade por Seps

$$= \frac{\text{Número de óbitos por Seps}}{\text{Número de saídas de pacientes com Seps}}$$

Abaixo, o registro dos 29 óbitos ocorridos por Seps entre pacientes maiores de 18 anos, internado há mais de 24 horas:

Tabela 59 - Registro dos óbitos ocorridos por Seps entre pacientes maiores de 18 anos, internados há mais de 24 horas

Identificação Atendimento		CID			Data/hora de internação	Data/hora do óbito	Data de nascimento
(ACIC_PACI_ PRON_SEQ)	(ACIC_ PACI_S EQ)	CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA	MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDICA	PRON_DT_NASC
1774	6	A418	S	S	01/09/2023 21:58	15/09/2023 17:38	10/01/1941
36728	6	A418	S	S	15/09/2023 01:02	18/09/2023 03:17	06/05/1956
99301	13	A419	S	S	01/09/2023 00:00	06/09/2023 13:32	10/10/1964
99519	8	A419	S	S	14/07/2023 00:00	06/08/2023 13:02	18/02/1946
111677	14	A41	S	S	24/09/2023 00:00	28/09/2023 17:41	25/05/1953
142923	20	A41	S	S	16/08/2023 00:00	02/09/2023 18:59	21/07/1967
174921	7	A41	S	S	12/09/2023 00:00	19/09/2023 15:19	28/04/1948
251389	4	A419	S	S	19/09/2023 15:58	22/09/2023 16:26	06/09/1962
274550	13	A41	S	S	08/09/2023 00:00	18/09/2023 14:41	12/01/1940
366601	9	A41	S	S	17/08/2023 00:00	25/08/2023 15:32	18/07/1948
445339	16	A41	S	S	14/08/2023 00:00	19/08/2023 05:11	01/07/1950
446074	4	A419	S	S	30/08/2023 20:24	03/09/2023 06:44	01/01/1964
452168	8	A419	S	S	11/09/2023 11:01	24/09/2023 02:54	02/10/1935
455721	5	A419	S	S	07/08/2023 16:02	10/08/2023 06:28	19/01/1944
479056	5	A41	S	S	26/07/2023 00:00	03/08/2023 06:49	20/01/2003
480639	5	A419	S	S	31/07/2023 00:00	05/08/2023 20:40	28/12/1954
481185	2	A41	S	S	18/07/2023 16:44	31/08/2023 21:57	27/11/1970
481478	3	A41	S	S	28/07/2023 00:00	04/08/2023 19:51	08/01/1955
481550	5	A419	S	S	10/09/2023 00:00	17/09/2023 12:55	27/11/1977
481955	2	A41	S	S	29/07/2023 15:41	09/08/2023 00:59	05/05/1942
482480	8	A41	S	S	18/09/2023 00:00	26/09/2023 23:30	06/03/1960
482800	4	A41	S	S	28/08/2023 00:00	05/09/2023 22:39	02/07/1950
483015	4	A419	S	S	01/09/2023 00:00	08/09/2023 09:05	20/07/1927
483338	3	A419	S	S	24/08/2023 00:00	30/08/2023 08:30	28/09/1938
483557	2	A41	S	S	20/08/2023 21:32	27/08/2023 22:03	25/03/1938
485454	2	A419	S	S	09/09/2023 11:26	20/09/2023 20:54	17/07/1945
485519	3	A419	S	S	17/09/2023 00:00	23/09/2023 06:10	16/10/1950
486073	2	A41	S	S	18/09/2023 00:34	22/09/2023 06:55	11/01/1958
486579	2	A419	S	S	22/09/2023 17:37	28/09/2023 04:32	01/03/1940

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 32,2%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 60 - Quadro-resumo do indicador "3.7 Taxa de Mortalidade por Sepse"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 32,2%	Não informado	64%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 61 - Resultado da apuração do indicador "3.7 Taxa de Mortalidade por Sepse"

Indicador	Indicação do Atendimento
3.7 Taxa de Mortalidade por Sepse	x Não atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito (Lesão por Pressão)

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 19 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 07 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a incidência de Lesão por Pressão, incluindo a análise das características quanto ao número, localização e estadiamento da doença. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.
--

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas NOTIFICACOES_RISCOS e PACIENTES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de casos de Lesão por Pressão: 6

Número de saídas com permanência superior a 5 dias: 892

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito

$$= \frac{\text{Número de casos de Lesão por Pressão}}{\text{Número de saídas com permanência superior a 5 dias}}$$

Abaixo, o registro dos 6 casos de lesão por pressão registrados para pacientes internados há mais de 5 dias:

Tabela 62 - Registro dos casos de lesão por pressão registrados para pacientes internados há mais de 5 dias

Identificação do Atendimento		Sinalização do risco de UPP	Identificação do risco de UPP	Data de identificação
(NORI_PRON_SEQ)	(NORI_SEQ)	(NORI_RISC_SEQ)	(NORI_SETO_COD)	(NORI_DTHR_OCORR)
154440	37482	2	1721	03/08/2023
343828	37756	2	2115	28/08/2023
481550	37865	2	1703	19/08/2023
226070	37866	2	1703	30/08/2023
480240	37867	2	1719	04/09/2023
433141	37828	2	1702	09/09/2023

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 3,84%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 63 - Quadro-resumo do indicador "3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 3,84%	Não informado	0,67%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 64 - Resultado da apuração do indicador "3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito"

Indicador	Indicação do Atendimento
3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito (Lesão por Pressão)	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

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

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 32 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 07 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, no trimestre. Vide Ficha Técnica abaixo:

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

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas SITIOS_PRINCIPAIS, INFECCOES_HOSPITALARES, CARAC_PROC_PACIENTES_ITENS, MOVIMENTACOES_PACIENTES e SETORES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de episódios de PAV em pacientes da UTI adulto: 4

Número de pacientes em ventilação mecânica - dia: 2.097

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

$$\text{Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)} = \frac{\text{Número de episódios de PAV em pacientes da UTI adulto}}{\text{Número de pacientes em ventilação mecânica - dia}} \times 1.000$$

Abaixo, o registro dos 4 casos de pneumonia associada a ventilação mecânica em pacientes da UTI, diagnosticados após 48 horas de ventilação mecânica:

Tabela 65 - Registro dos casos de pneumonia associada a ventilação mecânica em pacientes da UTI, diagnosticados após 48 horas de ventilação mecânica

Identificação do Atendimento (INHO_PRON_SEQ)	(INHO_CO D_PACIENTE)	Procedimento CPPI_CAPR_PRO_COD	Descrição da infecção SIPR_DESC_COMPLETA	Data/hora de utilização de VENTMEC CPPI_CPPEC_DT	Data/hora de diagnóstico da infecção INHO_DTHR	Tempo entre data de diagnóstico e uso da VENTMEC	Setor de internação MOPA_SETO_COD SETO_NOME
478130	4035006	VENTMEC	Pneumonia associada à ventilação mecânica	13/08/2023 16:17	16/08/2023	2,32	2112 UTI Adulto 3
360924	12019701	VENTMEC	Pneumonia associada à ventilação mecânica	27/08/2023 12:18	03/09/2023	6,49	2115 UTI Adulto 3
485519	16105011	VENTMEC	Pneumonia associada à ventilação mecânica	10/09/2023 19:51	15/09/2023	4,17	2115 UTI Adulto 1 e 2
433141	27095413	VENTMEC	Pneumonia associada à ventilação mecânica	10/08/2023 02:00	16/08/2023	5,92	2115 UTI Adulto 3

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 3,12/1.000, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 66 - Quadro-resumo do indicador "3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 3,12/1.000	Não informado	1,90/1.000

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 67 - Resultado da apuração do indicador "3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)"

Indicador	Indicação do Atendimento
3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

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

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 33 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 07 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical, no trimestre. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas SITIOS_PRINCIPAIS, INFECCOES_HOSPITALARES, CARAC_PROC_PACIENTES_ITENS, MOVIMENTACOES_PACIENTES e SETORES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de episódios de PAV em pacientes da UTI adulto: 2

Número de pacientes em ventilação mecânica - dia: 2.199

Considerando as definições apresentadas e os números acima obtidos, o cálculo do indicador se dá pela seguinte fórmula:

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

$$= \frac{\text{Número de episódios de ITU associados a SDV em UTI adulto}}{\text{Número de pacientes em SDV - dia}} \times 1.000$$

Abaixo, o registro dos 2 casos de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical em pacientes da UTI, diagnosticados após 48 horas de ventilação mecânica:

Tabela 68 - Registro dos casos de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionados a cateter vesical em pacientes da UTI, diagnosticados após 48 horas de ventilação mecânica

Identificação do Atendimento (MOPA_PACI_PRON_SEQ)	do (MOPA_PACI_SEQ)	Procedimento (CPPI_CAPR_PROC_COD)	Descrição da infecção (SIPR_DESC_COMPLETA)	Setor	Data de utilização do cateter (CPPI_CPPC_DT)	Data diagnóstica da infecção (INHO_DTHR)	Cód. Da infecção
483044	1095101	CATETVE	Infecção do trato urinário	UTI Adulto 1 e 2	17/08/2023	17/08/2023	38555
483972	22016211	CATETVE	Infecção do trato urinário	UTI Adulto 1 e 2	17/09/2023	17/09/2023	23276

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 1,22/1.000, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 69 - Quadro-resumo do indicador “3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 1,22/1.000	Não informado	0,91/1.000

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 70 - Resultado da apuração do indicador “3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

4.1 Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 20 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador 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. Vide Ficha Técnica abaixo:

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, implantação de protocolos e capacitação contínua dos profissionais voltado para a gestão da clínica e do cuidado se constitui em ferramenta, imprescindível, da melhoria da qualidade de atenção.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo XV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- Tabela com a indicação dos protocolos clínicos implementados no - Hospital do Subúrbio, com as datas da última revisão, caso aplicável;
- Lista de treinamentos referentes aos protocolos institucionais, realizados entre julho e setembro/2023.

A seguir apresentamos a tabela com a indicação dos Protocolos Clínicos elaborados e implementados pela Concessionária:

Tabela 71 – Relação de Protocolos Clínicos elaborados e implementados pela Concessionária

Protocolo	Data de Emissão	Data de Revisão
Protocolos Assistenciais Interdisciplinares		
Meningite - Atendimento ao Paciente com Suspeita Diagnóstica	24/01/2011	01/07/2021
Tuberculose Pulmonar	17/01/2011	31/08/2021
Dor Torácica	17/01/2011	22/05/2023
Linha do cuidado do acidente vascular cerebral (AVC)	17/02/2011	30/06/2023
Traumatismo Cranioencefálico (TCE) - Atendimento ao paciente	17/01/2011	20/08/2023
Edema Agudo de Pulmão	10/02/2011	21/05/2021
SEPSE - Atendimento aos Pacientes com Suspeita Diagnóstica	21/03/2011	16/06/2023
Hemorragia Digestiva - Atendimento ao Paciente com Suspeita	23/04/2011	15/05/2023
Atendimento ao Paciente Politraumatizado	09/07/2015	12/05/2022
Crise Hipertensiva	21/02/2012	31/08/2021
Prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica - PAV	04/06/2012	29/11/2021
Crise Hipoglicêmica no Paciente com Diabetes Mellitus: Cetoacidose diabética e síndrome hiperglicêmica hiperosmolar	01/10/2012	05/09/2023
Diabetes Mellitus Descompensada: Conduas nos Pacientes não Críticos	26/11/2012	31/08/2021
Insuficiência Cardíaca	18/09/2012	25/05/2021
Prevenção de Trombolismo Venoso (TEV)	25/02/2013	13/07/2021

Pneumonia Comunitária	01/03/2013	31/05/2021
Insuficiência Hepática Crônica	20/12/2012	31/08/2021
Intoxicação Exógena	18/02/2013	20/08/2023
Insuficiência Respiratória	09/04/2013	31/08/2021
Influenza - Atendimento ao paciente com suspeita diagnóstica	21/06/2013	30/08/2021
Protocolo de Atendimento da Leptospirose	16/08/2013	31/08/2021
Protocolo para Atendimento das Síndromes Colestáticas	22/09/2015	31/08/2021
Dor Abdominal	04/05/2015	20/08/2021
Atendimento ao Paciente com Urolitíase/Litíase Urinária	03/12/2015	31/08/2021
Condução do Paciente com Síndrome de Fournier	03/12/2015	31/08/2021
Condução do Paciente com Orquialgia	03/12/2015	31/08/2021
Condução do Paciente com Priapismo	03/12/2015	31/08/2021
Protocolo de Hipertemia Maligna	08/06/2016	11/06/2022
Protocolo de Prevenção de Hipotermia Acidental no Intra e Pós-Operatório	16/07/2018	31/08/2022
Protocolo de Dor	09/05/2018	09/12/2022
Protocolo de Assistência ao Risco de Suicídio	19/04/2022	-
Controle Glicêmico	30/05/2022	20/03/2023
Protocolo de Delirium	15/06/2022	01/02/2022
Serviço de Controle de Infecção		
Protocolo para doença COVID-19	24/03/2020	25/11/2022
Protocolo de Profilaxia para Tétano Acidental (CID 10:A35)	05/01/2022	-
Protocolo de Profilaxia para Raiva Humana	03/05/2022	28/09/2023
Protocolo de Monkeypox	30/05/2022	26/07/2022
Unidade de Internação Adulto		
Manejo do Paciente com Rebaicamento do Nível de Consciência	26/07/2012	26/06/2023

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 72 - Quadro-resumo do indicador “Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência”

Indicador	Indicação do 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.	

5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 21 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa garantir monitorar e garantir o fornecimento de informações à Central de Regulação sobre as vagas ofertadas e ocupadas. Vide Ficha Técnica abaixo:

Ficha Técnica 21**5.1. Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador**

Objetivo: Garantir o monitoramento e fornecimento de informações à Central Estadual de Regulação sobre as vagas ofertadas e ocupadas ao atendimento dos usuários referenciados pelo Complexo Regulador.

Definições: Reportar ao Complexo Regulador, em periodicidade mínima de duas vezes por dia, a relação de vagas ofertadas pela Unidade Hospitalar e de vagas ocupadas por pacientes encaminhados pelo Complexo Regulador.

Meta: 2 reportes diários contendo a relação de vagas ofertadas pela Unidade Hospitalar e de vagas ocupadas por pacientes encaminhados pelo Complexo Regulador

Para fins de apuração do indicador, este Verificador Independente recebeu da SESAB as bases da regulação originárias da rede para a UH do Hospital do Subúrbio, constando o demonstrativo diário de disponibilidade de vagas. Considerando-se a relação apresentada pela CER contemplando as datas de encaminhamento das solicitações, foram identificadas ao menos dois reportes diários no período de agosto a setembro, exceto para o dia 28/08/2023, quando só há registro de um reporte, no período da noite. Para esse dia, no entanto, a Concessionária disponibilizou as evidências dos 3 reportes realizados. A referida documentação consta no anexo XVI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

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

Tabela 73 - Quadro-resumo do indicador “5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo 2 reportes/dia	Não informado	Reportes realizados

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 74 - Resultado da apuração do indicador “5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador”

Indicador	Indicação do Atendimento
5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado atendente à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 23 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a qualidade do corpo clínico. Vide Ficha Técnica abaixo:

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 concluída com registro no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Desconsiderar atestado de Residência Médica não concluída. 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.

Mediante dados de cadastro de médicos fornecidos pela Concessionária, os quais constam no anexo XVII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, foram obtidos os números a seguir:

Número de médicos cadastrados: 302

Número de médicos com título de especialista (apenas com residência concluída): 258

Número de médicos sem título de especialista: 44

No entanto, em análise à relação dos médicos relacionados pela Concessionária como especialistas, foram realizadas consultas ao Portal CREMEB, à AMB e à CNRM, a fim de validar o devido cadastro do médico no Conselho de Medicina, bem como a regularidade de sua situação e de seu título de especialista. Nessas análises, foram identificados 14 casos de profissionais constantes na planilha de especialistas nas seguintes situações:

- 3 Bucomaxilos, os quais não se enquadram no título de médico;
- 4 Títulos de especialista não registrados/nada consta;
- 4 Títulos de especialista em área diversa da especialidade de atuação no hospital;
- 2 Profissionais com registro duplicado na planilha;
- 1 Profissional com residência não concluída.

Considerando as situações acima descritas, este Verificador Independente considera os números a seguir para fins de apuração do indicador:

Número de médicos (desconsiderando os Bucomaxilo e os registros duplicados): 297

Número de médicos com título de especialista (apenas com residência concluída e especialidade compatível com atuação no hospital): 244

Número de médicos sem título de especialista: 53

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 82%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

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

Tabela 75 - Quadro-resumo do indicador "6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 82%	Não informado	82%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 76 - Resultado da apuração do indicador "6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista"

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

6.2 Relação Enfermeiro/Leito

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 24 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a qualidade no atendimento de enfermagem. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Mediante dados de carga horária dos enfermeiros fornecidos pelo setor de Recursos Humanos da Concessionária, os quais constam no anexo XVIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, foram calculados os números a seguir:

Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - agosto: 5.819

Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - setembro: 5.682

Número total de dias do período: 61

Número de leitos: 331

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo do indicador se dá pela fórmula:

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

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 0,54, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

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

Tabela 77 - Quadro-resumo do indicador “6.2 Relação Enfermeiro/Leito”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 0,54%	Não informado	0,57%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 78 - Resultado da apuração do indicador “6.2 Relação Enfermeiro/Leito”

Indicador	Indicação do Atendimento
6.2 Relação Enfermeiro/Leito	✓ 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.	

6.3 Índice de atividade de Educação Permanente

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 25 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa acompanhar a qualificação da força de trabalho. Vide Ficha Técnica abaixo:

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:

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

$\text{Nº horas/homem trab.} = (\text{Dias func. 1 ficou contratado} \times \text{horas diárias func. 1}) + (\text{Dias func. n ficou contratado} \times \text{horas diárias func. n})$

- **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.

Mediante dados fornecidos pela Concessionária a título de treinamentos realizados no período e de horas trabalhadas dos colaboradores, os quais constam no anexo XIX, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, foram calculados os números a seguir:

Somatório de horas/homem em treinamento: 4.895

Somatório de horas/homem trabalhadas: 563.263

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo do indicador se dá pela fórmula:

$$\text{Índice de Atividades de Educação Permanente} = \frac{\text{Total de horas dos colaboradores em treinamento}}{\text{Total de horas trabalhadas}}$$

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no mínimo 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 79 - Quadro-resumo do indicador “6.3 Índice de atividade de Educação Permanente”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 6,5/1.000	Não informado	8,69/1.000

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 80 - Resultado da apuração do indicador “6.3 Índice de atividade de Educação Permanente”

Indicador	Indicação do Atendimento
6.3 Índice de atividade 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

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 26 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar o número e as condições de ocorrência dos acidentes de trabalho no hospital. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Mediante dados fornecidos pela Engenharia de Segurança do Trabalho da Concessionária, os quais constam no anexo XX, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, entre agosto e setembro ocorreram 3 acidentes de trabalho. Conforme relação de colaboradores ativos, constante na Folha de Pagamentos de agosto e setembro, foram obtidos os números a seguir:

Número de funcionários ativos em agosto: 1.464

Número de funcionários ativos em setembro: 1.373

Número de acidentes de trabalho em agosto: 2

Número de acidentes de trabalho em setembro: 1

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

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

A meta estabelecida para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 0,30%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

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

Tabela 81 - Quadro-resumo do indicador "6.4 Taxa de Acidente de Trabalho"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 0,30%	Não informado	0,11%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 82 - Resultado da apuração do indicador "6.4 Taxa de Acidente de Trabalho"

Indicador	Indicação do 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

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 27 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar as atividades pertinentes à atenção e atendimento ao usuário. Vide Ficha Técnica abaixo:

Ficha Técnica 27 7.1. Prover meios de escuta dos usuários Objetivo: Realizar as 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.

Para a avaliação do indicador Prover Meios de Escuta aos Usuários foram avaliados os Relatórios de Queixas e Resolutividade de Ocorrências para avaliação do tempo de atendimento das demandas, a partir do relatório do sistema PGH, fornecido pela Concessionária, o qual consta no anexo XXI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, por meio dos quais foram observados os seguintes valores:

Total de demandas respondidas: 24

Total de demandas respondidas em até 10 dias: 24

A meta estabelecida para o 52º 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 83 - Quadro-resumo do indicador “7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
100%	Não informado	100%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 84 - Resultado da apuração do indicador “7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários”

Indicador	Indicação do 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 Percentual de Satisfação do Paciente

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 28 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a opinião dos usuários sobre o atendimento prestado pelo hospital. Vide Ficha Técnica abaixo:

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 privados, 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.

Segundo a definição da meta do indicador 7.2, o questionário de satisfação deverá ser aplicado a 55% dos pacientes internados na unidade hospitalar.

Para apuração do indicador, foram considerados os relatórios do sistema PGH “Percentual de Respostas por Pesquisas”, fornecidos pela Concessionária, o qual consta no anexo XXII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração. O qual apresenta um resumo da tabela de Satisfação Geral, com filtro para os pacientes de internação do período de agosto a setembro de 2023, por meio do qual obtivemos os seguintes números:

Total de atendimentos realizados: 2.288

Total de pesquisas respondidas: 1.483

Total de respostas afirmativas: 1.425

Considerando as definições apresentadas e os números acima, obtemos que as pesquisas foram respondidas por 65% dos pacientes de internação, atendendo à primeira parte da meta, que prevê no 6º Termo Aditivo a aplicação das pesquisas para 55% dos pacientes internados. Das pesquisas respondidas, 96% representam respostas afirmativas aos questionamentos de satisfação.

A meta estabelecida para o 52º Trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de Índice Mínimo de Satisfação de 80%, conforme definição apresentada na Tabela 12 do Anexo 3 ao Termo Aditivo Nº 03 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

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

Tabela 85 - Quadro-resumo do indicador “7.2 Percentual de Satisfação do Paciente”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 80%	Não informado	96%

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 86 - Resultado da apuração do indicador “7.2 Percentual de Satisfação do Paciente”

Indicador	Indicação do Atendimento
7.2 Percentual de Satisfação do Paciente	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada atendeu à meta 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

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 29 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a intervenção na melhoria dos processos de trabalho e na produção de saúde para todos. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo XXIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

Ata nº 14/2023, de 25 de Julho de 2023, referente à designação de membros para composição do Grupo de Trabalho em Humanização (GTH).

Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 11/07/2023:

- Programa de Integração de Novo Colaborador - 22/05/2023;
- Programa de Integração de Novo Colaborador - 03/07/2023;
- Programa de Integração de Novo Colaborador - 03/07/2023;
- Lista de Frequência "Ação do dia Mundial de Imunização";
- Lista de Frequência "Calendário de Vacinação Infantil (ação GTH)";
- Intranet: "São João teve comisas típicas e ação com pacientes";
- Intranet: "SESMT promove atividade no Dia Nacional da Imunização";
- Intranet: "HS realiza ação de sensibilização sobre doação de sangue".

Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 08/08/2023:

- Programa de Integração de Novo Colaborador - 17/07/2023;
- Programa de Integração de Novo Colaborador - 07/08/2023;
- Intranet: "Projeto Sensibilizarte na Pediatria: palhaçoterapia e contação de histórias";
- Intranet: "Salão Informativo: Serviço de Nutrição fala sobre prevenção e controle do colesterol".

Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 12/09/2023:

- Programa de Integração de Novo Colaborador - 21/08/2023;

- Programa de Integração de Novo Colaborador - 18/08/2023;
- Lista de Frequência "Setembro Amarelo: Prevenção ao Suicídio"
- Intranet: "Comemoração de Dia dos Pais: veja como foi";
- Intranet: "Projeto Sensibilizarte da IFMSA Brazil leva alegria à Pediatria";
- Intranet: "Combate ao Tabagismo é tema do Salão Informativo";
- Intranet: "Setembro Amarelo: Serviço de Psicologia orienta sobre prevenção do suicídio".

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 02 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta deste indicador para o 52º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de pelo menos 03 treinamentos com temas distintos, abordando os 5 temas preconizados pelos princípios norteadores da Política de Humanização.

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

Tabela 87 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões do GTH

Reunião	Membros Ausentes
Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 08/08/2023;	Sara Chagas, Caroline Rangel, Natan Nascimento, Cyntia Lins, Luana Queiroz e Lorane Gandhi
Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 12/09/2023;	Sara Duarte, Caroline Rangel, Natan Nascimento, Cyntia Lins, Luana Queiroz, Rafaela Ribeiro, Rosana Cavalcanti e Aline Andrade.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 88 - Quadro-resumo do indicador "8.1 Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH)"

Indicador	Indicação do Atendimento
8.1 Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH)	✓ 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.	

9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 30 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa aperfeiçoar o desempenho do hospital tanto nas atividades de cuidado direto ao cliente quanto nas de natureza administrativa. Vide Ficha Técnica abaixo:

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.

Para a avaliação do cumprimento desse indicador, a Concessionária apresentou o Certificado de Acreditação concedido ao Hospital do Subúrbio pela ONA – Organização Nacional de Acreditação, o qual consta no anexo XXIV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, com validade até 09/2025, sob o certificado de N° 496-007-993. Adicionalmente, este Verificador Independente consultou no sítio online da ONA (www.ona.org.br).

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 N° 02 ao contrato de Concessão Administrativa N° 030/2010.

Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

Tabela 89 - Quadro-resumo do indicador “9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar”

Indicador	Indicação do Atendimento
9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar	✓ 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.	

4. Peso dos Indicadores

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 N 030/2010 e em seus Termos Aditivos vigentes (TA 01 a 12), 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 90 - Distribuição de pesos dos Indicadores Quantitativos na Contraprestação Mensal Efetiva (CME)

Categoria	Peso Categoria	Indicador		Peso do Indicador
Indicadores Quantitativos	70%	Internação Hospitalar (85%)	Saídas de Internação Hospitalares	55%
			Diárias de Unidades de Terapia Intensiva (UTI's)	30%
		Ambulatório (7%)	Consultas Médicas em Atenção Especializada	4%
			Atendimentos Urgência e Emergência	3%
		SADT (8%)	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	8%

Tabela 91 - Distribuição de pesos dos Indicadores de Desempenho na Contraprestação Mensal Efetiva (CME)

Categoria	Peso Categoria	Indicador			Peso do Indicador
Indicadores de Desempenho	30%	Auditoria Operacional	1.1	Revisão de Prontuários	1%
			1.2	Avaliação e Revisão dos Óbitos	1%
			1.3	Comissão de Controle de Infecção Hospital - CCIH	1%
			1.4	Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância	1%
			1.5	Comissão de Transplante	1%

Categoria	Peso Categoria	Indicador			Peso do Indicador
			1.6	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA	1%
Indicadores de Desempenho	30%	Desempenho da Atenção	2.1	Intervalo de Substituição	1%
			2.2	Índice de Renovação	1%
			2.3	Índice de Resolubilidade na Internação	2%
			2.4	Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência	1%
			2.5	Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	1%
			2.6	Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)	2%
			2.7	Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura	1%
			2.8	Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia	1%
		Qualidade da Atenção	3.1	Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	5%
			3.2	Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto	4%
			3.3	Taxa de Mortalidade Institucional	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 por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	4%
			3.7	Taxa de Mortalidade por Sepsis	4%
			3.8	Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão	4%
			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%
		Gestão da Clínica	4.1	Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência	3%
		Inserção no Sistema de Saúde	5.1	Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador	4%
		Gestão de Pessoas	6.1	Percentual de médicos com Título de Especialista	2%
			6.2	Relação Enfermeiro/Leito	2%
			6.3	Índice de atividade de Educação Permanente	3%
			6.4	Taxa de Acidente de Trabalho	3%
		Controle Social	7.1	Prover Meios de Escuta dos Usuários	3%
			7.2	Percentual de Satisfação do Paciente	3%
		Desempenho Humanização	8.1	Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do programa HUMANIZASUS	4%
		Acreditação	9.1	Manutenção da Acreditação Hospitalar	20%

Anexos

Anexo I – Ofício nº 002/2023 – Deloitte



Deloitte Touche Tohmatsu Consultores Ltda.
Avenida Tancredo Neves, 620 – 30º andar
41820-020, Salvador – BA | Brasil
Tel: +55 71 2103-9490
www.deloitte.com

Salvador, 21 de Novembro de 2023

OFÍCIO Nº 002/2023: Proposição de melhoria no processo de apuração do 52º trimestre

À

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

Diretoria de Gestão de Consórcios e em Parcerias Público Privadas | DGECOP

Sra. Priscilla Magalhães – Diretora DEGECOP

Sr. Jorge Oliveira – Prodal Saúde S.A.

Ref: Proposição de alteração do período de apuração do 52º trimestre, para fins de regularização do calendário civil e equalização dos parâmetros de cômputo dos indicadores.

Prezados (as) senhores (as),

Em 01 de agosto de 2023 a Deloitte Touche Tohmatsu Consultores Ltda (Deloitte) assinou contrato com a Prodal Saúde S.A. ("Prodal" ou "Concessionária") para atuação como Verificador Independente do contrato de Concessão nº 030-2010 - Concessão Administrativa para Gestão e Operação do Hospital do Subúrbio.

Como parte dos procedimentos iniciais de planejamento e identificação de oportunidades de melhoria na atividade de Verificação Independente, constatamos a possibilidade de transição do Calendário PPP para o Calendário Civil e equalização de alguns parâmetros para cômputo dos indicadores, para que sejam avaliados pelas partes envolvidas (Concessionária e Poder Concedente).

Devido à data de assinatura do contrato de concessão, os resultados trimestrais vêm sendo historicamente apurados com base no Calendário PPP, que difere do Calendário Civil por ter o período de início no dia 14 do primeiro mês e encerramento no dia 13 do terceiro mês. Esse critério gera retrabalho à Concessionária em relação à apuração dos indicadores e geração da folha de pagamentos, bem como resulta em mais complexidade para a atividade de verificação independente.

I - CONTEXTUALIZAÇÃO

Devido às divergências entre Poder Concedente e Concessionária sobre alguns parâmetros para cálculo dos indicadores, os trimestres 48º a 51º (correspondentes ao período de 14 de junho/2022 a 13 de junho/2023) não foram apurados pelo antigo Verificador Independente. Esta divergência continua pendente, e desta forma os valores das Contraprestações Mensais nesse intervalo foram mensurados a partir da replicação do resultado do relatório de apuração do 47º trimestre, emitido pelo antigo VI e submetido à SESAB e à Prodal em 26 de agosto/2022.

Em 29 de junho/2023 foi assinado entre as partes o 12º Termo Aditivo (TA) do Contrato de Concessão que dispõe, entre outras finalidades, (i) da prorrogação do prazo de concessão, (ii) da necessidade de implementação de um novo perfil assistencial para o Hospital do Subúrbio e (iii) da revisão dos Indicadores Quantitativos e de Desempenho, nos termos abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA PRORROGAÇÃO DA CONCESSÃO

1.1 Fica prorrogado o Contrato por um período de 07 (sete) anos e 19 (dezenove) dias, contados a partir do dia 1º de julho de 2023, em razão do encerramento do Termo Aditivo nº10, postergando-se o seu termo final para o dia 20/07/2030.

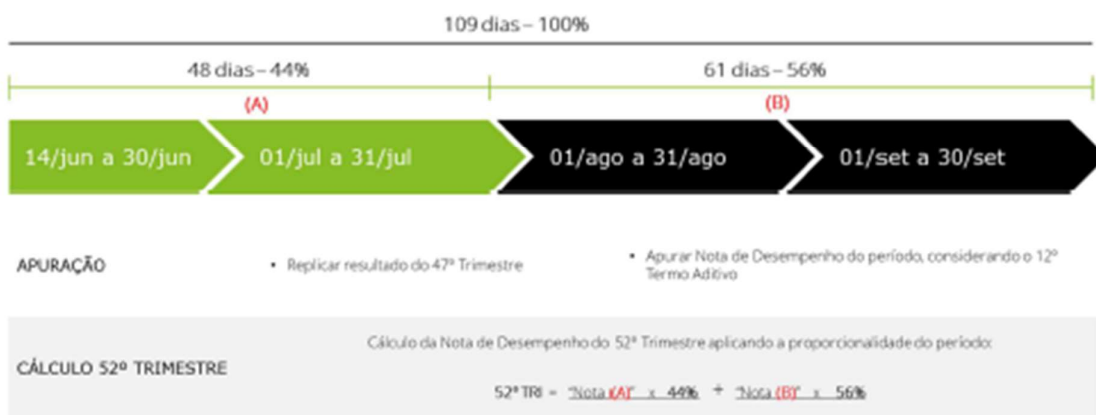
Figura 1 – Trecho da Cláusula Primeira do 12º Termo Aditivo

Uma vez que o 52º trimestre tem início em 14 de junho/2023, e o período que vai até 30 de junho/2023 ainda opera sob critérios e indicadores que demandam definição das partes, tem-se previsto, então, dentro de um mesmo trimestre, dois critérios distintos de mensuração de desempenho.

Diante do exposto, a fim de solucionar a divergência de parâmetros de apuração do 52º trimestre bem como para converter o Calendário PPP em Calendário Civil, este Verificador Independente apresenta a seguinte proposição de melhoria no processo de apuração, para apreciação do Poder Concedente e da Concessionária:

1. Replicar o resultado do 47º trimestre para o período de 14 de junho/2023 a 31 de julho/2023 (proporcional aos 48 dias), e apurar o período de 01 de agosto/2023 a 30 de setembro/2023 (correspondente a 61 dias), com base nos critérios estabelecidos no 12º Termo Aditivo. Com isso, o próximo período (53º trimestre) se estenderia de 01 de outubro/2023 a 31 de dezembro/2023, equalizando o período de apuração e convertendo a partir dessa data o Calendário PPP em Calendário Civil.
2. Calcular o valor da Contraprestação Mensal Efetiva de forma proporcional ao período mencionado acima, ou seja, soma dos valores obtidos para o período de 14 de junho/2023 a 31 de julho/2023, correspondente a 48 dias (44% do total de 109 dias), e o período de 01 de agosto/2023 a 31 de setembro/2023, correspondente a 61 dias (56% do total de 109 dias).

Apresentamos abaixo a representação gráfica do cenário proposto:



As considerações acima estão pautadas nas seguintes condições estabelecidas contratualmente:

II - NOVO PERFIL ASSISTENCIAL E REVISÃO DOS INDICADORES QUANTITATIVOS E DE DESEMPENHO

O item 4.1 do mesmo Termo Aditivo trata da revisão da prestação de serviços e estabelece a alteração do perfil assistencial do Hospital do Subúrbio (HS) (conforme Cláusula Quarta apresentada abaixo), a ser implementada em 2 fases, sendo a primeira com prazo de até 30 dias após a assinatura do TA e a segunda em até 180 dias.

No item 4.3, o Termo Aditivo estabelece que, em decorrência do novo perfil assistencial do Hospital do Subúrbio, os Indicadores Quantitativos e de Desempenho foram revisados, porém não esclarece o início da vigência destes novos indicadores.

CLÁUSULA QUARTA- DA REVISÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	CLÁUSULA QUARTA- DA REVISÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
4.1 Fica alterado o perfil assistencial do Hospital do Subúrbio (HS), a fim de compor a rede de atenção à saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, passando a operar com 313 (trezentos e treze) leitos. 4.1.1 A alteração do perfil assistencial mencionado na subcláusula 4.1 ensejará o faseamento da operação, considerando-se: a) Fase 1: a ser implementada em até 30 (trinta) dias após a assinatura deste Termo Aditivo, passando a operar o Hospital do Subúrbio (HS) com 269 (duzentos e sessenta e nove) leitos, que ficarão assim distribuídos: (i) 68 (sessenta e oito) leitos de Clínica Geral; (ii) 117 (cento e dezessete) de Cirurgia Geral; (iii) 20 (vinte) leitos de Clínica Pediátrica; (iv) 12 (doze) leitos de Cirurgia Pediátrica; (v) 50 (cinquenta) leitos de Unidade de Tratamento Intensivo Adulto Tipo I; e (vi) 10 (dez) leitos de Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico Tipo I; b) Fase 2: a ser implementada em até 180 (cento e oitenta) dias após a assinatura deste Termo Aditivo, o Hospital do Subúrbio (HS) deverá funcionar com 313 (trezentos e treze) leitos, que ficarão assim distribuídos: (i) 68 (sessenta e oito) leitos de Clínica Geral; (ii) 34 (trinta e quatro) leitos de Neurocirurgia e Cirurgia; (iii) 117 (cento e dezessete) de Cirurgia Geral; (iv) 20 (vinte) leitos de Clínica Pediátrica; (v) 12 (doze) leitos de Cirurgia Pediátrica; (vi) 50 (cinquenta) leitos de Unidade de Tratamento Intensivo Adulto Tipo I; e (vii) 10 (dez) leitos de Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico Tipo I; 4.2 A fim de possibilitar a implementação do novo perfil assistencial citado na subcláusula 4.1 deste Termo Aditivo, será necessária a realização de atos a ser executada pela Concessionária. 4.3 Em decorrência do novo perfil assistencial do Hospital do Subúrbio (HS) foram revisados os Indicadores Quantitativos e de Desempenho do Contrato, na forma do Anexo 5 deste Termo Aditivo.	4.1 Fica alterado o perfil assistencial do Hospital do Subúrbio (HS), a fim de compor a rede de atenção à saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, passando a operar com 313 (trezentos e treze) leitos. 4.1.1 A alteração do perfil assistencial mencionado na subcláusula 4.1 ensejará o faseamento da operação, considerando-se: a) Fase 1: a ser implementada em até 30 (trinta) dias após a assinatura deste Termo Aditivo, passando a operar o Hospital do Subúrbio (HS) com 269 (duzentos e sessenta e nove) leitos, que ficarão assim distribuídos: 4.3 Em decorrência do novo perfil assistencial do Hospital do Subúrbio (HS) foram revisados os Indicadores Quantitativos e de Desempenho do Contrato, na forma do Anexo 5 deste Termo Aditivo.

Figura 2 – Trecho da Cláusula Quarta do 12º Termo Aditivo

Desta forma, uma vez que o TA especifica que a implementação desse novo modelo assistencial se dará em até 30 dias após a assinatura do TA, fica assim estabelecida uma relação de condição, o que leva este Verificador Independente a interpretar que os demais requerimentos seguem o mesmo critério de vigência. Esse entendimento é reforçado no contexto dos indicadores quantitativos revisados trazerem consigo novas metas de avaliação também segregadas em duas fases, a exemplo do Indicador Quantitativo 1.2 - Diárias de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, conforme demonstrado abaixo:

Diárias UTI	Meta Trimestral (Fase 01)
UTI Adulto (Tipo II)	4.050
UTI Pediátrica	810
TOTAL	4.860

Diárias UTI	Meta Trimestral (Meta 02)
UTI Adulto (Tipo II)	4.050
UTI Adulto Neuro (Tipo III)	810
UTI Pediátrica	810
TOTAL	5.670

Figura 3 – Quadro de metas do Indicador Quantitativo 1.2, revisado pelo 12º Termo Aditivo

Além das razões mencionadas, a variação da quantidade de leitos com os quais o HS operava até 30/julho/2023 (265) e 1º de agosto/2023 (269), impõe uma divergência de parâmetros e interfere na apuração de 3 indicadores, quais sejam: 2.1 – Intervalo de Substituição, 2.2 – Índice de Renovação, e 6.2 – Relação Enfermeiro/Leito.

III - SISTEMA DE LISTA ÚNICA

Vale destacar que o Sistema de Lista Única da SUREGS/SESAB só disponibilizou o fluxo de regulação para acesso ao ambulatório do Hospital do Subúrbio em agosto/2023. Esses dados têm impacto no cômputo dos Indicadores Quantitativos 1.3 - Consultas Médicas em Atenção Especializada e 1.5 - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, conforme item 2-a e subitem 1.14.8 do item 3-i das disposições iniciais do Apêndice 3, integrante do Anexo 3 do Termo Aditivo 12.

AO TERMO ADITIVO Nº 12 AO CONTRATO DE CONCESSÃO ADMINISTRATIVA Nº 030/2016	
Apêndice 3- Indicativos e Especificações dos Serviços - Atualizado	
Disposições Iniciais:	
O referido Apêndice 3 integra o Anexo 3 do Contrato - Indicativos e Especificações dos Serviços.	
2. Modificações introduzidas na Seção I - "Descrição das Unidades Hospitalares e dos Serviços Prestados", do Anexo 3 - "Indicativos e Especificações dos Serviços":	
a) Acrescenta-se ao item 1- Descrição da Unidade Hospitalar do Contrato, a seguinte redação:	
Unidade hospitalar localizada na Rua Manoel Lino nº 14, Hospital Geral de Referência Estadual, integrante da Metrópole de Salvador.	O acesso para consultas ambulatoriais, e consequentemente para procedimentos de diagnóstico em regime ambulatorial ou, quando necessário em regime de internação hospitalar, ou para procedimentos cirúrgicos eletivos em regime se dará através do Sistema Lista Única ou outro que venha a substituí-lo, operacionalizado pelo gestor público.
Programado para desenvolver um trabalho assistencial por demanda espontânea para os casos de urgência e regulação da Central de Regulação de Urgências do SAM de Regulação.	
O acesso ao ambulatório da unidade deve se dar através do Sistema Lista Única da SUREGS/SESAB, mediante protocolo validado pela Concessionária e, de acordo com as metas definidas.	
3. Modificações introduzidas na Seção II - "Especificações dos Serviços", do Anexo 3 - "Indicativos e Especificações dos Serviços":	
b) Insere-se ainda à Seção II - "Especificações dos Serviços", do Anexo 3 - "Indicativos e Especificações dos Serviços", as Bases 1.14.3, 1.14.4, 1.14.7, 1.14.8, 1.15 e 1.16:	
1.14.8 Interação com a Rede Pública de Atendimento Hospitalar	
O acesso dos usuários em situação de Urgência e Emergência, através da Regulação responsável pelo recebimento e a SUREM WEB, enviados para Central Estadual de Regulação de Salvador diretamente por contato com o Chefe de Plantão diário da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência, ou na modalidade Vozes Zero, sempre observado o perfil do HS.	O acesso ao ambulatório da unidade deve se dar através do Sistema Lista Única da SUREGS/SESAB, mediante protocolo validado pela Concessionária e, de acordo com as metas definidas.
O acesso para consultas ambulatoriais, e consequentemente para procedimentos de diagnóstico em regime ambulatorial ou, quando necessário em regime de internação hospitalar, ou para procedimentos cirúrgicos eletivos em regime se dará através do Sistema Lista Única ou outro que venha a substituí-lo, operacionalizado pelo gestor público.	

Figura 4 – Trecho do Apêndice 3 do 12º Termo Aditivo

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em razão das considerações feitas acima, este Verificador Independente entende que os indicadores revisados, bem como aqueles definidos no âmbito do 12º Termo Aditivo deveriam passar a vigorar apenas a partir de 1º de agosto/2023, ou seja, 30 dias após à assinatura do TA. Com isso, reforça-se a proposição de replicar o resultado do 47º trimestre para o período de 14 de junho/2023 a 31 de julho/2023 e apurar o período de 01 de agosto/2023 a 30 de setembro/2023 com base nos critérios definidos pelo 12º Termo Aditivo, a fim de assegurar que os parâmetros de cômputo de todos os indicadores sejam proporcionais, além de equalizar o calendário de apuração ao Calendário Civil.

Dado o exposto, solicitamos as avaliações e, se aplicável, as aprovações necessárias, por meio de ofício, do Poder Concedente e Concessionária para seguirmos com a execução desta proposição.

Colocamo-nos ao inteiro dispor de V.Sas. para quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários e subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

DELOITTE TOUCHE TOHMATSU CONSULTORES LTDA.

PAULO MARCIO
VITALE:11175045810

 Digitally signed by PAULO MARCIO
VITALE:11175045810
Date: 2023.11.22 15:46:23 -03'00'

Paulo Márcio Vitale
Sócio – Risk Advisory

Anexo II – Email de envio do Ofício DTT 002/2023

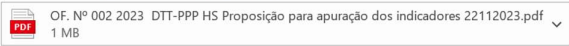
[VI - PPP HS] - DTT Nº 002/2023 Proposição para Apuração dos Indicadores



Nogueira, Wagner Marques Gonçalves
To: Priscilla Magalhaes (External); Luciana Macedo (External); Débora Bahia (External);
raquel.barbosa1@saude.ba.gov.br; Caio Matos (External); Rogério Palmeira (External); +1 other
Cc: BR Projeto PPP_HS; Vitale, Paulo Marcio



qua 22/11/2023 16:03



Prezados, boa tarde.

Segue em anexo, **Ofício DTT 002-2023 - Proposição de alteração do período de apuração do 52º trimestre, para fins de regularização do calendário PPP e equalização dos parâmetros de cômputo dos indicadores**

Abs,

Classificação: Confidencial

Wagner Nogueira
Gerente Sênior | Consultoria e Risk Advisory
Deloitte Touche Tohmatsu
Av. República do Líbano, 251 – 28º andar Rio Mar Trade Center - Torre B
Recife - PE | Brasil | 51110-160
T: +55 (81) 3464 8127 T: +55 (81) 3464 8172 C: +55 (81) 9 8152 8716
wnogueira@deloitte.com | www.deloitte.com

Anexo III – Ofício nº 312/23 – Diretoria Técnica Prodal



Salvador, 28 de novembro de 2023

Dir. Técnico 312/23

Ilmo Sr. Paulo Vitale

Risk Advisor

Deloitte Touche Tohmatsu Consultores

CC: Priscila Bellazi

Diretora

DGECOP\SAIS\SESAB

Nesta,

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o cordialmente, em resposta ao ofício 002/2023, a concessionária Prodal Saúde, vem manifestar sua concordância com as propostas de melhorias no processo de apuração do 52º trimestre, contidas no mesmo.

Disponíveis para informações adicionais.

Reitero votos de estima e consideração.

Cordialmente,

Dr. Rogério Luis Palmeira da Silva
Diretor Técnico
CREMEB 10.358

Hospital do Subúrbio

Rogério Luis Palmeira da Silva

Diretor Técnico

Anexo IV – Email de recebimento do Ofício nº 312/23 – Diretoria Técnica Prodal

[EXT] Re: [VI - PPP HS] - DTT N° 002/2023 Proposição para Apuração dos Indicadores



Luci Souza <luci.souza@prodalsaude.com.br>

To  Nogueira, Wagner Marques Gonçalves;  Priscilla Magalhaes (External);  Luciana Macedo (External);  Débora Bahia (External);  raquel barbosa1;  Caio Matos (External);
 **BR Projeto PPP_HS**;  Vitale, Paulo Marcio;  Lidia Cavalcanti;  joliveira;  Cyntia Lins (External)

  Reply  Reply All  Forward  

ter 28/11/2023 13:09

 Follow up. Start by terça-feira, 28 de novembro de 2023. Due by terça-feira, 28 de novembro de 2023.
[Click here to download pictures.](#) To help protect your privacy, Outlook prevented automatic download of some pictures in this message.

 Ofício Diretoria Técnica 312-23 - Deloitte.pdf
279 KB



Prezados (as) senhores (as) boa tarde,

Em resposta ao ofício da Deloitte nº 002/2023, referente ao assunto: **Proposição da melhoria no processo de apuração do 52º trimestre.**

Segue anexo ofício Diretoria Técnica nº 312/23.

Favor confirmar recebimento.

Atenciosamente,

83

Anexo V - Email de solicitação de esclarecimento

De: "BR Projeto PPP_HS" <brppphs@deloitte.com>
Para: "cynthia lins" <cynthia.lins@prodalsaude.com.br>
Cc: "Lígia Cavalcanti" <ligiacavalcanti@prodalsaude.com.br>, "Caio Matos" <caio.matos@prodalsaude.com.br>, "Rogerio Palmeira" <rogerio.palmeira@prodalsaude.com.br>
Enviadas: Sexta-feira, 24 de novembro de 2023 18:40:45
Assunto: Validação de Apuração Indicadores - 2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência

Boa tarde Dra. Cynthia, tudo bem?!

Em análise ao indicador "2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência", foram identificadas as situações abaixo, às quais a indução anestésica ocorreu antes do aviso de cirurgia. Desse modo, questiona-se formalmente o ocorrido para cada situação.

Por questões de prazo, solicitamos retorno até terça-feira, 28/11/2023.

Identificação do Atendimento		Identificação do Paciente	Tipo de Cirurgia	Data/hora de aviso da cirurgia	Data/hora de indução anestésica	Tempo entre aviso e anestesia (minutos)
(ACIR_SEQ)	(ACIC_SEQ)	(ACIR_PRON_SEQ)	(ACDI_TIPO)	(ACIR_DTHR)	(ACIC_DTHR_INDUCAO_ANESTESICA)	
26256	125071	129627	E	11/09/2023 04:40	11/09/2023 04:25	-15
26350	125580	321666	E	23/09/2023 00:00	22/09/2023 23:45	-15
26021	124086	377385	E	10/08/2023 09:03	10/08/2023 09:00	-3,38
26342	125523	486410	E	21/09/2023 11:10	21/09/2023 11:08	-2
26369	125632	486683	E	24/09/2023 20:54	24/09/2023 20:03	-51,5

Atenciosamente,

Classificação: Confidencial

Anexo VI – Ofício nº 313/23 – Diretoria Técnica Prodal



Salvador, 28 de novembro de 2023

Dir. Técnica 313/23

Vitória Silva

Business Analyst II | Risk Advisory

Deloitte Touche Tohmatsu

Em resposta a identificação dos tempos entre a solicitação dos Avisos de Cirurgia de Emergência ter ocorrido após início da Anestesia, informamos que em todos os casos apresentados os pacientes foram vítimas de trauma grave e em situações de risco iminente de morte.

A instituição estabeleceu protocolo de atendimento ao paciente vítima de politrauma, onde nas situações de extrema criticidade é acionada a ONDA VERMELHA (por campainha), sinalizando no Centro Cirúrgico, Laboratório e Agência Transfusional. Desta forma, a comunicação entre estes processos assistenciais é garantida, e as ações assistenciais é priorizada em detrimento ao registro em prontuário. Assim, justificando a hora do início da indução anestésica ter sido antes do Registro do Aviso de Cirurgia no Sistema Informatizado.

Na tabela em anexo, acrescentamos as “Observações da Concessionária”, especificando a condição clínica de cada caso.

Ficamos à disposição para esclarecimentos adicionais,

Cordialmente,

Dra. Cyntia Lins

Gerente de Qualidade e Segurança


Cyntia M. dos S. de Lima
Gerente de Qualidade e Segurança
Hospital do Subúrbio

Rua Manoel Lino, nº 141 – Periperi – CEP: 40726-390, Salvador – Ba
Tel.: (71) 3217-8608 / 3217-8615

ANEXO

Identificação do Atendimento		Identificação do Paciente	Tipo de Cirurgia	Data/hora de aviso da cirurgia	Data/hora de indução anestésica	Tempo entre aviso e anestesia (minutos)	Observações da Concessionária
(ACIR, SEQ)	(ACIC, SEQ)	(ACIR, PRON, SEQ)	(ACDI, TIPO)	(ACIR, DTHR)	(ACIC, DTHR, INDICA O ANESTÉSICA)		
56	125071	129627	E	11/09/23 04:40	11/09/23 04:25	-15	Trata-se de um paciente que deu entrada na Emergência do hospital, trazido pelo SAMU, vítima de ferimento por arma branca em punho, com sangramento ativo decorrente de lesão arterial, apresentando sinais de choque hemorrágico. Desta forma, considerando risco eminente de vida, o paciente foi encaminhado para o Centro Cirúrgico, conforme o protocolo de Politrauma – Rota ONDA VERMELHA . Achado cirúrgico de lesão em artéria ulnar.
26350	125580	321666	E	23/09/23 00:00	22/09/23 23:45	-15	Trata-se de um paciente de 16 anos, trazido pela mãe à Emergência do hospital, vítima de perfuração por arma de fogo em abdômen (PAF), apresentando sinais de choque hemorrágico, estando desconscio, taquicárdico, taquipnéico, com pele pegajosa e fria. Desta forma, considerando risco eminente de vida, o paciente foi encaminhado para o Centro Cirúrgico, conforme o protocolo de Politrauma – Rota ONDA VERMELHA . Achados cirúrgicos de lacerção hepática e em cólon direito.
26021	124086	377385	E	10/08/23 09:03	10/08/23 09:00	-3,38	Paciente vítima de tentativa de autoexterminio, trazido por familiares à Emergência do hospital, apresentando lesão perfurante em zona 2 cervical. Encaminhado para o Centro Cirúrgico de imediato, considerando risco eminente de vida, conforme o protocolo de Politrauma – Rota ONDA VERMELHA . Achado cirúrgico de lesão traqueal.
26342	125523	486410	E	21/09/23 11:10	21/09/23 11:08	-2	Paciente deu entrada na Emergência do hospital, sob demanda espontânea, vítima de perfuração por arma de fogo (PAF) em pelve e região genital. Encaminhado para o Centro Cirúrgico de imediato, considerando risco eminente de vida, conforme o protocolo de Politrauma – Rota ONDA VERMELHA . Achados cirúrgicos de lesões em fundo de bexiga, corpo cavernoso e testículo à direita.
26369	125632	486683	E	24/09/23 20:34	24/09/23 20:03	-51,5	Paciente vítima de perfuração por arma de fogo (PAF) em transição toracocôndria, em gasping e choque hemorrágico. Foi encaminhado para o Centro Cirúrgico, conforme protocolo de Politrauma – Rota ONDA VERMELHA , considerando risco eminente de vida. Achado cirúrgico de ferimento transfixante no fígado, com sangramento ativo, lacerção esplênica e 02 perfurações de diafragma à esquerda.

Unidade de Pronto Socorro
Gerente de Unidade e Segurança
CERDAX 8889
Hospital do Subúrbio

Anexo VII – Ofício nº 830/2023 – SESAB



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE - SESAB
COORDENAÇÃO DE GESTÃO DAS PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS -
SESAB/SAIS/DGECOP/CGPPP

Ofício nº 830/2023 - SESAB/SAIS/DGECOP/CGPPP

Salvador/BA, 29 de novembro de 2023.

Assunto: **Ofício DTT 002/2023 - Deloitte**

Ao Verificador Independente: Deloitte Touche Tohmatsu
Wagner Nogueira - Gerente Sênior

Prezado Senhor,

Com os cordiais cumprimentos, em resposta ao Ofício Deloitte nº 002/2023, que versa sobre proposição feita pelo Verificador Independente para a melhoria do processo de apuração do 52º trimestre, manifestamos a concordância desta DGECOP com o modelo proposto pelo VI.

Salientamos que, no que tange ao período em que será replicada a apuração do 47º trimestre, tão logo sejam sanadas as divergências entre a Concessionária e o Poder Concedente através da celebração do Termo Aditivo que se encontra em tramitação - Processo SEI nº 019.5120.2022.0120317-33, a Deloitte deverá realizar a apuração referente ao período replicado, qual seja, de 14 de junho de 2023 a 31 de julho de 2023, para que eventuais diferenças entre a contraprestação mensal efetiva - CME calculada para o desempenho relativo ao 52º trimestre e as CMEs que serão efetivamente pagas à Concessionária referente a esse trimestre sejam liquidadas retroativamente.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Fernandes Moura Macedo, Coordenador II**, em 29/11/2023, às 16:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Débora Grasielle Campos Bahia, Enfermeiro**, em 29/11/2023, às 16:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Macedo Magalhães Bellazzi**, **Diretor(a) de Gestão de Unidades Consorciadas e Parceria Público Privada**, em 29/11/2023, às 16:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00079767632** e o código CRC **DEFB25A0**.

Referência: Processo nº 019.8743.2023.0206701-56

SEI nº 00079767632

Anexo VIII – Email de recebimento do Ofício nº 830/2023 – SESAB

[EXT] Relatório da Comissão de Acompanhamento do Contrato 030/2010 - 52º trimestre de apuração.



SESAB/Email da Coordenação de Gestão das Parcerias Público Privadas <sais.cgppp@saude.ba.gov.br>

To

 **BR Projeto PPP_HS**:  Sales, Alana Patrícia de Oliveira;  Nogueira, Wagner Marques Goncalves;  Rogério Palmeira (External);  Caio Matos (External);  luci.souza@prodalsaude.com.br;  naiara.silva@prodalsaude.com.br;  Débora Bahia (External);  Luciana Macedo (External);  Edla Antunes (External);  silvana.oliveira@saude.ba.gov.br; **+3 others**

qua 29/11/2023 17:02

  Reply  Reply All  Forward  

 Relatório_00079923478.pdf
124 KB

 Oficio_00079767632.pdf
72 KB

Prezados,

Com os cordiais cumprimentos, encaminhado o Ofício 830/23 do Poder Concedente em resposta ao Ofício Deloitte 002/2023, ao tempo que encaminhamos também o Relatório da Comissão de Acompanhamento do Contrato 030/2010 referente ao 52º trimestre de apuração, conforme acordo entre as partes.

Atenciosamente,

89

Anexo IX a XXIV – Documentação base para análise dos indicadores manuais 1.1 a 1.6 e 6.1 a 9.1

Documentação anexa ao e-mail de envio do Relatório de Apuração do 52º Trimestre, conforme representado abaixo:

- Anexo IX - Doc. Ind. 1.1 Revisão de Prontuários
- Anexo X - Doc. Ind. 1.2 Avaliação e Revisão dos Óbitos
- Anexo XI - Doc. Ind. 1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospital - CCIH
- Anexo XII - Doc. Ind. 1.4 Comissão de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância
- Anexo XIII - Doc. Ind. 1.5 Comissão de Transplantes (CIHDOTT)
- Anexo XIV - Doc. Ind. 1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA
- Anexo XIX - Doc. Ind. 6.3 Índice de atividade de Educação Permanente
- Anexo XV - Doc. Ind. 4.1 Implantar protocolos clínicos para as patologias
- Anexo XVI - Doc. Ind. 5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas ao CER
- Anexo XVII - Doc. Ind. 6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista
- Anexo XVIII - Doc. Ind. 6.2 Relação Enfermeiro Leito
- Anexo XX - Doc. Ind. 6.4 Taxa de Acidente de Trabalho
- Anexo XXI - Doc. Ind. 7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários
- Anexo XXII - Doc. Ind. 7.2 Percentual de Satisfação do Paciente
- Anexo XXIII - Doc. Ind. 8.1 Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH)
- Anexo XXIV - Doc. Ind. 9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar



A Deloitte refere-se a uma firma-membro da Deloitte, uma de suas entidades relacionadas, ou à Deloitte Touche Tohmatsu Limited (“DTTL”). Cada firma-membro da Deloitte é uma entidade legal separada e membro da DTTL. A DTTL não fornece serviços para clientes. Por favor, consulte www.deloitte.com/about para saber mais.

A Deloitte é líder global em auditoria, consultoria empresarial, assessoria financeira, gestão de riscos, consultoria tributária e serviços correlatos. Nossa rede de firmas-membro, presente em mais de 150 países e territórios, atende a quatro de cada cinco organizações listadas pela Fortune Global 500®. Saiba como os 457.000 profissionais da Deloitte impactam positivamente seus clientes em www.deloitte.com.

© 2023. Para mais informações, contate a Deloitte Touche Tohmatsu Limited.