



P5.8 - Relatório de Apuração dos Indicadores 53º Trimestre (01/10/2023 a 31/12/2023)

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.

São Paulo, 04 de março de 2024

À

Diretoria de Gestão em Unidades Consorciadas e em Parceria Público-Privada (DGECOP/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 **P5.8 - Relatório de Apuração dos Indicadores relativos ao 53º trimestre**, definido no item 5.2.5.2 I desse contrato.

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

Versão	Data	Comentários
Vs.01	01/03/2024	Relatório de Apuração do 53º Trimestre
Vs.02	04/03/2024	- Alterado a apuração dos seguintes indicadores: - 2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia - 3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto - Alterado o valor da CME.

Índice

1. Introdução	4
2. Objetivo	4
3. Apuração dos Indicadores	5
3.1 Indicadores Quantitativos	11
3.2 Indicadores de Desempenho	16
4. Peso dos Indicadores	90
Anexos	92

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 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 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 53º 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.

No contexto da segunda versão deste relatório (V02), foram consideradas informações adicionais providas pela Concessionária (por meio do ofício 81.24), no tocante aos indicadores 2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia e 3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto, que resultaram em ajustes pontuais nos critérios adotados para sua apuração e consequentemente modificaram o valor da Contraprestação Mensal Efetiva (CME).

Com relação aos demais itens mencionados pela Concessionária por meio do referido ofício, vale ressaltar que analisamos os argumentos à luz das fichas técnicas correspondentes e constatamos que as definições lá existentes não são suficientes para uma interpretação assertiva das particularidades reportadas, sendo necessárias especificações mais detalhadas e aprovações destas pelas partes envolvidas, conforme esclarecimentos dispostos em ofício DTT 002.2024 a ser encaminhado por este Verificador Independente.

3. Apuração dos Indicadores

Nesta seção serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados para o 53º trimestre de operação da Concessão, a partir dos dados extraídos do sistema hospitalar do Hospital do Subúrbio, PGH.

Em face da impossibilidade de garantir a integridade dos dados do sistema mencionado, foram selecionadas amostras de prontuários dos pacientes, para análise e corroboração dos resultados obtidos, sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória e por conveniência, a partir de potenciais falhas de controle identificadas no processo de apuração. O tamanho de amostra apropriado para cada subpopulação dos itens é determinado usando a tabela a seguir, definida com base em padrões globais como referência para testes substantivos:

Remainder Population Size — Multiples of Tolerable Misstatement [Performance Materiality]	Not Relying on Controls	Relying on Controls
100x	30 (^)	10 (+)
200x	45	15
300x	53	18
400x	57	19
500x	60	20
Greater than 500x	60 (*)	20 (*)

Imagem – Audit Sampling and Substantive Analytical Procedures - Fonte: <https://techlib.deloitteresources.com/>

Desta forma, considerando os cálculos e proporções acima apresentados, a Contraprestação Mensal Efetiva (CME) para o 53º trimestre totalizou R\$ 20.822.928,44, seguindo a composição demonstrada a seguir.

Quanto à versão preliminar deste relatório, fornecida ao Poder Concedente e Concessionária em 23/02/2024, primeiros quais apresentaram sua manifestação em 29/02/2024 (Anexo XIX e XX), cujas considerações foram analisadas pelo VI e as providências tomadas e refletidas nesta versão.

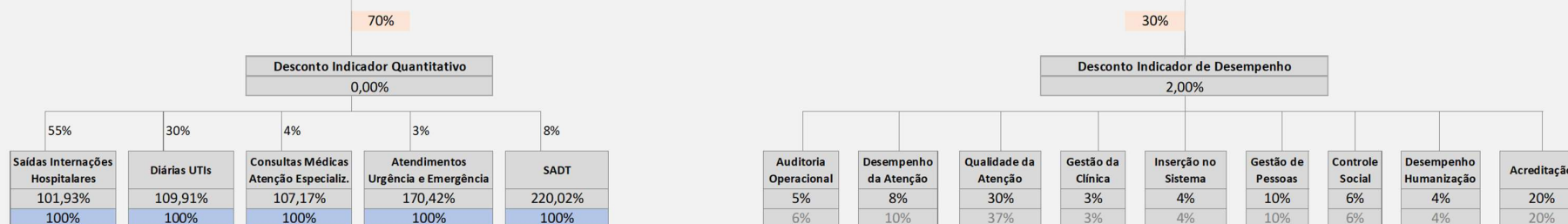
Relatório Trimestral de Indicadores

53° Trimestre

Contraprestação Mensal Efetiva

Resultado da Apuração de 01/Outubro a 31/Dezembro/2023

Contraprestação Anual Máxima	R\$ 251.383.441,94
Contraprestação Mensal Máxima	R\$ 20.948.620,16
Desconto	0,6000%
Contraprestação Mensal Efetiva	R\$ 20.822.928,44



Abaixo, são apresentados os quadros resumo dos resultados da apuração dos indicadores quantitativos (Tabela 1) e de desempenho (Tabela 2). Neles, são apresentados os 40 indicadores, suas respectivas (I) metas trimestrais, o (II) resultado reportado pela Concessionária e o (III) resultado apurado pelo Verificador Independente, além da consideração do VI acerca do resultado apurado (IV), se plenamente atendido, parcialmente atendido ou não atendido.

Tabela 1 -Quadro resumo de atendimento dos Indicadores Quantitativos

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Percentual de atendimento apurado (IV)
1.1 Saídas de Internação Hospitalares	3.528	3.408	3.596	101,93%
1.2 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva (UTI's)	4.860	5.323	5.342	109,91%
2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada	14.112	14.673	15.125	107,17%
2.2 Atendimentos Urgência e Emergência	3.600	6.454	6.135	170,42%
3.1 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	24.297	58.440	53.459	220,02%

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	Ausência de atualização da ata da reunião de novembro/2023.	✗
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	0,2 dia	0,2475 dia	✓
2.2 Índice de Renovação	Min. 4,9 saídas/leito	13,4 saídas/leito	11,2375 saídas/leito	✓
2.3 Índice de Resolubilidade na Internação	Min. 90%	72,30%	73,26%	✗
2.4 Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência	Máx. 10%	1,60%	4,52%	✓
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	Min. 90%	96,20%	95,29%	✓
2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)	Max. 2,3%	0,30%	1,74%	✓
2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura	Min. 100%	100%	100%	✓
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.	AVC 38,81 Até 2h 52,22 Até 6h 246,8	Após 45min. – 13,65 min. Após 2h – 9,41 min. Após 6h – 87,57 min.	✓
Qualidade da Atenção				
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	Max. 20/1.000	9,9/1.000	11,88/1.000	✓
3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto	Max. 4,4/1.000	3,5/1.000	3,54/1.000	✓

Indicador		Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
3.3	Taxa de Mortalidade Institucional	Max. 6,28%	4,81%	4,95%	✓
3.4	Taxa de Mortalidade Transoperatória	Max. 0,51%	0%	0,00%	✓
3.4.A	Taxa de Mortalidade no Pós-operatório	Max. 2%	0,30%	0,30%	✓
3.5	Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	Max. 10%	7,70%	10,00%	✓
3.6	Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Max. 15%	6,80%	11,82%	✓
3.7	Taxa de Mortalidade por Sepsis	Max. 32,2%	31,60%	69,51%	✗
3.8	Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito (Lesão por Pressão)	Max. 3,84%	0,40%	0,23%	✓
3.9	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	Max 3,12/1.000	2,1/1.000	1,12/1.000	✓
3.10	Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	Max. 1.22/1.000	0,4/1.000	2,01/1.000	✗
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	85,71%	✓
6.2	Relação Enfermeiro/Leito	Min. 0,54	Não informado	0,58	✓

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
6.3 Índice de atividade de Educação Permanente	Min. 6,51/1.000 horas trabalhadas	Não informado	6,75/1.000	✓
6.4 Taxa de Acidente de Trabalho	Max. 0,30%	Não informado	0,10%	✓
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	97,75%	✓
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 53º trimestre da Concessão, conforme termos definidos no Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

1.1 Saídas de Internações Hospitalares

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”

Saídas de Internação	Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
Clínica Médica	693	900	1.017	146,75%
Clínica Cirúrgica	2.370	1.956	2.026	85,49%
Clínica Pediátrica	465	552	553	118,92%
Total	3.528	3.408	3.596	101,93%
Conclusão da Apuração				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Internação Hospitalar corresponde a 101,93% da meta estabelecida para o 53º trimestre.				

Uma vez que, conforme dados de apuração enviados pela Concessionária (Anexo XVIII), todas as transferências autorizadas pelo Complexo Regulador (CER) foram efetivamente encaminhadas ao Hospital do Subúrbio, a meta do indicador não sofre redução.

1.2 Diárias de Unidade de Terapia Intensiva – UTI

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”

Diárias de UTI	Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
UTI Adulto	4.050	4.533	4.545	112%
UTI Pediátrica	810	790	797	98%
Total	4.860	5.323	5.342	109,91%
Conclusão da Apuração				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Diárias de UTI corresponde a 109,91% da meta estabelecida para o 53º trimestre.				

2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada

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:

Número de consultas médicas em atenção especializada: 15.125

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos atendimentos.

Tabela 5 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada”

#	Nº do Prontuário	Paciente	Especialidade	Data do Laudo	Avaliação
1	0135573432	37221	CR	27/12/2023 15:43	✓
2	1438834535	37606	MC	06/10/2023 14:16	✓
3	381688801	116746	OR	16/10/2023 07:19	✓
4	0127128760	193069	OR	06/10/2023 07:10	✓
5	01114148300	2884615	OR	01/11/2023 08:08	✓
6	0659553236	430052	OR	18/12/2023 08:25	✓
7	2327436141	6096211	CL	12/10/2023 11:24	✓
8	0166606847	6968714	CL	05/10/2023 08:26	✓
9	0235048976	1145045	UR	25/10/2023 12:36	✓
10	1566244358	1400166	OR	30/11/2023 07:26	✓
11	1460717600	1476027	BU	20/10/2023 07:41	✓
12	2150256444	1600834	OR	13/12/2023 14:12	✓
13	0882132857	16883910	MC	08/11/2023 13:23	✓
14	0273029118	1918473	OR	18/12/2023 13:54	✓
15	0273029118	1918474	OR	25/12/2023 09:34	✓
16	0652917356	20446911	NC	05/12/2023 08:58	✓
17	0638528100	21813910	CL	03/11/2023 13:00	✓
18	0706276221	2371073	AS	19/10/2023 08:56	✓
19	530050900	2521315	CL	03/10/2023 06:52	✓
20	1112771670	2633669	OR	06/10/2023 14:49	✓

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e reportado pela Concessionária e a conclusão da apuração.

Tabela 6 - Quadro-resumo do indicador “2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
14.112	14.673	15.125	107,17%
Conclusão da Apuração			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Consulta em Atenção Especializada corresponde a 107,17% da meta estabelecida para o 53º trimestre.			

2.2 Atendimentos Urgência e Emergência

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:

Número de atendimentos de urgência e emergência: 6.135

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos atendimentos.

Tabela 7 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.2 Atendimentos Urgência e Emergência”

#	Nº do Prontuário	Paciente	Data do Laudo	Avaliação
1	0551366486	670711	26/10/2023 14:49	✓
2	0110922891	153528	05/10/2023 10:19	✓
3	00817888100	3734614	26/10/2023 17:45	✓
4	1174603704	553962	10/12/2023 16:06	✓
5	593166400	7908021	24/10/2023 17:49	✓
6	0209204230	936846	26/12/2023 13:25	✓
7	2424829705	1118303	07/10/2023 15:59	✓
8	0661080129	1125635	26/10/2023 14:33	✓
9	0363529004	1365992	12/11/2023 17:04	✓
10	2023712718	1545676	20/11/2023 21:11	✓
11	1526962705	1639597	26/12/2023 08:48	✓
12	2260454631	1879169	11/12/2023 13:18	✓
13	0682317411	2284992	11/12/2023 01:56	✓
14	0171888227	27845010	09/12/2023 16:11	✓
15	0093911696	3077045	23/11/2023 08:46	✓
16	13981430222	3350012	26/10/2023 03:12	✓
17	1007721294	3679022	01/11/2023 09:19	✓
18	0195345584	4011373	18/10/2023 14:37	✓
19	0243297971	44910427	11/12/2023 15:50	✓
20	CN003034711	4620405	17/10/2023 14:09	✓

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e reportado pela Concessionária e a conclusão da apuração.

Tabela 8 – Quadro-resumo do indicador “2.2 Atendimentos Urgência e Emergência”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
3.600	6.454	6.135	170,42%
Conclusão da Apuração			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Atendimento Urgência e Emergência corresponde a 170,42% da meta estabelecida para o 53º trimestre.			

3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

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:

Número de exames realizados: 53.459

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos exames.

Tabela 9 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico”

#	Nº do Prontuário	Paciente	Exame	Data do Laudo	Avaliação
1	2203858907	26829411	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	09/10/2023 00:05:00	✓
2	2334572160	4877011	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	12/10/2023 23:28:33	✓
3	756171709	4884161	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	20/10/2023 23:52:01	✓
4	00000000000	4887921	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	25/10/2023 23:53:04	✓
5	1301057088	4814572	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	30/10/2023 22:26:18	✓
6	0209231637	823554	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	27/11/2023 15:37:14	✓
7	000000000	4947781	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	25/12/2023 14:03:49	✓
8	65047000343	3226563	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	31/12/2023 09:09:42	✓
9	1601882106	4740655	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	03/01/2024 13:10:31	✓
10	2360448	4947371	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	03/01/2024 13:01:39	✓
11	CN006908	4262445	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	03/01/2024 13:11:18	✓
12	1397181095	4951551	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	03/01/2024 12:58:28	✓
13	0108033783	4949021	DOSAGEM DE POTASSIO	27/12/2023 01:45:55	✓
14	0912171138	4949401	DOSAGEM DE CREATININA	27/12/2023 10:16:10	✓
15	0171125320	4950101	DOSAGEM DE GLICOSE	28/12/2023 09:40:03	✓
16	0333154428	12172411	ANTIBIOGRAMA	31/12/2023 16:12:20	✓
17	1401266274	4876271	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	13/10/2023 23:59:58	✓
18	0259568171	4735173	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	24/10/2023 23:20:49	✓
19	138900038	4906361	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	15/11/2023 23:56:00	✓
20	319437302	4950941	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	09/01/2024 13:42:04	✓

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e reportado pela Concessionária e a conclusão da apuração.

Tabela 10 - Quadro-resumo do indicador "3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico"

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
Laboratório Clínico	17.112	39.268	39.440	230,48%
Radiologia	3.543	11.504	8.374	236,35%
Ultrassonografia	761	686	601	78,97%
Ressonância Magnética	456	571	120	26,32%
Tomografia	1.825	5.306	4.924	269,81%
Total	24.297	57.335	53.459	220,02%
Conclusão da Apuração				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Serviço de Apoio Diagnóstico corresponde a 220,02% da meta estabelecida para o 53º trimestre.				

3.2 Indicadores de Desempenho

A seguir serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados por este Verificador Independente para o 53º 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 I, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

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 10/10/2023;

Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 10/11/2023;

Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 08/12/2023;

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 53º 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.

Uma vez verificado que a ata da reunião ocorrida em 10/11/2023 possui conteúdo idêntico ao da ata da reunião ocorrida no mês anterior, e não apresenta a relação dos prontuários analisados, entendemos pelo não atendimento do indicador.

Adicionalmente, identificamos a ausência dos seguintes membros designados:

Tabela 11 – 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 10/10/2023;	André Soledade, Aislan Amoedo, Juliano Carlos Ribeiro, Divaldo Lopes, Marina Lucena, Tereza Eugênia Souza, Gabriela Fernandes, Jeane Xavier, Ludmilla D'afonseca, Ellen Maize, Hannah Palmeira, Fabiana Alves e Rodrigo Souza
Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 10/11/2023;	Aislan Amoedo, Juliano Carlos Ribeiro, Divaldo Lopes, Gabriela Fernandes, Jeane Xavier, Ludmilla D'afonseca, Ellen Maize, Fabiana Alves e Rodrigo Souza
Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 08/12/2023;	André Soledade, Aislan Amoedo, Juliano Carlos Ribeiro, Divaldo Lopes, Marina Lucena, Tereza Eugênia Souza, Gabriela Fernandes, Jeane Xavier, Ludmilla D'afonseca, Ellen Maize, Hannah Palmeira, Fabiana Alves e Rodrigo Souza

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

Tabela 12 - Quadro-resumo do indicador “1.1 Revisão de Prontuários”

Indicador	Indicação do Atendimento
1.1 Revisão de Prontuários	x Não atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que não foi apresentada a ata atualizada e a relação dos prontuários revisados na reunião de novembro/2023, conforme estabelecido na meta, o Verificador Independente concluiu pelo não 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 II, 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 27/10/2023;

Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 29/11/2023

Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 28/12/2023;

Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 01/10/2023 a 31/10/2023;

Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 01/11/2023 a 30/11/2023;

Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 01/12/2023 a 31/12/2023.

Nos relatórios apresentados pela Concessionária, foi reportada a seguinte distribuição dos óbitos por grupo de patologias, a considerar que um mesmo óbito pode ter mais de um motivo associado:

Tabela 13 – Distribuição dos óbitos pelos motivos, pela Concessionária

Motivos	Quantidade Geral	Quantidade de Óbitos (01/10/2023 - 31/10/2023)	Quantidade de Óbitos (01/11/2023 - 30/11/2023)	Quantidade de Óbitos (01/12/2023 - 31/12/2023)
Doenças Infecciosas	95	27	32	36
Doenças do Aparelho Circulatório	61	19	21	21
Doenças do Aparelho Respiratório	42	15	9	18
Doenças do Aparelho Digestivo	16	8	4	4
Causas Externas	57	22	14	21
Neoplasias	10	2	5	3
Doenças do Aparelho Geniturinário	10	1	4	5
Parada Cardíaca	17	6	11	0
Outros	16	6	9	1

Para o 53º 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 01/10/2023 a 31/12/2023, conforme período de reuniões e análises realizadas:

Óbitos ocorridos no período: 271 óbitos, divididos em:

Pacientes internados: 196 óbitos (72%);

Pacientes não internados: 75 óbitos (38%).

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 53º 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 14 – 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 27/10/2023;	André Soledade, Noemi Braga
Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 29/11/2023;	Divaldo Lopes, Marcos Laranjeiras e Rosimeire Brito

Reunião	Membros Titulares Ausentes
Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 28/12/2023;	André Soledade, Divaldo Lopes, Noemi Braga, Rosimeire Brito

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

Tabela 15 - 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 III, 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 11/10/2023;

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 24/11/2023;

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 14/12/2023;

Relatório de Indicadores Epidemiológicos - 1º trimestre Ano: 14 - Período: 01/10/2023 a 31/12/2023.

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 53º 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 Controle de Infecção Hospitalar

Reunião	Membros Ausentes
Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 11/10/2023;	Cyntia Lins, Divaldo Lopes, Rucelly Finamori, Caroline Rangel, Isabella Lima, Rone Cavalcanti e Lilian Carvalho.
Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 24/11/2023;	Cyntia Lins, Divaldo Lopes, Rucelly Finamori, Caroline Rangel, Isabella Lima, Rone Cavalcanti e Lilian Carvalho.
Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 14/12/2023;	Cyntia Lins, Divaldo Lopes, Rucelly Finamori, Caroline Rangel, Isabella Lima, Rone Cavalcanti e Lilian Carvalho.

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

Tabela 17 - 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 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 IV, 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 13/10/2023:

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300214767;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300214991;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300215003;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300214743;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300215500;

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300215492;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300215454;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300214778;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300213803;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300216859;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - HEPAXAX-S (heparina sódica suína) 5000UI/ML - Fab: Blau Farmacêutica S.A - Lote: 23030376 - Val: 28/02/2026;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Curativo Cirúrgico Estéril - Fab: NEVE- Lote: 2210010118B - Val: 09/2027;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Compressa de gaze de algodão - Fab: Luiza;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Atadura de crepom 10cm - Fab: Biotex;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Atadura de crepom 15cm - Fab: Ludan.

Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 13/10/2023:

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300217832;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300215746;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300216845;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300218693;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300218702;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300228271;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300228267;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300228127;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Atadura de crepom 15cm - Fab: Ludan;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Bobina Picotado 50x10cm - Fab: Baplast;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - HEPAXAX-S (heparina sódica suína) 5000UI/ML - Fab: Blau Farmacêutica S.A - Lote: 23030376 - Val: 28/02/2026;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Fita Adesiva - Fab: Cremer - Lote: 8315743381;
- Reação transfusional - notificação NOTIVISA 2023.10.004447.

Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 13/12/2023:

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300228302;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300228285;

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300227750;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300227737;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300228496;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300228069;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300227777;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Frasco coletor de aspiração 1000 ml - Fab: Avazamm - Lote: 1440.33062322;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Frasco coletor de aspiração 1000 ml - Fab: Avazamm;
- Queixa técnica de materiais/medicamentos/equipamentos - Caixa de Pérfuro - Fab: Descarbox - Lote: 8136;
- Reação transfusional - notificação NOTIVISA 2023.11.002010;
- Reação transfusional - notificação NOTIVISA 2023.12.001730.

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 53º 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 18 - 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 V, 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 06/10/2023.

Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 10/11/2023.

Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 07/12/2023.

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 53º 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 19 – 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 06/10/2023;	Eraldo Moura, Rafael Marcelino, Davi Solla e Hannah Marx.
Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 10/11/2023;	Rafael Marcelino, Davi Solla, Milene Aguiar, Jorjéria Araújo e Hannah Marx.
Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 07/12/2023;	Gustavo Campinho, Fabiana Alves, Milene Aguiar, Hebert Queiroz e Sheine Suane Costa.

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

Tabela 20 - 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 VI, 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 27/10/2023.

Ata da 7ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 27/11/2023.

Ata da 8ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 22/12/2023.

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 53º 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 21 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões da Comissão de CIPA

Reunião	Membros Titulares Ausentes
Ata da 9ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 27/10/2023;	Representantes dos Empregados: Patricia Ferreira de Jesus (titular), Robsom Luís Improta Neves (titular), Girlene da Hora Figueiredo (titular), Adalácio Santos Araújo (titular) e Ademilton Silva de J. Ramaccotte (titular). Representantes dos Empregador: Gabriela Fernandes Silva dos Reis (titular), Lídia Leonídia Sant'Anna Neta (titular) e Hebert da Hora Queiroz (titular).
Ata da 10ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 27/11/2023;	Representantes dos Empregados: Patricia Ferreira de Jesus (titular), Girlene da Hora Figueiredo (titular), Adalácio Santos Araújo (titular), Geraldo de Jesus Ferreira (titular), Jailton de Jesus Palma (titular) e Ademilton Silva de J. Ramaccotte (titular). Representantes dos Empregador: Lídia Leonídia Sant'Anna Neta (titular) e Hebert da Hora Queiroz (titular).
Ata da 11ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 22/12/2023;	Representantes dos Empregados: Patricia Ferreira de Jesus (titular), Robsom Luís Improta Neves (titular), Girlene da Hora Figueiredo (titular), Geraldo de Jesus Ferreira (titular), Jailton de Jesus Palma (titular) e Ademilton Silva de J. Ramaccotte (titular). Representantes dos Empregador: Mirela Zeferino Rego Tells (titular), Gabriela Fernandes Silva dos Reis (titular), Paula Beatriz da Paz S. dos Santos (titular), Joana Rita dos Reis Freire (titular), Mabel Mota Vieira Matos (titular), Lídia Leonídia Sant'Anna Neta (titular) e Márcio dos Santos Araújo (titular).

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

Tabela 22 - 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.	
Cliente-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: 24.686

Número de Leitos - dia: 25.576

Total de Saídas do Hospital: 3.596

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: 0,9652 TMP: 6,8648

Intervalo de Substituição: 0,2475 dia

A meta estabelecida para o 53º 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 23 - Quadro-resumo do indicador "2.1 Intervalo de Substituição"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 1 dia	0,2 dia	0,2475 dia

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

Tabela 24 - 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: 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: 320

Total de Saídas do Hospital: 3.596

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 53º 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 25 - Quadro-resumo do indicador "2.2 Índice de Renovação"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 4,9 saídas/leito	13,4	11,24 saídas/leito

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

Tabela 26 - 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: 2.123

Número de Saídas: 2.898

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 fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados se os pacientes que saíram da internação em até 5 dias apresentavam condições clínicas apropriadas para tanto.

Tabela 27 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.3 Índice de Resolubilidade na Internação”

#	Nº do Prontuário	PRON_SEQ	Data do atendimento	Data da alta	Causa da Internação	Causa da Alta	Avaliação
1	13862979	85728	21/12/2023	26/12/2023	Suspeita de AVC isquêmico	Melhora do quadro	✓
2	1427475300	132193	28/09/2023	03/10/2023	Anemia Falciforme - Crise	Melhora do quadro	✓
3	713322608	139527	29/11/2023	04/12/2023	Erisipela	Melhora do Quadro de dor	✓
4	607176024	223045	26/10/2023	31/10/2023	TCE por queda	Melhora do quadro clínico	✓
5	851019668	265275	03/12/2023	08/12/2023	Crise convulsiva e síncope	Melhora de quadro clínico	✓
6	1366496884	306434	11/12/2023	16/12/2023	DM -Processo Infecioso	Melhora do Quadro	✓
7	1380888853	353284	27/10/2023	31/10/2023	Crise convulsiva - AVC	Melhora do Quadro	✓
8	159050143	458951	14/12/2023	19/12/2023	Fratura de Tibia Esquerda	Realização de procedimento cirúrgico e melhora do quadro	✓
9	CN026956081	473503	05/10/2023	10/10/2023	Asma	Melhora de Quadro Clínico	✓
10	CTPS 496366	479277	19/10/2023	24/10/2023	Calculose Renal com Cálculo do ureter	Realização de procedimento cirúrgico e melhora de quadro clínico	✓
11	1254422544	485422	01/11/2023	06/11/2023	Hidronefrose a direita	Realização de procedimento cirúrgico e melhora de quadro clínico	✓
12	2242398563	486961	27/09/2023	02/10/2023	Fratura em Escafoide Esquerdo	Estabilização do quadro	✓
13	413023036	487649	05/10/2023	10/10/2023	Úlcera Gástrica – aguda com perfuração	Realização de procedimento cirúrgico e melhora de quadro clínico	✓
14	822344505	488427	15/10/2023	20/10/2023	Fratura do Rádio Esquerdo	Paciente solicita ata para realização de cirurgia em unidade particular	✓

#	N° do Prontuário	PRON_SEQ	Data do atendimento	Data da alta	Causa da Internação	Causa da Alta	Avaliação
15	204775116	489147	13/11/2023	18/11/2023	Piora neurológica secundária a processo infeccioso	Estabilização de quadro clínico	✓
16	541804901	489727	03/11/2023	08/11/2023	Confusão mental e mioclonias	Evolução do quadro clínico	✓
17	CN 00594201	490153	01/11/2023	06/11/2023	Apendicite Aguda	Realização de procedimento cirúrgico e melhora de quadro clínico	✓
18	326423699	493270	08/12/2023	13/12/2023	AVCi – Aneurisma Cerebral não roto	Estabilização de quadro clínico	✓
19	426276728	493637	12/12/2023	17/12/2023	Pneumonia	Melhora de Quadro Clínico	✓
20	453287654	494382	20/12/2023	25/12/2023	Síndrome neurológica subaguda e Infecção do trato urinário identificada na internação	Melhora do Quadro clínico	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 28 - Quadro-resumo do indicador “2.3 Índice de Resolubilidade na Internação”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 90%	72,3%	73,26%

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

Tabela 29 - 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: 277

Classificação Azul: 11

Classificação Verde: 266

Número total de atendimentos no Serviço de Urgência e Emergência: 6.135

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 fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados se os pacientes cuja classificação de risco corresponde a 1 e 2 apresentavam quadros clínicos condizentes com a classificação.

Tabela 30 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.4 Taxa de atendimento dos usuários em regime de não urgência e emergência”

#	Nº do Prontuário	PRON_SEQ + PACI_SEC	Data do atendimento	Classificação de Risco	Avaliação
1	0481363955	74	22/11/2023 12:20	2	✓
2	0481363955	76	07/12/2023 14:55	1	✓
3	00000000000	953911	23/10/2023 12:01	2	✓
4	00000000000	2203252	10/10/2023 19:40	1	✓
5	00000000000	4900921	01/11/2023 09:59	2	✓
6	CN69080155	4934811	10/12/2023 08:40	2	✓
7	2370082623	4944151	20/12/2023 08:53	2	✓
8	2324886731	4949931	27/12/2023 17:03	2	✓
9	CN:11355780	4951971	30/12/2023 11:50	2	✓
10	0461809583	812693	04/12/2023 17:08	2	✓
11	0814158692	1042569	27/12/2023 08:38	2	✓
12	0171942299	2364502	22/12/2023 18:26	2	✓
13	00074347071	4887554	04/11/2023 12:13	1	✓
14	698515579	389246	31/10/2023 18:20	1	✓
15	2144071950	8472914	29/10/2023 14:12	1	✓
16	0209204230	936846	26/12/2023 13:25	1	✓
17	0096998059	1596865	26/12/2023 00:30	1	✓
18	0718385039	16551517	20/12/2023 01:22	1	✓

#	Nº do Prontuário	PRON_SEQ + PACI_SEC	Data do atendimento	Classificação de Risco	Avaliação
19	0652917356	2044699	15/11/2023 18:18	1	✓
20	0093439970	2132912	13/12/2023 08:00	1	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 31 - 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%	1,6%	4,52%

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

Tabela 32 - 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	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentam um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo 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: 81

Total de Cirurgias de Emergência: 85

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

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

Abaixo, o registro das 5 cirurgias realizadas após 60 minutos desde a notificação:

Tabela 33 – Registro das cirurgias realizadas 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_SEQ)	(ACIC_SEQ)	(ACIR_PRON_SEQ)	(ACDI_TIPO)	(ACIR_DTHR)	(DCIR_DTHR_INI_ANEST)	
26518	126345	488418	E	13/10/2023 12:12	13/10/2023 13:15	62,87
26617	126762	489387	E	24/10/2023 19:59	24/10/2023 21:00	60,30
26859	128205	492660	E	30/11/2023 02:51	30/11/2023 05:00	128,90
26917	128566	493358	E	08/12/2023 03:02	08/12/2023 04:10	67,68

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados se os horários de retirada do anestésico na farmácia e o horário de indução anestésica correspondem ao registrado no sistema.

Tabela 34 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência”

#	Nº do Prontuário	PRON_SEQ + PACI_SEQ	Agenda de Cirurgia (ACIC_SEQ)	Data do Procedimento	Avaliação
1	0440533120	4872842	125886	01/10/2023	✓
2	2203858907	26829412	125910	01/10/2023	✓
3	6273239	4878342	126132	06/10/2023	✓
4	0896913341	4881292	126257	10/10/2023	✓
5	CTPS 401762	4885702	126394	15/10/2023	✓
6	0000000000	4892211	126673	23/10/2023	✓
7	1626223335	4892172	126740	24/10/2023	✓
8	1191385817	4896932	127024	31/10/2023	✓
9	2013377541	4849063	127235	06/11/2023	✓
10	0082846871	4831112	127312	08/11/2023	✓
11	2185498223	4911872	127505	13/11/2023	✓
12	881345474	4899903	127517	13/11/2023	✓
13	2246038251	4910163	127594	16/11/2023	✓
14	20040340489	393404	127741	19/11/2023	✓
15	360081794	4924922	128132	28/11/2023	✓
16	0429235143	4925162	128313	02/12/2023	✓
17	0171216202	4932832	128559	07/12/2023	✓
18	0415331781	4934001	128584	08/12/2023	✓
19	2308729996	4944632	129095	20/12/2023	✓
20	1359274987	4945442	129238	24/12/2023	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 35 - 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%	96,2%	95,3%

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 "2.5 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: 12

Número de saídas da UTI Adulto: 689

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

$$\text{Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)} = \frac{\text{Número de reingressos na UTI adulto em até 24 horas}}{\text{Número de saídas da UTI adulto}}$$

Abaixo, o registro dos 17 reingressos na UTI adulto em menos de 24h desde a última alta:

Tabela 37 - 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 (minutos)	Nome do setor de reingresso
(MOPA_PACI_PRON_SEQ)	(MOPA_PACI_SEQ)	(MOPA_DT_ENTRADA)	(MOPA_DT_SAIDA)	(MOPA_DT_ENTRADA)		(SETO_NOME)
27940	13	08/11/2023 00:00	12/11/2023 15:26	12/11/2023 16:25	58,42	UTI Adulto 1 e 2
431085	8	05/10/2023 14:51	09/10/2023 11:09	09/10/2023 20:32	563,35	UTI Adulto 3
481293	7	23/11/2023 03:07	27/11/2023 12:25	27/11/2023 12:32	7,30	UTI Adulto 1 e 2
485667	5	02/10/2023 00:00	03/10/2023 15:19	03/10/2023 15:38	18,22	UTI Adulto 1 e 2
486756	3	09/10/2023 00:00	15/10/2023 12:43	16/10/2023 12:38	1434,47	UTI Adulto Cirúrgica
487004	2	27/09/2023 22:10	01/10/2023 19:24	02/10/2023 11:58	994,53	UTI Adulto 1 e 2
487648	2	04/10/2023 23:15	10/10/2023 11:27	10/10/2023 11:53	26,17	UTI Adulto Cirúrgica
489819	7	30/11/2023 00:00	03/12/2023 11:14	03/12/2023 11:32	17,13	UTI Adulto 1 e 2
490193	2	04/11/2023 00:28	21/11/2023 01:05	21/11/2023 01:15	10,10	UTI Adulto 1 e 2
52820	5	09/10/2023 09:21	09/10/2023 18:33	09/10/2023 18:35	1,12	UTI Adulto 1 e 2
62581	4	16/12/2023 13:36	21/12/2023 12:31	21/12/2023 18:22	350,92	UTI Adulto 3
493605	2	13/12/2023 15:47	17/12/2023 18:20	18/12/2023 12:01	1060,27	UTI Adulto Cirúrgica

Tabela 38 - Movimentação dos pacientes que reingressaram na UTI adulto em menos de 24h desde a última alta

Identificação Atendimento		Data/hora do ingresso na UTI	Leito ocupado	Nome do setor	Data/hora da saída da UTI	Avaliação
MOPA_PACI_PRON_SEQ	MOPA_PACI_SEQ	MOPA_DT_ENTRADA	MOPA_LEIT_COD	SETO_NOME	MOPA_DT_SAIDA	
27940	13	08/11/2023 00:00	UTA05	UTI Adulto 1 e 2	12/11/2023 15:26	
27940	13	12/11/2023 15:26	A307C	Internação Adulto III	12/11/2023 16:25	
27940	13	12/11/2023 16:25	UTA05	UTI Adulto 1 e 2	14/11/2023 23:59	Reingresso < 24h
431085	8	17/08/2023 23:55	USA07	UTI Adulto 3	26/08/2023 14:30	
431085	8	26/08/2023 14:30	T22A	Internação Adulto Terreo II	11/09/2023 20:34	
431085	8	17/08/2023 23:55	USA07	UTI Adulto 3	26/08/2023 14:30	
431085	8	26/08/2023 14:30	T22A	Internação Adulto Terreo II	11/09/2023 20:34	
431085	8	11/09/2023 20:34	VRE04	Internamento REA	12/09/2023 16:47	
431085	8	12/09/2023 16:47	AT10A	Internação Adulto Terreo	24/09/2023 09:17	
431085	8	24/09/2023 09:17	VAT01	Internação Adulto Terreo	24/09/2023 09:18	
431085	8	24/09/2023 09:18	AT10B	Internação Adulto Terreo	05/10/2023 14:51	
431085	8	05/10/2023 14:51	UTA11	UTI Adulto 1 e 2	09/10/2023 11:09	
431085	8	09/10/2023 11:09	LC01A	Internação Day	09/10/2023 20:32	
431085	8	09/10/2023 20:32	USA15	UTI Adulto 3	13/10/2023 18:55	Reingresso < 24h
481293	7	22/11/2023 18:47	VNB04	Internamento EME	22/11/2023 21:47	
481293	7	22/11/2023 21:47	A304B	Internação Adulto III	23/11/2023 03:07	

Identificação Atendimento		Data/hora do ingresso na UTI	Leito ocupado	Nome do setor	Data/hora da saída da UTI	Avaliação
MOPA_PACI_P RON_SEQ	MOPA_PAC I_SEQ	MOPA_DT_ENTRADA	MOPA_LEIT_ COD	SETO_NOME	MOPA_DT_SAIDA	
481293	7	23/11/2023 03:07	UTA20	UTI Adulto 1 e 2	27/11/2023 12:25	
481293	7	27/11/2023 12:25	T29B	Internação Adulto Terreo II	27/11/2023 12:32	
481293	7	27/11/2023 12:32	UTA20	UTI Adulto 1 e 2	27/11/2023 13:36	Reingresso < 24h
481293	7	27/11/2023 13:36	T29B	Internação Adulto Terreo II	30/11/2023 08:52	
481293	7	30/11/2023 08:52	T28B	Internação Adulto Terreo II	03/12/2023 13:37	

485667	5	02/10/2023 00:00	UTC09	UTI Adulto Cirúrgica	03/10/2023 15:19	
485667	5	03/10/2023 15:19	AT03C	Internação Adulto Terreo	03/10/2023 15:38	
485667	5	03/10/2023 15:38	UTA06	UTI Adulto 1 e 2	11/10/2023 23:59	Reingresso <24h

486756	3	09/10/2023 00:00	USA05	UTI Adulto 3	15/10/2023 12:43	
486756	3	15/10/2023 12:43	A3IS1	Internação Adulto III	16/10/2023 12:38	
486756	3	16/10/2023 12:38	UTC10	UTI Adulto Cirúrgica	24/10/2023 19:22	Reingresso < 24h

487004	2	27/09/2023 21:56	VRE01	Internamento REA	27/09/2023 22:10	
487004	2	27/09/2023 22:10	USA03	UTI Adulto 3	01/10/2023 19:24	
487004	2	01/10/2023 19:24	A305C	Internação Adulto III	02/10/2023 00:44	
487004	2	02/10/2023 00:44	VRE01	Internamento REA	02/10/2023 11:58	
487004	2	02/10/2023 11:58	UTA01	UTI Adulto 1 e 2	09/10/2023 09:43	Reingresso < 24h
487004	2	09/10/2023 09:43	A205B	Internação Adulto II	11/10/2023 15:42	
487004	2	11/10/2023 15:42	VAT01	Internação Adulto Terreo	11/10/2023 15:42	
487004	2	11/10/2023 15:42	A307B	Internação Adulto III	13/10/2023 22:47	
487004	2	13/10/2023 22:47	VRE01	Internamento REA	14/10/2023 12:20	
487004	2	14/10/2023 12:20	UTA09	UTI Adulto 1 e 2	16/10/2023 12:04	
487004	2	16/10/2023 12:04	AT06B	Internação Adulto Terreo	25/10/2023 13:14	

487648	2	04/10/2023 17:09	VCC70	Centro Cirúrgico	04/10/2023 23:15	
487648	2	04/10/2023 23:15	UTC06	UTI Adulto Cirúrgica	10/10/2023 11:27	
487648	2	10/10/2023 11:27	A207A	Internação Adulto II	10/10/2023 11:53	
487648	2	10/10/2023 11:53	UTC06	UTI Adulto Cirúrgica	10/10/2023 12:01	Reingresso < 24h
487648	2	10/10/2023 12:01	A207A	Internação Adulto II	12/10/2023 23:59	

489819	7	30/11/2023 00:00	UTA08	UTI Adulto 1 e 2	03/12/2023 11:14	
489819	7	03/12/2023 11:14	A409A	Internação Adulto IV	03/12/2023 11:32	
489819	7	03/12/2023 11:32	UTA08	UTI Adulto 1 e 2	03/12/2023 11:37	Reingresso < 24h
489819	7	03/12/2023 11:37	A409A	Internação Adulto IV	03/12/2023 12:54	
489819	7	03/12/2023 12:54	UTA08	UTI Adulto 1 e 2	03/12/2023 13:06	Reingresso < 24h
489819	7	03/12/2023 13:06	A409A	Internação Adulto IV	03/12/2023 13:13	
489819	7	03/12/2023 13:13	UTA18	UTI Adulto 1 e 2	03/12/2023 13:36	Reingresso < 24h
489819	7	03/12/2023 13:36	A409A	Internação Adulto IV	09/12/2023 13:10	
489819	7	09/12/2023 13:10	A409C	Internação Adulto IV	13/12/2023 13:07	

490193	2	02/11/2023 22:25	VNB02	Internamento EME	02/11/2023 23:04	
--------	---	------------------	-------	------------------	------------------	--

Identificação Atendimento		Data/hora do ingresso na UTI	Leito ocupado	Nome do setor	Data/hora da saída da UTI	Avaliação
MOPA_PACI_P RON_SEQ	MOPA_PACI_SEQ	MOPA_DT_ENTRADA	MOPA_LEIT_COD	SETO_NOME	MOPA_DT_SAIDA	
490193	2	02/11/2023 23:04	A207A	Internação Adulto II	04/11/2023 00:28	
490193	2	04/11/2023 00:28	UTA09	UTI Adulto 1 e 2	21/11/2023 01:05	
490193	2	21/11/2023 01:05	A302C	Internação Adulto III	21/11/2023 01:15	
490193	2	21/11/2023 01:15	UTA09	UTI Adulto 1 e 2	21/11/2023 23:59	Reingresso < 24h

493605	2	11/12/2023 15:38	VNB03	Internamento EME	12/12/2023 21:56	
493605	2	12/12/2023 21:56	VRE01	Internamento REA	13/12/2023 15:47	
493605	2	13/12/2023 15:47	UTA08	UTI Adulto 1 e 2	17/12/2023 18:20	
493605	2	17/12/2023 18:20	T21B	Internação Adulto Terreo II	18/12/2023 12:01	
493605	2	18/12/2023 12:01	UTC05	UTI Adulto Cirúrgica	19/12/2023 19:10	Reingresso < 24h

52820	5	09/10/2023 09:21	UTA19	UTI Adulto 1 e 2	09/10/2023 18:33	
52820	5	09/10/2023 18:33	A101C	Internação Adulto I	09/10/2023 18:35	
52820	5	09/10/2023 18:35	UTA19	UTI Adulto 1 e 2	13/10/2023 15:44	Reingresso < 24h

62581	4	16/12/2023 12:31	VRE01	Internamento REA	16/12/2023 13:36	
62581	4	16/12/2023 13:36	UTA17	UTI Adulto 1 e 2	21/12/2023 12:31	
62581	4	21/12/2023 12:31	AT07A	Internação Adulto Terreo	21/12/2023 18:22	
62581	4	21/12/2023 18:22	USA18	UTI Adulto 3	31/12/2023 16:14	Reingresso < 24h

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 25 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados se as saídas anteriores ao reingresso são decorrentes de alta médica ou erro de registro.

Tabela 39 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)”

#	Nº do Prontuário	Paciente	Data do reingresso	Avaliação
1	0214079597	12974310	26/10/2023 14:01	✓
2	272220809	2794013	12/11/2023 16:25	✓
3	0114264899	4310858	09/10/2023 20:32	✓
4	0689437170	4510444	01/11/2023 21:31	✓
5	0277624088	4634374	09/10/2023 13:37	✓
6	66437633	46898720	30/11/2023 16:55	✓
7	0378305115	4812937	27/11/2023 12:32	✓
8	2450413383	4854445	01/12/2023 10:52	✓
9	0461478706	4856675	03/10/2023 15:38	✓
10	0925695440	4867563	16/10/2023 12:38	✓
11	1424114691	4870042	02/10/2023 11:58	✓
12	0525565140	4876482	10/10/2023 11:53	✓
13	0252338064	4898197	03/12/2023 11:32	✓
14	0252338064	4898197	03/12/2023 12:54	✓
15	0252338064	4898197	03/12/2023 13:13	✓
16	0325210900	4901932	21/11/2023 01:15	✓
17	0122425944	4905932	07/11/2023 13:12	✓
18	0143676962	4925382	05/12/2023 00:00	✓
19	0143676962	4925383	12/12/2023 00:00	✓

#	Nº do Prontuário	Paciente	Data do reingresso	Avaliação
20	0143676962	4925384	19/12/2023 00:00	✓
21	0183587995	4936052	18/12/2023 12:01	✓
22	0907357300	528205	09/10/2023 18:35	✓
23	0493762922	625814	21/12/2023 18:22	✓
24	0206545703	1569444	21/11/2023 11:55	✓
25	0392090406	17429616	23/12/2023 00:24	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 40 - 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%	0,3%	1,74%

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 “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)	✓ 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.	

2.7 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: 602

Número total de cirurgias realizados dentro de Centro Cirúrgico: 602

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

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados se os checklists foram efetivamente preenchidos e anexados ao prontuário.

Tabela 42 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura”

#	Nº do Prontuário	PRON_SEQ	Checklist	Data do Procedimento	Avaliação
1	012732CN	487275	242977	01/10/2023 07:53	✓
2	2328681077	487432	243350	03/10/2023 23:10	✓
3	0054873827	485420	243723	06/10/2023 12:14	✓
4	0000000000	486083	243861	07/10/2023 23:05	✓
5	0208703454	101263	244460	12/10/2023 13:17	✓
6	0312078200	109020	244778	15/10/2023 17:20	✓
7	594967112	488583	245016	17/10/2023 14:04	✓
8	2054481602	116168	245186	18/10/2023 20:14	✓
9	0090373065	488172	245372	20/10/2023 06:56	✓
10	2004371358	487769	246088	26/10/2023 08:40	✓
11	698515579	38924	246784	01/11/2023 09:53	✓
12	1566071232	4956	247233	05/11/2023 11:30	✓
13	60654401	490676	247635	08/11/2023 15:07	✓
14	794541518	373342	247997	11/11/2023 20:39	✓
15	2233402359	491218	248358	14/11/2023 20:45	✓
16	0051878690	122929	249365	22/11/2023 16:20	✓
17	2405702940	493427	251700	10/12/2023 09:23	✓
18	1375135937	51399	252504	15/12/2023 23:41	✓

#	Nº do Prontuário	PRON_SEQ	Checklist	Data do Procedimento	Avaliação
19	V084142-Y	489387	253298	21/12/2023 14:54	✓
20	1359274987	494544	253396	22/12/2023 08:00	✓
1	012732CN	487275	242977	01/10/2023 07:53	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 43 - 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%	100%	100%

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

Tabela 44 - 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	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado correspondente à meta mínima estabelecida para o indicador, concluímos pelo 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 dissecação 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: 121, em 1.652,35 minutos – média de 13,65 minutos

Total de exames de Tomografia para Politrauma, TCE, Abdômen Agudo Obstrutivo, Embolia Pulmonar e Dissecção de aorta: 71, em 667,98 minutos – média de 9,41 minutos.

Total de exames de Tomografia para demais casos: 2.459, em 215.339,50 minutos – média de 87,57 minutos

Desses exames, contudo, apesar da média de tempo ser inferior ao limite definido na ficha técnica, foram identificados exames realizados em tempo superior à meta. Vide abaixo:

Total de exames de Tomografia para AVC após 45 minutos: 3 (2%)

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: 40 (2%)

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 3 exames cujo resultado foi emitido após o limite de 45 minutos:

Tabela 45 – Exames de tomografia “AVC” com resultado após mais de 45 minutos

Identificação Atendimento (SECA_PRO N_SEQ) (SECA_SEQ)		Registro da solicitação do exame (SECA_REC N_REGISTRO)	Data/hora da solicitação do exame (SECA_DTHR)	Data/hora do débito (DPCA_DT_CADASTRO)	Tempo entre solicitação do exame e laudo (horas)	Tipo de exame (SECA_IND_SIS TEMA_SADT)	Motivação do exame (SEXP_DESC)
491334	1239632	22645	15/11/2023 12:27	15/11/2023 14:26	118,68	TOMO	Suspeita AVC Agudo
491334	1239633	22645	15/11/2023 12:28	15/11/2023 14:26	117,73	TOMO	Suspeita AVC Agudo
24434	1245659	25008	11/12/2023 20:56	12/12/2023 00:51	235,10	TOMO	Suspeita AVC Agudo

Abaixo, o registro dos 40 exames cujo resultado foi emitido após o limite de 45 minutos:

Tabela 46 – Exames de tomografia “outros” com resultado após mais de 6 horas

Identificação Atendimento (SECA_PRO N_SEQ) (SECA_SEQ)		Registro da solicitação do exame (SECA_REC N_REGISTRO)	Data/hora da solicitação do exame (SECA_DTHR)	Data/hora do débito (DPCA_DT_CADASTRO)	Tempo entre solicitação do exame e laudo (horas)	Tipo de exame (SECA_IND_SIS TEMA_SADT)	Motivação do exame (SEXP_DESC)
479608	1229601	36863	01/10/2023 21:14	02/10/2023 18:12	1257,68	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
487957	1231152	36863	08/10/2023 16:34	08/10/2023 22:52	377,77	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
488122	1231686	26069	10/10/2023 18:01	11/10/2023 15:21	1280,32	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
488668	1233040	18802	16/10/2023 23:00	17/10/2023 08:58	597,93	TOMO	Vítimas de trauma (exceto Rota 1)
488975	1233925	37617	20/10/2023 12:16	21/10/2023 11:48	1411,83	TOMO	Outros
27940	1234867	38808	24/10/2023 17:42	25/10/2023 04:22	640,33	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
489649	1235540	33403	27/10/2023 12:18	28/10/2023 10:39	1340,87	TOMO	Outros
489727	1235748	36394	28/10/2023 12:04	28/10/2023 21:32	568,18	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
398173	1236890	36863	02/11/2023 14:00	02/11/2023 22:03	482,60	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
490982	1238705	19569	10/11/2023 23:16	11/11/2023 08:25	548,73	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência

Identificação Atendimento (SECA_PRO N_SEQ) (SECA_SEQ)		Registro da solicitação do exame (SECA_REC N_REGISTRO)	Data/hora solicitação do exame (SECA_DTHR)	Data/hora do débito (DPCA_DT_CADASTRO)	Tempo entre solicitação do exame e laudo (horas)	Tipo de exame (SECA_I ND_SIS TEMA_SADT)	Motivação do exame (SEXP_DESC)
319704	1238834	36863	11/11/2023 17:09	12/11/2023 17:06	1436,18	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
491595	1240491	26069	19/11/2023 11:02	19/11/2023 17:11	368,92	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
329672	1241076	26860	21/11/2023 18:25	22/11/2023 08:36	850,90	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
492251	1242013	35031	25/11/2023 19:02	26/11/2023 05:11	609,47	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
492670	1243060	36863	30/11/2023 08:15	01/12/2023 04:53	1237,73	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
492742	1243408	17920	01/12/2023 13:41	04/12/2023 09:49	4087,55	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
490865	1243499	36863	01/12/2023 21:07	03/12/2023 16:55	2627,13	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
474883	1243515	36863	01/12/2023 23:02	02/12/2023 06:03	420,45	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
329080	1243596	8782	02/12/2023 12:15	05/12/2023 19:15	4740,13	TOMO	Outros
492958	1243843	38546	03/12/2023 22:20	04/12/2023 04:49	388,62	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
492956	1244853	17251	08/12/2023 10:44	08/12/2023 18:38	473,92	TOMO	Outros
493406	1244928	25127	08/12/2023 19:00	09/12/2023 03:53	533,02	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
493450	1245210	36718	10/12/2023 09:45	10/12/2023 16:09	383,95	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
493662	1245786	27484	12/12/2023 12:02	12/12/2023 22:02	600,70	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
493674	1245814	36718	12/12/2023 14:21	13/12/2023 23:06	1965,02	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
494077	1246693	38546	15/12/2023 19:03	16/12/2023 08:54	831,25	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
243611	1246733	23276	15/12/2023 22:46	16/12/2023 10:07	681,22	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
365102	1246758	23276	16/12/2023 06:23	17/12/2023 10:30	1686,82	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
150249	1248000	35940	21/12/2023 11:06	21/12/2023 18:29	443,90	TOMO	Outros
494534	1248150	35940	21/12/2023 18:32	22/12/2023 08:23	830,75	TOMO	Outros
494805	1248988	16349	25/12/2023 21:35	26/12/2023 20:05	1349,47	TOMO	Vítimas de trauma (exceto Rota 1)
494812	1249006	38336	25/12/2023 23:47	26/12/2023 06:05	377,45	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
458462	1249284	36863	27/12/2023 07:56	27/12/2023 15:17	440,68	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
494923	1249292	37719	27/12/2023 08:15	27/12/2023 16:03	468,23	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
152854	1249372	36863	27/12/2023 10:53	27/12/2023 23:27	753,42	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
152854	1249425	27475	27/12/2023 14:17	27/12/2023 23:26	549,27	TOMO	Abdome agudo não obstrutivo
494996	1249523	20146	27/12/2023 19:06	28/12/2023 10:02	895,87	TOMO	Abdome agudo não obstrutivo
65276	1249592	21843	28/12/2023 08:44	30/12/2023 00:17	2372,60	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
53062	1249668	21843	28/12/2023 11:56	30/12/2023 14:02	3005,73	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência
490979	1249802	35723	28/12/2023 21:35	30/12/2023 14:02	2426,65	TOMO	Pacientes em atendimento na emergência

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados se os laudos foram anexados e se os horários correspondem ao registrado no sistema.

Tabela 47 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia”

#	Nº do Prontuário	PRON_SEQ	Solicitação do exame	Avaliação
1	0156795868	382224	1229876	✓
2	0234964600	158134	1229908	✓
3	0083091912	490023	1236500	✓
4	0075452740	491334	1239633	✓
5	0440563380	492464	1242683	✓
6	2043208527	491188	1239218	✓
7	0209082100	479608	1229601	✓
8	129190551	488975	1233925	✓
9	1151628441	489649	1235540	✓
10	1204798508	319704	1238834	✓
11	04532083	491811	1241024	✓
12	271729880	492742	1243408	✓
13	0152717307	490865	1243499	✓
14	0579143627	329080	1243596	✓
15	0189726083	493674	1245814	✓
16	0877387400	365102	1246758	✓
17	0898194032	494805	1248988	✓
18	0112376436	65276	1249592	✓
19	0354388789	53062	1249668	✓
20	0946306826	490979	1249802	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 48 - 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	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta máxima estabelecida, concluímos pelo 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: 54

Número de pacientes/dia: 4.545

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

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

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 (dias)	Descrição do setor	Cód. Da infecção	Descrição da infecção
(INHO_P RON_SE Q)	(INHO_COD _PACIENTE)	(INHO_SE Q)	(INHO_DTHR)	(MOPA_DT_ENTRA DA)		(INHO_SETO_C OD)	(INHO_SIPR _SEQ)	(SIPR_DESC_COMPLETA)
431085	15105701	10531	01/10/2023	17/08/2023	44,00	1719	8	Infecção do trato urinário
473520	2502680A	10577	01/10/2023	24/09/2023	7,00	2115	18	Infecção do trato respiratório inferior
485792	27110501	10586	01/10/2023	13/09/2023	17,16	2115	18	Infecção do trato respiratório inferior
485605	17037601	10534	05/10/2023	26/09/2023	9,00	2115	18	Infecção do trato respiratório inferior
481344	08057806	10538	07/10/2023	19/09/2023	17,08	2115	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
486714	13025211	10556	07/10/2023	25/09/2023	11,20	1707	9	Infecção de sítio cirúrgico
487304	14125311	10554	08/10/2023	01/10/2023	6,16	2115	8	Infecção do trato urinário
309766	03083711	10642	11/10/2023	06/10/2023	4,54	2115	18	Infecção do trato respiratório inferior
486141	22079801	10532	11/10/2023	19/09/2023	21,45	1719	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
487668	08046714	10541	11/10/2023	05/10/2023	5,99	2112	8	Infecção do trato urinário

Identificação do paciente (INHO_P RON_SE Q)	Registro da infecção (INHO_COD _PACIENTE)	Data de diagnóstico da infecção (INHO_SE Q)	Data de diagnóstico da infecção (INHO_DTHR)	Data de admissão na UTI (MOPA_DT_ENTRA DA)	Tempo entre admissão em UTI e diagnóstico de infecção (dias)	Descrição do setor (INHO_SETO_C OD)	Cód. Da infecção (INHO_SIPR _SEQ)	Descrição da infecção (SIPR_DESC_COMPLETA)
485897	26125214	10533	12/10/2023	03/10/2023	8,09	1719	8	Infecção do trato urinário
486714	13025212	10581	13/10/2023	25/09/2023	17,20	1704	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
481344	08057809	10589	14/10/2023	19/09/2023	24,08	2115	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
486779	26094312	10582	20/10/2023	28/09/2023	21,23	2113	8	Infecção do trato urinário
487651	18046401	10614	22/10/2023	13/10/2023	8,36	1702	18	Infecção do trato respiratório inferior
486350	17114411	10569	25/10/2023	29/09/2023	26,00	2115	8	Infecção do trato urinário
81197	18076815	10570	26/10/2023	23/09/2023	32,14	1721	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
488276	05025801	10592	26/10/2023	14/10/2023	11,11	2113	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
485872	15065103	10617	29/10/2023	15/10/2023	13,46	2113	18	Infecção do trato respiratório inferior
486779	26094312	10609	30/10/2023	28/09/2023	31,23	2115	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
488719	20104611	10640	31/10/2023	26/10/2023	4,32	2113	18	Infecção do trato respiratório inferior
489663	20067312	10613	05/11/2023	01/11/2023	3,04	2115	18	Infecção do trato respiratório inferior
485827	25029618	10622	06/11/2023	29/09/2023	38,00	2112	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
489212	19017604	10591	06/11/2023	22/10/2023	14,07	2112	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
487280	27055507	10621	07/11/2023	19/10/2023	18,26	2112	18	Infecção do trato respiratório inferior
2151	01064511	10597	09/11/2023	03/10/2023	36,39	1703	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
488475	12064011	10593	09/11/2023	17/10/2023	22,51	1719	8	Infecção do trato urinário
490382	26075801	10633	09/11/2023	04/11/2023	4,32	1703	18	Infecção do trato respiratório inferior
156556	06125207	10634	10/11/2023	11/10/2023	29,38	2112	8	Infecção do trato urinário
123982	01064602	10638	14/11/2023	04/10/2023	40,30	2112	18	Infecção do trato respiratório inferior
274909	15045716	10655	15/11/2023	05/11/2023	9,01	1719	18	Infecção do trato respiratório inferior
423682	20034001	10626	17/11/2023	30/10/2023	17,42	2112	8	Infecção do trato urinário
81197	18076815	10616	19/11/2023	23/09/2023	56,14	2112	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
220020	22074915	10652	22/11/2023	07/11/2023	14,40	1701	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
289772	08065401	10639	23/11/2023	16/11/2023	6,50	2112	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
490382	26075801	10631	24/11/2023	04/11/2023	19,32	1719	8	Infecção do trato urinário
488719	20104611	10615	25/11/2023	26/10/2023	29,32	1704	8	Infecção do trato urinário
81197	18076815	10653	26/11/2023	23/09/2023	63,14	2112	18	Infecção do trato respiratório inferior
122929	17074901	10659	26/11/2023	22/11/2023	3,03	2115	8	Infecção do trato urinário

Identificação do paciente (INHO_P RON_SE Q)	Registro da infecção (INHO_COD _PACIENTE)	Data de diagnóstico da infecção (INHO_SE Q)	Data de diagnóstico da infecção (INHO_DTHR)	Data de admissão na UTI (MOPA_DT_ENTRADA)	Tempo entre admissão em UTI e diagnóstico de infecção (dias)	Descrição do setor (INHO_SETO_C OD)	Cód. Da infecção (INHO_SIPR _SEQ)	Descrição da infecção (SIPR_DESC_COMPLETA)
491857	16093911	10651	27/11/2023	22/11/2023	4,36	2113	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
491592	15044503	10650	28/11/2023	19/11/2023	8,98	2113	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
367488	05015711	10672	29/11/2023	28/10/2023	31,41	2115	8	Infecção do trato urinário
70972	24053912	10673	01/12/2023	19/11/2023	11,27	1701	18	Infecção do trato respiratório inferior
490865	24065102	10668	01/12/2023	15/11/2023	15,48	1702	8	Infecção do trato urinário
491830	25014301	10665	02/12/2023	21/11/2023	10,24	1721	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
492202	03039201	10678	02/12/2023	25/11/2023	6,52	2113	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
175440	30065014	10663	05/12/2023	15/11/2023	19,23	1719	8	Infecção do trato urinário
489542	05055411	10664	06/12/2023	20/11/2023	15,40	1721	8	Infecção do trato urinário
488719	20104611	10661	07/12/2023	26/10/2023	41,32	1719	11	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
492492	14105601	10666	07/12/2023	28/11/2023	8,39	1721	18	Infecção do trato respiratório inferior
468987	04103803	10676	10/12/2023	12/11/2023	27,16	2115	18	Infecção do trato respiratório inferior
492773	11022311	10670	11/12/2023	06/12/2023	4,39	1702	8	Infecção do trato urinário
492860	13084211	10687	12/12/2023	02/12/2023	9,35	2112	8	Infecção do trato urinário
122929	17074901	10683	16/12/2023	22/11/2023	23,03	1719	8	Infecção do trato urinário

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados os resultados dos exames de hemocultura, a fim de identificar se houve outros casos das infecções descritas nessa ficha técnica não registrados no sistema.

Tabela 50 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto”

#	Nº do Prontuário	Paciente	Data do Laudo	Exame	Avaliação
1	0454147503	4872981	06/10/2023 09:39:58	HEMOCULTURA	✓
2	0052336310	4874341	07/10/2023 09:19:13	HEMOCULTURA	✓
3	0156795868	3822246	09/10/2023 09:57:56	HEMOCULTURA	✓
4	0438172116	811976	03/12/2023 16:40:33	HEMOCULTURA	✓
5	0059180155	4926402	05/12/2023 09:05:55	HEMOCULTURA	✓
6	1594972303	4861998	06/12/2023 09:44:28	HEMOCULTURA	✓
7	851549	4899372	07/12/2023 09:27:43	HEMOCULTURA	✓
8	0161104711	2813705	09/12/2023 14:43:38	HEMOCULTURA	✓
9	94409250	4756903	31/10/2023 10:17:19	HEMOCULTURA	✓
10	0156202719	4803873	01/11/2023 10:05:33	HEMOCULTURA	✓
11	0070210110	4002325	13/11/2023 09:45:33	HEMOCULTURA	✓
12	2410791	4900372	14/11/2023 09:28:17	HEMOCULTURA	✓
13	0481219161	4867794	17/11/2023 09:29:14	HEMOCULTURA	✓
14	0551416769	654322	20/11/2023 09:51:01	HEMOCULTURA	✓
15	0499019903	3091912	20/11/2023 08:37:59	HEMOCULTURA	✓
16	0348740115	4896913	23/11/2023 10:07:03	HEMOCULTURA	✓
17	2362474330	2727606	14/10/2023 08:32:16	HEMOCULTURA	✓

#	Nº do Prontuário	Paciente	Data do Laudo	Exame	Avaliação
18	0156795868	3822247	16/10/2023 09:41:01	HEMOCULTURA	✓
19	1540657574	46627714	21/10/2023 12:58:45	HEMOCULTURA	✓
20	2090936924	2205977	21/10/2023 13:19:23	HEMOCULTURA	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 51 - 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	9,9/1.000	11,88/1.000

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

Tabela 52 - 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: 13

Número de CVC/dia: 3.672

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

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

Identificação do paciente (INHO_PRO N_SEQ)	(INHO_CO D_PACIENT E)	Registro da infecção (INHO_SEQ)	Data de diagnóstico da infecção (INHO_DTHR)	Data do primeiro uso de CATETECEN (Min of CPPI_CPPEC D T)	Primeira admissão na UTI	Setor (SETO_NOME)	Cód. Da infecção INHO_RE CN_REGI STRO	Descrição da infecção (SIPR_DESC_COMPLETA)
2151	1064511	10597	09/11/2023	03/10/2023	45202	UTI Adulto 1 e 2	23492	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
492202	3039201	10678	02/12/2023	25/11/2023	45255	UTI Adulto Cirúrgica	29688	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
486756	6096213	10535	04/10/2023	01/10/2023	45201	UTI Adulto 3	21843	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
481344	8057806	10538	07/10/2023	01/10/2023	45188	UTI Adulto 1 e 2	37719	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
289772	8065401	10639	23/11/2023	16/11/2023	45246	UTI Adulto 1 e 2	36863	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
491592	15044503	10650	28/11/2023	19/11/2023	45249	UTI Adulto Cirúrgica	23276	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
491857	16093911	10651	27/11/2023	22/11/2023	45252	UTI Adulto Cirúrgica	24844	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
489212	19017604	10591	06/11/2023	22/10/2023	45221	UTI Adulto 1 e 2	38286	Infecção Primária da Corrente Sanguínea

Identificação do paciente		Registro da infecção	Data de diagnóstico da infecção	Data do primeiro uso de CATETECEN	Primeira admissão na UTI	Sector	Cód. Da infecção	Descrição da infecção
(INHO_PRO_N_SEQ)	(INHO_CO_D_PACIENTE)	(INHO_SEQ)	(INHO_DTHR)	(Min of CPPI_CPPEC_DT)		(SETO_NOME)	INHO_RECN_REGISTRO	(SIPR_DESC_COMPLETA)
488719	20104611	10661	07/12/2023	18/10/2023	45225	UTI Adulto Cirúrgica	40872	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
486141	22079801	10532	11/10/2023	01/10/2023	45188	UTI Adulto 3	38808	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
490865	24065101	10656	15/11/2023	10/11/2023	45245	UTI Adulto 3	36466	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
491830	25014301	10665	02/12/2023	21/11/2023	45251	UTI Adulto 3	27484	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
486779	26094312	10609	30/10/2023	01/10/2023	45197	UTI Adulto 3	36749	Infecção Primária da Corrente Sanguínea

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados os resultados dos exames de hemocultura, a fim de identificar se houve outros casos das infecções de corrente sanguínea não registrados no sistema.

Tabela 54 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto”

#	Nº do Prontuário	Paciente	Data do Laudo	Exame	Avaliação
1	0454147503	4872981	06/10/2023 09:39:58	HEMOCULTURA	✓
2	0052336310	4874341	07/10/2023 09:19:13	HEMOCULTURA	✓
3	0156795868	3822246	09/10/2023 09:57:56	HEMOCULTURA	✓
4	0438172116	811976	03/12/2023 16:40:33	HEMOCULTURA	✓
5	0059180155	4926402	05/12/2023 09:05:55	HEMOCULTURA	✓
6	1594972303	4861998	06/12/2023 09:44:28	HEMOCULTURA	✓
7	851549	4899372	07/12/2023 09:27:43	HEMOCULTURA	✓
8	0161104711	2813705	09/12/2023 14:43:38	HEMOCULTURA	✓
9	94409250	4756903	31/10/2023 10:17:19	HEMOCULTURA	✓
10	0156202719	4803873	01/11/2023 10:05:33	HEMOCULTURA	✓
11	0070210110	4002325	13/11/2023 09:45:33	HEMOCULTURA	✓
12	2410791	4900372	14/11/2023 09:28:17	HEMOCULTURA	✓
13	0481219161	4867794	17/11/2023 09:29:14	HEMOCULTURA	✓
14	0551416769	654322	20/11/2023 09:51:01	HEMOCULTURA	✓
15	0499019903	3091912	20/11/2023 08:37:59	HEMOCULTURA	✓
16	0348740115	4896913	23/11/2023 10:07:03	HEMOCULTURA	✓
17	2362474330	2727606	14/10/2023 08:32:16	HEMOCULTURA	✓
18	0156795868	3822247	16/10/2023 09:41:01	HEMOCULTURA	✓
19	1540657574	46627714	21/10/2023 12:58:45	HEMOCULTURA	✓
20	2090936924	2205977	21/10/2023 13:19:23	HEMOCULTURA	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 55 - 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	3.5/1.000	3,54/1.000

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

Tabela 56 - 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 superior à meta máxima estabelecida, 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: 178

Total de saídas das unidades de internação: 3.599

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

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

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

Tabela 57 - Registro dos casos de óbito decorridas as primeiras 24 horas de internação

Identificação do paciente (MOPA_PACI_PRO N_SEQ)	(MOPA_PACI _SEQ)	Data de admissão na primeira internação (Min of MOPA_DT_ENTRADA)	Data do óbito (Max of MOPA_DT_SAIDA)	Sector de UTI (MOPA_SETO COD)	Tempo entre intern. e óbito (dias)
2151	5	31/10/2023 22:07	10/11/2023 08:44	1703	31,32
4811	10	11/11/2023 14:57	13/11/2023 08:23	2115	1,59
18570	4	20/12/2023 00:57	24/12/2023 17:20	2113	3,73
27940	14	15/11/2023 00:00	24/11/2023 12:57	2112	9,43
52820	5	09/10/2023 18:35	13/10/2023 15:44	2112	4,19
62581	4	21/12/2023 18:22	31/12/2023 16:14	2115	15,12
74780	13	17/12/2023 11:04	17/12/2023 14:41	1704	9,53
81197	8	05/12/2023 00:00	09/12/2023 13:19	2112	4,45
101263	5	17/10/2023 13:37	18/10/2023 20:44	2115	7,13
103587	6	08/12/2023 00:00	15/12/2023 13:13	2115	7,49
109020	5	21/10/2023 00:00	01/11/2023 06:22	2115	11,25
117630	19	12/12/2023 23:58	24/12/2023 13:13	1719	11,71
123982	13	10/12/2023 00:00	16/12/2023 06:28	2112	6,08
129743	10	30/10/2023 02:21	08/11/2023 09:08	1703	12,74
138934	8	03/10/2023 00:00	07/10/2023 21:43	2112	4,76
156556	16	20/11/2023 00:00	23/11/2023 02:35	2112	3,05
161343	11	06/10/2023 00:00	10/10/2023 07:16	2112	4,29
164873	3	24/12/2023 10:43	24/12/2023 14:09	1729	8,97
169234	10	19/10/2023 00:00	28/10/2023 17:32	2115	9,69
169744	8	19/10/2023 00:02	27/10/2023 13:27	2115	8,50
195852	7	26/10/2023 09:27	29/10/2023 00:58	1719	2,72
220020	30	29/11/2023 00:00	01/12/2023 05:34	2113	2,14
226397	6	09/10/2023 10:26	10/10/2023 10:24	1701	8,37
228461	6	07/10/2023 10:59	09/10/2023 07:49	2112	1,86
263998	3	05/12/2023 21:05	09/12/2023 18:15	2113	3,95
274909	22	30/11/2023 22:24	05/12/2023 16:32	1719	29,70
280362	6	16/10/2023 14:37	17/10/2023 12:49	2115	2,09
289772	5	25/11/2023 00:00	28/11/2023 22:35	2112	3,87
293660	18	15/11/2023 12:24	16/11/2023 05:57	2115	9,14
309191	3	16/11/2023 17:55	28/11/2023 02:03	1721	12,23
309766	12	01/12/2023 00:00	06/12/2023 15:36	2115	5,62
319704	7	26/11/2023 00:00	04/12/2023 17:36	2115	8,72
329672	4	28/11/2023 08:58	05/12/2023 19:34	2112	14,08
331316	11	01/10/2023 13:44	07/10/2023 06:57	1721	5,53
343058	9	20/12/2023 17:11	28/12/2023 05:45	2112	12,60
352628	7	20/12/2023 17:46	29/12/2023 01:59	2113	8,30
363264	6	06/12/2023 23:26	07/12/2023 09:59	1703	30,41
367488	5	27/11/2023 11:33	06/12/2023 23:26	2115	40,96
371587	7	29/09/2023 11:38	04/10/2023 11:46	2115	18,55
378353	10	26/11/2023 03:01	16/12/2023 05:12	2112	26,01
397329	14	18/11/2023 16:50	19/11/2023 11:36	1721	16,62
409190	3	24/10/2023 22:47	04/11/2023 16:27	1721	10,74
420579	6	23/11/2023 17:21	27/11/2023 12:51	1719	15,40
421738	52	28/11/2023 23:44	23/12/2023 13:17	1719	24,55
423682	8	27/11/2023 23:38	28/11/2023 09:46	1703	14,35
430565	4	25/10/2023 16:00	02/11/2023 20:54	2115	22,33
431085	8	09/10/2023 20:32	13/10/2023 18:55	2115	56,71
449023	11	08/10/2023 00:00	12/10/2023 11:02	2115	4,39
449553	6	20/11/2023 17:59	29/11/2023 14:44	2112	9,74
449983	12	09/11/2023 00:00	12/11/2023 09:06	2112	3,11
450658	3	25/11/2023 14:05	27/11/2023 10:24	2115	1,74
451140	6	16/12/2023 18:01	26/12/2023 14:53	2115	9,95

Identificação do paciente (MOPA_PACI_PRO N_SEQ) (MOPA_PACI_SEQ)		Data de admissão na primeira internação (Min MOPA_DT_ENTRADA) of	Data do óbito (Max MOPA_DT_SAIDA) of	Sector de UTI (MOPA_SETO_COD)	Tempo entre intern. e óbito (dias)
457961	4	22/09/2023 15:23	17/10/2023 09:13	1719	24,72
461810	9	30/10/2023 00:00	03/11/2023 22:27	2112	4,88
462845	5	10/10/2023 22:46	13/10/2023 10:00	1702	2,53
468987	22	14/12/2023 00:00	20/12/2023 06:07	2115	6,21
471581	8	21/10/2023 19:42	26/10/2023 06:10	1721	4,51
472171	14	09/11/2023 00:00	13/11/2023 06:44	2115	4,23
472910	7	16/11/2023 00:00	20/11/2023 03:08	2113	4,07
473319	10	04/11/2023 02:08	04/11/2023 09:30	1721	13,07
473517	6	02/12/2023 12:31	11/12/2023 21:24	2112	9,33
477351	13	06/12/2023 15:55	10/12/2023 05:07	1721	5,32
480886	13	21/11/2023 17:49	28/11/2023 11:57	1719	25,17
481344	10	13/10/2023 00:00	23/10/2023 05:09	2115	10,14
481799	10	12/12/2023 08:50	17/12/2023 15:35	2112	5,29
481954	4	23/10/2023 20:11	25/10/2023 00:27	2112	1,21
482033	10	01/12/2023 03:48	01/12/2023 08:39	1719	7,08
482350	4	29/12/2023 18:54	31/12/2023 12:34	2113	2,93
482449	3	01/10/2023 23:02	08/10/2023 17:34	2113	16,09
482641	11	28/11/2023 15:43	08/12/2023 13:42	1704	10,71
482821	12	27/10/2023 00:00	02/11/2023 11:46	2115	6,38
482901	7	27/10/2023 18:44	30/10/2023 19:15	1703	23,20
483490	4	10/11/2023 18:27	16/11/2023 10:16	2112	37,48
483616	3	15/11/2023 16:29	15/11/2023 23:25	1703	46,94
484261	6	14/10/2023 12:07	18/10/2023 16:23	1719	6,11
484338	11	31/10/2023 00:00	05/11/2023 07:15	2115	5,27
484414	7	11/11/2023 14:33	13/11/2023 08:55	1702	1,67
484538	3	20/10/2023 14:38	31/10/2023 08:56	1721	15,34
484636	7	26/10/2023 13:27	31/10/2023 12:04	2112	21,92
484805	2	28/09/2023 11:24	02/10/2023 10:54	2112	30,69
484896	3	11/10/2023 15:37	12/10/2023 13:05	2113	1,53
485444	5	01/12/2023 10:52	04/12/2023 19:10	2112	16,08
485605	4	03/10/2023 00:00	09/10/2023 19:14	2115	6,79
485667	9	08/11/2023 18:21	14/11/2023 19:02	1721	12,67
485872	7	28/11/2023 18:49	28/11/2023 20:59	1721	9,86
485961	5	01/12/2023 00:14	07/12/2023 22:52	2112	9,48
485963	3	26/11/2023 23:02	28/11/2023 05:05	2112	7,38
486305	4	07/10/2023 16:04	16/10/2023 22:06	2113	13,42
486424	5	16/10/2023 23:00	20/10/2023 10:04	2113	3,42
486590	4	31/10/2023 13:36	03/11/2023 13:40	1721	3,13
486714	4	25/10/2023 15:30	30/10/2023 03:48	2115	12,12
486716	2	26/09/2023 16:05	04/10/2023 00:28	2115	8,14
486756	3	16/10/2023 12:38	24/10/2023 19:22	2113	15,74
486880	3	03/10/2023 00:00	09/10/2023 09:06	2112	6,26
487262	2	10/10/2023 16:33	11/10/2023 18:54	1721	10,26
487266	4	14/10/2023 00:00	21/10/2023 13:46	2115	7,56
487270	2	04/10/2023 17:03	05/10/2023 07:18	1721	4,38
487280	7	09/11/2023 00:00	16/11/2023 02:27	2112	6,95
487284	2	01/10/2023 17:36	02/10/2023 07:47	2112	1,06
487383	4	31/10/2023 18:29	03/11/2023 09:53	1729	3,41
487434	2	13/10/2023 18:31	15/10/2023 09:56	1721	11,99
487438	2	08/10/2023 17:52	15/10/2023 01:58	2115	11,37
487455	5	01/11/2023 00:00	07/11/2023 10:20	2112	6,32
487469	2	03/10/2023 13:09	07/10/2023 12:19	2115	3,99
487636	2	04/10/2023 18:03	09/10/2023 18:51	2112	4,76

Identificação do paciente (MOPA_PACI_PRO N_SEQ) (MOPA_PACI_N_SEQ)		Data de admissão na primeira internação (Min MOPA_DT_ENTRADA) of	Data do óbito (Max MOPA_DT_SAIDA) of	Sector de UTI (MOPA_SETO_COD)	Tempo entre intern. e óbito (dias)
487651	4	17/12/2023 11:21	17/12/2023 19:03	1721	11,78
487718	2	06/10/2023 10:59	07/10/2023 08:21	2115	1,49
487730	6	05/11/2023 00:00	11/11/2023 03:39	2115	6,10
487760	2	06/10/2023 11:00	14/10/2023 21:23	2115	8,41
487839	4	14/10/2023 00:00	18/10/2023 10:50	2112	4,32
487927	2	08/10/2023 11:27	12/10/2023 15:24	2113	4,09
488099	8	23/11/2023 13:30	25/11/2023 11:02	1721	4,42
488276	5	06/11/2023 13:46	14/11/2023 13:49	2113	9,53
488291	2	12/10/2023 17:40	16/10/2023 20:35	2113	4,95
488300	2	12/10/2023 11:57	17/10/2023 14:25	2115	5,16
488414	2	16/10/2023 03:12	16/10/2023 07:00	1719	2,47
488418	2	13/10/2023 16:14	14/10/2023 16:21	2113	1,14
488466	4	21/10/2023 13:53	25/10/2023 13:08	2126	8,67
488475	3	14/11/2023 20:59	19/11/2023 13:45	1719	12,34
488539	4	06/11/2023 10:41	12/11/2023 13:15	1702	12,51
488583	3	23/10/2023 00:00	02/11/2023 07:24	2115	10,30
488635	2	16/10/2023 13:39	18/10/2023 00:56	2112	1,38
488719	5	01/12/2023 18:13	07/12/2023 09:13	1719	22,18
488755	7	20/11/2023 19:14	22/11/2023 16:07	2113	2,61
488906	5	21/11/2023 00:00	26/11/2023 10:08	2112	5,35
488989	2	20/10/2023 00:11	29/10/2023 01:46	2115	8,95
488990	2	20/10/2023 14:49	22/10/2023 10:41	1703	1,83
489091	4	01/11/2023 00:00	02/11/2023 05:45	2112	1,11
489131	2	23/10/2023 09:02	25/10/2023 08:53	2115	2,01
489152	2	07/11/2023 14:08	02/12/2023 09:00	2113	40,87
489597	8	15/12/2023 01:18	15/12/2023 13:29	1703	8,00
489663	3	01/11/2023 23:04	11/11/2023 12:41	2115	13,77
489693	2	28/10/2023 17:17	01/11/2023 20:48	2113	4,13
489796	2	03/11/2023 01:39	04/11/2023 11:33	2115	4,96
489829	2	30/10/2023 15:04	06/11/2023 07:04	2112	6,59
489911	2	07/11/2023 13:08	07/11/2023 18:52	2115	7,84
489937	2	16/11/2023 10:36	06/12/2023 00:58	1702	35,58
490034	2	01/11/2023 14:27	02/11/2023 19:54	2115	1,59
490037	2	01/11/2023 08:56	10/11/2023 17:58	2115	9,38
490193	3	22/11/2023 00:00	01/12/2023 08:59	2112	9,37
490382	3	01/12/2023 10:52	02/12/2023 08:53	2112	16,35
490593	2	07/11/2023 13:12	14/11/2023 20:21	2112	7,33
490681	4	04/12/2023 13:36	20/12/2023 14:47	1703	30,99
490728	2	08/11/2023 18:03	13/11/2023 08:42	2115	4,62
490756	2	10/11/2023 20:54	17/11/2023 09:11	2115	8,69
490874	4	20/11/2023 06:35	20/11/2023 08:02	1703	5,83
490943	2	10/11/2023 12:11	13/11/2023 19:28	2116	2,90
491016	3	16/11/2023 13:55	19/11/2023 13:39	2113	3,20
491094	2	24/11/2023 16:39	07/12/2023 08:23	2115	24,42
491216	3	21/11/2023 00:00	25/11/2023 06:57	2115	4,26
491327	2	12/12/2023 13:22	21/12/2023 10:12	1704	54,83
491592	2	06/12/2023 11:01	10/12/2023 10:54	1719	21,37
491599	2	15/12/2023 12:08	19/12/2023 09:21	1721	30,65
491617	2	20/11/2023 20:14	22/11/2023 15:00	2113	3,92
491688	2	22/11/2023 11:50	24/11/2023 15:20	1702	3,66
491752	4	03/12/2023 00:49	04/12/2023 07:43	2112	2,83
491774	3	08/12/2023 19:25	08/12/2023 22:07	2115	6,91
491830	3	27/12/2023 10:29	27/12/2023 15:52	1721	14,42

Identificação do paciente		Data de admissão na primeira internação	Data do óbito	Setor de UTI	Tempo entre intern. e óbito (dias)
(MOPA_PACI_PRO N_SEQ)	(MOPA_PACI_SEQ)	(Min MOPA_DT_ENTRADA) of (Max MOPA_DT_SAIDA) of	(Max MOPA_DT_SAIDA) of	(MOPA_SETO_COD)	
491847	2	21/11/2023 17:03	23/11/2023 09:31	2116	1,63
492509	2	29/11/2023 16:15	30/11/2023 23:24	1719	1,25
492516	2	02/12/2023 22:53	03/12/2023 14:55	1707	4,83
492531	3	17/12/2023 00:00	20/12/2023 08:45	2112	3,30
492538	5	20/12/2023 00:00	25/12/2023 11:09	2112	5,41
492773	2	07/12/2023 17:08	12/12/2023 10:27	1702	11,34
492835	2	08/12/2023 22:14	20/12/2023 18:15	2115	18,25
492876	2	05/12/2023 17:12	09/12/2023 16:11	1721	4,02
492906	2	04/12/2023 12:47	12/12/2023 06:19	2112	9,39
493241	3	14/12/2023 00:00	17/12/2023 00:22	2112	2,95
493354	2	18/12/2023 14:06	31/12/2023 02:43	2112	22,77
493400	2	08/12/2023 22:19	19/12/2023 10:50	2113	10,68
493410	2	26/12/2023 13:58	30/12/2023 21:20	1721	21,93
493605	2	18/12/2023 12:01	19/12/2023 19:10	2113	8,13
493674	2	22/12/2023 10:54	22/12/2023 14:50	1719	8,86
494098	2	16/12/2023 04:18	20/12/2023 06:05	2115	4,20
494163	2	17/12/2023 20:39	19/12/2023 14:36	2112	2,53
494538	2	22/12/2023 16:46	24/12/2023 16:58	1703	2,22
494681	2	24/12/2023 20:37	26/12/2023 07:50	2112	1,37
494892	2	27/12/2023 11:55	31/12/2023 18:42	2113	3,84

A meta estabelecida para o 53º 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 58 - Quadro-resumo do indicador "3.3 Taxa de Mortalidade Institucional"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 6,28%	4,81%	4,95%

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

Tabela 59 - 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: 2.345

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 53º 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 60 - Quadro-resumo do indicador "3.4A Taxa de Mortalidade Transoperatória"

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

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

Tabela 61 - 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: 7

Total de cirurgias realizadas: 2.345

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

$$\text{Taxa de Mortalidade Pós-Operatória} = \frac{\text{Número de óbitos pós-operatórios}}{\text{Número de cirurgias realizadas}}$$

Abaixo, o registro dos 7 óbitos ocorridos no pós-operatório, até 24 horas de liberação do paciente do centro cirúrgico:

Tabela 62 - Registro dos casos dos óbitos ocorridos após a saída do paciente do CRPA, até 24 horas após o ato cirúrgico

Identificação (ACIC_PACI_PRON_SEQ)	Registro da cirurgia (ACIC_SEQ)	Tipo de alta (PACI_TIPO_ALTA)	Data/hora liberação de do paciente DCIR_DTHR_FIN_CIR	Data/hora do óbito (PACI_DT_ALTA_MEDICA)	Tempo entre liberação do paciente e alta médica (horas)
487284	125886	O	01/10/2023 16:55	02/10/2023 05:30	13
228461	126171	O	08/10/2023 15:55	09/10/2023 06:43	15
491953	127899	O	22/11/2023 22:20	23/11/2023 16:32	18
482641	128474	O	07/12/2023 16:20	08/12/2023 11:31	19
489693	127024	O	31/10/2023 23:35	01/11/2023 20:23	21
488129	126257	O	10/10/2023 20:25	11/10/2023 18:27	22
487284	125904	O	01/10/2023 05:30	02/10/2023 05:30	24

A meta estabelecida para o 53º 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 63 - Quadro-resumo do indicador "3.4A Taxa de Mortalidade Pós-operatória"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 2%	0,30%	0,30%

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

Tabela 64 - 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: 4

Total de saídas de pacientes com IAM: 40

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

Identificação Paciente	CID	Data/hora de internação	Data/hora do óbito	Data de nascimento
(CIPA_PACI_ PRON_SEQ)	(CIPA_P ACI_SE Q) 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
62581	4 I210 S S	16/12/2023	31/12/2023	15/10/1958
352628	7 I219 S S	20/12/2023	29/12/2023	11/05/1940
488906	5 I21 S S	21/11/2023	26/11/2023	09/01/1968
490593	2 I219 S S	07/11/2023	14/11/2023	15/01/1953

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificadas as motivações dos demais óbitos, a fim de identificar se houve outros casos associados a IAM que não foram registrados no sistema.

Tabela 66 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio”

#	Nº do Prontuário	Paciente	CID	Data do óbito	Avaliação
1	1489981608	21515	I674	10/11/2023	✓
2	1359495800	462764	C383	15/11/2023	✓
3	0252785177	11716818	I469	09/12/2023	✓
4	0096998059	1596865	I461	26/12/2023	✓
5	0083575952	2803626	K851	17/10/2023	✓
6	0199496188	2977184	S069	28/11/2023	✓
7	1204798508	3197047	C950	04/12/2023	✓
8	0099133601	3390682	G22	13/11/2023	✓
9	0691012725	3674885	A152	06/12/2023	✓
10	0114264899	4310858	I21	13/10/2023	✓
11	44005776	4628455	J180	13/10/2023	✓
12	0323491499	4715818	J159	26/10/2023	✓
13	0733999069	4863054	C482	16/10/2023	✓
14	0149625863	4874382	J81	15/10/2023	✓
15	0216848717	4881072	I469	23/10/2023	✓
16	1191385817	4896932	A46	01/11/2023	✓
17	CN 01246801	4918472	I41	23/11/2023	✓
18	0143676962	4925385	A499	25/12/2023	✓
19	0183587995	4936052	N17	19/12/2023	✓
20	0252526660	48433811	I50	05/11/2023	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 66 - 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%	7,7%	10,0%

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

Tabela 67 - 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	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado equivalente à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo 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: 23

Total de saídas de pacientes com AVCi: 203

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 23 óbitos ocorridos por AVCi entre pacientes maiores de 18 anos, internado há mais de 24 horas:

Tabela 68 - Registro dos óbitos ocorridos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi), 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_PACI_ PRON_SEQ)	(CIPA_PACI_SEQ)	CIPA_CIDD_CO	CIPA_INDD_PRI NCIPAL	CIPA_INDD_ENTRADA_SA DA	MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDICA	PRON_DT_NASC
74780	13	I64	S	S	08/12/2023	17/12/2023	11/03/1969
226397	6	I64	S	S	02/10/2023	10/10/2023	02/05/1940
274909	22	I64	S	S	05/11/2023	05/12/2023	15/04/1957
363264	6	I64	S	S	07/11/2023	07/12/2023	19/03/1973
450658	3	I64	S	S	25/11/2023	27/11/2023	07/06/1953
472171	14	I64	S	S	09/11/2023	13/11/2023	24/09/1945
485605	4	I64	S	S	03/10/2023	09/10/2023	17/03/1976
487469	2	I64	S	S	03/10/2023	07/10/2023	03/10/1975
487651	4	I64	S	S	06/12/2023	17/12/2023	18/04/1964
488099	8	I64	S	S	21/11/2023	25/11/2023	10/06/1959
488291	2	I64	S	S	11/10/2023	16/10/2023	30/10/1980
488414	2	I64	S	S	13/10/2023	16/10/2023	25/03/1932
488475	3	I64	S	S	07/11/2023	19/11/2023	12/06/1940
488583	3	I64	S	S	23/10/2023	02/11/2023	03/05/1979
488635	2	I64	S	S	16/10/2023	17/10/2023	15/02/1952
488989	2	I64	S	S	19/10/2023	28/10/2023	08/06/1951
490037	2	I64	S	S	01/11/2023	10/11/2023	20/05/1954
490681	4	I64	S	S	19/11/2023	20/12/2023	07/07/1938
490756	2	I64	S	S	08/11/2023	17/11/2023	07/07/1962
491216	3	I64	S	S	21/11/2023	25/11/2023	25/10/1949
492516	2	I64	S	S	28/11/2023	03/12/2023	16/08/1954
492531	3	I64	S	S	17/12/2023	20/12/2023	15/05/1952
494538	2	I64	S	S	22/12/2023	24/12/2023	08/01/1940

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificadas as motivações dos demais óbitos, a fim de identificar se houve outros casos associados a AVCi que não foram registrados no sistema.

Tabela 66 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico”

#	Nº do Prontuário	Paciente	CID	Data do óbito	Avaliação
1	1489981608	21515	I674	10/11/2023	✓
2	1359495800	462764	C383	15/11/2023	✓
3	0252785177	11716818	I469	09/12/2023	✓
4	0096998059	1596865	I461	26/12/2023	✓
5	0083575952	2803626	K851	17/10/2023	✓
6	0199496188	2977184	S069	28/11/2023	✓

#	Nº do Prontuário	Paciente	CID	Data do óbito	Avaliação
7	1204798508	3197047	C950	04/12/2023	✓
8	0099133601	3390682	G22	13/11/2023	✓
9	0691012725	3674885	A152	06/12/2023	✓
10	0114264899	4310858	I21	13/10/2023	✓
11	44005776	4628455	J180	13/10/2023	✓
12	0323491499	4715818	J159	26/10/2023	✓
13	0733999069	4863054	C482	16/10/2023	✓
14	0149625863	4874382	J81	15/10/2023	✓
15	0216848717	4881072	I469	23/10/2023	✓
16	1191385817	4896932	A46	01/11/2023	✓
17	CN 01246801	4918472	I41	23/11/2023	✓
18	0143676962	4925385	A499	25/12/2023	✓
19	0183587995	4936052	N17	19/12/2023	✓
20	0252526660	48433811	I50	05/11/2023	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 67 - 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%	6,8%	11,33%

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

Tabela 68 - 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 Seps. 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: 57

Total de saídas de pacientes com Sepse: 82

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

Taxa de Mortalidade por Sepse

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

Abaixo, o registro dos 61 óbitos ocorridos por Sepse entre pacientes maiores de 18 anos, internado há mais de 24 horas:

Tabela 69 - Registro dos óbitos ocorridos por Sepse entre pacientes maiores de 18 anos, internados há mais de 24 horas

Identificação Atendimento		CID			Data/hora internação	de	Data/hora do óbito	Data nascimento	de
(CIPA_PACI_ PRON_SEQ)	(CIPA_P ACI_SEQ)	CIPA_CCI 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	
27940	14	A41	S	S	15/11/2023		24/11/2023	02/08/1952	
52820	5	A419	S	S	09/10/2023		13/10/2023	03/03/1950	
81197	8	A419	S	S	05/12/2023		09/12/2023	18/07/1968	
101263	5	A419	S	S	11/10/2023		18/10/2023	08/03/1955	
109020	5	A419	S	S	21/10/2023		01/11/2023	15/11/1950	
123982	13	A415	S	S	10/12/2023		16/12/2023	01/06/1946	
138934	8	A419	S	S	03/10/2023		07/10/2023	08/02/1953	
156556	16	A419	S	S	20/11/2023		23/11/2023	06/12/1952	
169234	10	A419	S	S	19/10/2023		28/10/2023	16/08/1945	
220020	30	A419	S	S	29/11/2023		01/12/2023	22/07/1949	
280362	6	A41	S	S	15/10/2023		17/10/2023	18/10/1946	
289772	5	A419	S	S	25/11/2023		28/11/2023	08/06/1954	
293660	18	A418	S	S	07/11/2023		16/11/2023	27/04/1954	
309766	12	A419	S	S	01/12/2023		06/12/2023	03/08/1937	
343058	9	A419	S	S	15/12/2023		28/12/2023	18/12/1949	
367488	5	A418	S	S	26/10/2023		06/12/2023	05/01/1957	
371587	7	A419	S	S	15/09/2023		04/10/2023	23/01/1953	
378353	10	A41	S	S	20/11/2023		16/12/2023	07/02/1955	

Identificação Atendimento		CID			Data/hora internação	de	Data/hora do óbito	Data nascimento	de
(CIPA_PACI_ PRON_SEQ)	(CIPA_P ACI_SE Q)	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	
409190	3	A419	S	S	24/10/2023		04/11/2023	16/11/1930	
420579	6	A419	S	S	12/11/2023		27/11/2023	05/11/1961	
431085	8	A419	S	S	17/08/2023		13/10/2023	15/10/1957	
449553	6	A419	S	S	19/11/2023		29/11/2023	26/11/1947	
451140	6	A41	S	S	16/12/2023		26/12/2023	15/06/1934	
461810	9	A41	S	S	30/10/2023		03/11/2023	03/09/1965	
462845	5	A419	S	S	10/10/2023		13/10/2023	27/10/1924	
472910	7	A419	S	S	16/11/2023		20/11/2023	30/08/1952	
473319	10	A419	S	S	22/10/2023		04/11/2023	01/09/1953	
480886	13	A419	S	S	03/11/2023		28/11/2023	08/06/1965	
481344	10	A419	S	S	13/10/2023		23/10/2023	08/05/1978	
482350	4	A41	S	S	28/12/2023		31/12/2023	12/10/1947	
482449	3	A41	S	S	22/09/2023		08/10/2023	30/12/1956	
482901	7	A419	S	S	07/10/2023		30/10/2023	15/06/1950	
483490	4	A419	S	S	09/10/2023		16/11/2023	28/02/1958	
484261	6	A419	S	S	12/10/2023		18/10/2023	08/09/1938	
484636	7	A419	S	S	09/10/2023		31/10/2023	07/05/1952	
486424	5	A41	S	S	16/10/2023		20/10/2023	12/10/1953	
486590	4	A419	S	S	31/10/2023		03/11/2023	23/01/1927	
486714	4	A419	S	S	18/10/2023		30/10/2023	13/02/1952	
486716	2	A418	S	S	25/09/2023		03/10/2023	24/11/2002	
487270	2	A419	S	S	30/09/2023		05/10/2023	15/07/1948	
487383	4	A419	S	S	30/10/2023		02/11/2023	29/12/1948	
487730	6	A419	S	S	05/11/2023		11/11/2023	31/12/1947	
488719	5	A419	S	S	15/11/2023		07/12/2023	20/10/1946	
489663	3	A41	S	S	28/10/2023		11/11/2023	20/06/1973	
489796	2	A41	S	S	30/10/2023		04/11/2023	15/04/1958	
489911	2	A419	S	S	30/10/2023		07/11/2023	15/07/1927	
490193	3	A419	S	S	22/11/2023		01/12/2023	22/08/1937	
490382	3	A41	S	S	16/11/2023		02/12/2023	26/07/1958	
490874	4	A419	S	S	14/11/2023		20/11/2023	27/02/1927	
491094	2	A418	S	S	12/11/2023		07/12/2023	27/12/1944	
491599	2	A419	S	S	18/11/2023		19/12/2023	19/08/1934	
492509	2	A419	S	S	29/11/2023		30/11/2023	23/06/1941	
492835	2	A419	S	S	02/12/2023		20/12/2023	26/10/1959	
492876	2	A419	S	S	05/12/2023		09/12/2023	23/12/1934	
492906	2	A41	S	S	02/12/2023		12/12/2023	01/12/1950	
494098	2	A41	S	S	16/12/2023		20/12/2023	12/09/1972	
494681	2	A41	S	S	24/12/2023		26/12/2023	15/03/1943	

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificadas as motivações dos demais óbitos, a fim de identificar se houve outros casos associados a Sepse que não foram registrados no sistema.

Tabela 70 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.7 Taxa de Mortalidade por Sepsis”

#	Nº do Prontuário	Paciente	CID	Data do óbito	Avaliação
1	1489981608	21515	I674	10/11/2023	✓
2	1359495800	462764	C383	15/11/2023	✓
3	0252785177	11716818	I469	09/12/2023	✓
4	0096998059	1596865	I461	26/12/2023	✓
5	0083575952	2803626	K851	17/10/2023	✓
6	0199496188	2977184	S069	28/11/2023	✓
7	1204798508	3197047	C950	04/12/2023	✓
8	0099133601	3390682	G22	13/11/2023	✓
9	0691012725	3674885	A152	06/12/2023	✓
10	0114264899	4310858	I21	13/10/2023	✓
11	44005776	4628455	J180	13/10/2023	✓
12	0323491499	4715818	J159	26/10/2023	✓
13	0733999069	4863054	C482	16/10/2023	✓
14	0149625863	4874382	J81	15/10/2023	✓
15	0216848717	4881072	I469	23/10/2023	✓
16	1191385817	4896932	A46	01/11/2023	✓
17	CN 01246801	4918472	I41	23/11/2023	✓
18	0143676962	4925385	A499	25/12/2023	✓
19	0183587995	4936052	N17	19/12/2023	✓
20	0252526660	48433811	I50	05/11/2023	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 71 - Quadro-resumo do indicador “3.7 Taxa de Mortalidade por Sepsis”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 32,2%	31,6%	69,51%

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

Tabela 72 - Resultado da apuração do indicador “3.7 Taxa de Mortalidade por Sepsis”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.7 Taxa de Mortalidade por Sepsis	✗ 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: 2

Número de saídas com permanência superior a 5 dias: 1.288

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

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

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

Tabela 73 - 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)
123982	38722	2	1703	27/10/2023
81197	38723	2	1721	23/10/2023

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados os pacientes com idade acima de 50 anos que estiveram internados por período superior a 5 dias, a fim de identificar se houve outros casos de lesão por pressão que não foram registrados no sistema.

Tabela 74 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito”

#	Nº do Prontuário	Paciente	Data de Alta	Setor de Internação	Tempo de Internação	Avaliação
1	0481363955	75	06/12/2023 12:30	1701	13,66	✓
2	0137756500	1338	23/11/2023 12:48	1721	10,03	✓
3	0064299635	1995	07/12/2023 19:14	1719	6,32	✓
4	0135573432	37217	08/11/2023 10:47	1721	9,41	✓
5	1489981608	21515	10/11/2023 08:44	1703	31,36	✗
6	0127101560	48118	07/11/2023 11:56	1719	9,58	✓

7	0035380799	88219	21/11/2023 18:48	1719	5,91	✓
8	0071037861	1150823	06/11/2023 11:58	1721	9,75	✓
9	0148244009	1229720	25/12/2023 15:08	1719	5,19	✓
10	0150278721	206035	26/10/2023 16:01	1721	8,97	✓
11	0112376436	6527626	04/10/2023 18:55	1719	15,33	✓
12	0064282406	991324	01/12/2023 15:48	1721	29,00	✓
13	0036633534	10105711	17/10/2023 09:54	1719	20,41	✓
14	0131128213	14578817	15/12/2023 17:24	1719	8,21	✓
15	2272261868	2777946	24/12/2023 12:44	1901	9,88	✓
16	0430615329	35123111	09/11/2023 18:12	1701	16,89	✓
17	0494689285	4091903	04/11/2023 16:27	1721	10,85	✓
18	2060656478	4579614	17/10/2023 09:13	1719	24,74	✓
19	0331118637	4830446	10/10/2023 15:25	1704	35,64	✓
20	10771645	4865902	05/10/2023 11:55	1721	11,82	✓

Conforme análise dos prontuários acima, identificado um caso adicional de úlcera de decúbito, na paciente 21515, localizado na dorsal. Sendo assim, consideramos 3 casos de lesão por pressão, em detrimento dos 2 registrados no sistema PGH. A meta estabelecida para o 53º 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 75 - 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%	0,4%	0,23%

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

Tabela 76 - 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: 3.578

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 77 - 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_PR OC_COD	Descrição da infecção (INHO_DTHR)	Data diagnóstico de infecção (Min of CPPI_CPPEC_DT)	Data do primeiro uso de VENTMEC INHO_DTHR	Cód. Da infecção INHO_REC N_REGISTRO
487834	20069601	VENTMEC	Pneumonia associada à ventilação mecânica	14/10/2023	06/10/2023	29498
488583	03057902	VENTMEC	Pneumonia associada à ventilação mecânica	24/10/2023	16/10/2023	23276
487455	14034513	VENTMEC	Pneumonia associada à ventilação mecânica	26/10/2023	14/10/2023	35409
39340	16078711	VENTMEC	Pneumonia associada à ventilação mecânica	30/11/2023	20/11/2023	35723

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados os resultados dos exames de hemocultura, a fim de identificar se houve outros casos das infecções de corrente sanguínea não registrados no sistema.

Tabela 78 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)”

#	Nº do Prontuário	Paciente	Data do Laudo	Exame	Avaliação
1	0454147503	4872981	06/10/2023 09:39:58	HEMOCULTURA	✓
2	0052336310	4874341	07/10/2023 09:19:13	HEMOCULTURA	✓
3	0156795868	3822246	09/10/2023 09:57:56	HEMOCULTURA	✓
4	0438172116	811976	03/12/2023 16:40:33	HEMOCULTURA	✓
5	0059180155	4926402	05/12/2023 09:05:55	HEMOCULTURA	✓
6	1594972303	4861998	06/12/2023 09:44:28	HEMOCULTURA	✓
7	851549	4899372	07/12/2023 09:27:43	HEMOCULTURA	✓
8	0161104711	2813705	09/12/2023 14:43:38	HEMOCULTURA	✓
9	94409250	4756903	31/10/2023 10:17:19	HEMOCULTURA	✓
10	0156202719	4803873	01/11/2023 10:05:33	HEMOCULTURA	✓
11	0070210110	4002325	13/11/2023 09:45:33	HEMOCULTURA	✓
12	2410791	4900372	14/11/2023 09:28:17	HEMOCULTURA	✓
13	0481219161	4867794	17/11/2023 09:29:14	HEMOCULTURA	✓
14	0551416769	654322	20/11/2023 09:51:01	HEMOCULTURA	✓
15	0499019903	3091912	20/11/2023 08:37:59	HEMOCULTURA	✓
16	0348740115	4896913	23/11/2023 10:07:03	HEMOCULTURA	✓
17	2362474330	2727606	14/10/2023 08:32:16	HEMOCULTURA	✓
18	0156795868	3822247	16/10/2023 09:41:01	HEMOCULTURA	✓
19	1540657574	46627714	21/10/2023 12:58:45	HEMOCULTURA	✓
20	2090936924	2205977	21/10/2023 13:19:23	HEMOCULTURA	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 79 - 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	2,1/1.000	1,12/1.000

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

Tabela 80 - 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: 7

Número de pacientes em ventilação mecânica - dia: 3.485

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

$$\text{Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical} = \frac{\text{Número de episódios de ITU associados a SDV em UTI adulto}}{\text{Número de pacientes em SDV - dia}} \times 1.000$$

Abaixo, o registro dos 18 casos de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical em pacientes da UTI, diagnosticados após 48 horas de ventilação mecânica:

Tabela 81 - 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 paciente		Registro da infecção	Data de diagnóstico da infecção	Data do primeiro uso de CATETEVEN	Tempo de utilização do cateter (dias)	Data de internação no hospital	Tempo de internação (dias)	Setor
(INHO_PRO_N_SEQ)	(INHO_COD_PACIENTE)	(INHO_SEQ)	(INHO_DTHR)	(Min of CPPI_CPPC_DT)				(SETO_NOME)
367488	05015711	10672	29/11/2023	27/10/2023	33	26/10/2023	33,09262731	UTI Adulto Cirúrgica
487668	08046714	10541	11/10/2023	05/10/2023	6	04/10/2023	6,029409722	UTI Adulto 1 e 2
492860	13084211	10687	12/12/2023	02/12/2023	10	02/12/2023	9,398206019	UTI Adulto Cirúrgica
487304	14125311	10554	08/10/2023	01/10/2023	7	01/10/2023	6,160891204	UTI Adulto 3
487760	15114011	10536	09/10/2023	06/10/2023	3	06/10/2023	2,568831019	UTI Adulto 3
488719	20104611	10615	25/11/2023	18/10/2023	38	17/10/2023	38,32291667	UTI Adulto Cirúrgica

Identificação do paciente (INHO_PRO N_SEQ) (INHO_COD_PACIENTE)		Registro da infecção (INHO_SEQ)	Data de diagnóstico da infecção (INHO_DTHR)	Data do primeiro uso de CATETEVEN (Min of CPPI_CPPEC_DT)	Tempo de utilização do cateter (dias)	Data de internação no hospital	Tempo de internação (dias)	Setor (SETO_NOME)
175440	30065014	10663	05/12/2023	26/10/2023	40	25/10/2023	40,3943287	UTI Adulto 1 e 2

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados os resultados dos exames de hemocultura, a fim de identificar se houve outros casos das infecções de corrente sanguínea não registrados no sistema.

Tabela 82 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)”

#	Nº do Prontuário	Paciente	Data do Laudo	Exame	Avaliação
1	0454147503	4872981	06/10/2023 09:39:58	HEMOCULTURA	✓
2	0052336310	4874341	07/10/2023 09:19:13	HEMOCULTURA	✓
3	0156795868	3822246	09/10/2023 09:57:56	HEMOCULTURA	✓
4	0438172116	811976	03/12/2023 16:40:33	HEMOCULTURA	✓
5	0059180155	4926402	05/12/2023 09:05:55	HEMOCULTURA	✓
6	1594972303	4861998	06/12/2023 09:44:28	HEMOCULTURA	✓
7	851549	4899372	07/12/2023 09:27:43	HEMOCULTURA	✓
8	0161104711	2813705	09/12/2023 14:43:38	HEMOCULTURA	✓
9	94409250	4756903	31/10/2023 10:17:19	HEMOCULTURA	✓
10	0156202719	4803873	01/11/2023 10:05:33	HEMOCULTURA	✓
11	0070210110	4002325	13/11/2023 09:45:33	HEMOCULTURA	✓
12	2410791	4900372	14/11/2023 09:28:17	HEMOCULTURA	✓
13	0481219161	4867794	17/11/2023 09:29:14	HEMOCULTURA	✓
14	0551416769	654322	20/11/2023 09:51:01	HEMOCULTURA	✓
15	0499019903	3091912	20/11/2023 08:37:59	HEMOCULTURA	✓
16	0348740115	4896913	23/11/2023 10:07:03	HEMOCULTURA	✓
17	2362474330	2727606	14/10/2023 08:32:16	HEMOCULTURA	✓
18	0156795868	3822247	16/10/2023 09:41:01	HEMOCULTURA	✓
19	1540657574	46627714	21/10/2023 12:58:45	HEMOCULTURA	✓
20	2090936924	2205977	21/10/2023 13:19:23	HEMOCULTURA	✓

A meta estabelecida para o 53º 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 82 - 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	0,4/1.000	2,01/1.000

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

Tabela 83 - 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	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.	

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 até dezembro/2023.

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

Tabela 84 – 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	16/11/2023
Protocolo de Jejum	16/10/2014	18/10/2023
Protocolo Cirurgia Segura	19/03/2012	18/10/2023
Protocolo de Abuso Sexual	13/12/2010	26/10/2023
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		

Protocolo	Data de Emissão	Data de Revisão
Protocolos Assistenciais Interdisciplinares		
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 85 - 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 outubro a dezembro. 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 86 - 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 87 - 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 VII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, foram obtidos os números a seguir:

Número de médicos cadastrados: 282

Número de médicos com título de especialista (apenas com residência concluída): 257

Número de médicos sem título de especialista: 25

No entanto, em análise à listagem dos médicos relacionados pela Concessionária como especialistas, foram realizadas consultas ao Portal do CFM, 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, entre os profissionais classificados como especialistas, foram identificados 61 casos nas seguintes situações:

- 3 Bucomaxilos, os quais não se enquadram no título de médico;
- 11 Profissionais sem registro de especialidade cadastrado no CRM/AMB;
- 3 Títulos de especialista em área diversa da especialidade de atuação no hospital;
- 44 Profissionais com título de especialista concedido pela AMB/CRM, mas sem residência registrada no Sistema do CNRM.

Acerca dos profissionais com título de especialista concedido pela AMB/CRM, mas sem residência registrada no Sistema do CNRM, a Diretoria de Gestão de Unidades Consorciadas e em Parceria Público Privada, através do Conselho Gestor do Programa de Parcerias Público-Privadas da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), acatou a declaração da Concessionária no que concerne aos especialistas que não constam no Sistema da CNRM por terem realizado residência não credenciada ao CNRM, fora do país ou outras modalidades. Assim, o Poder Concedente autorizou, conforme email anexo (Anexo XVII) o VI a considerar especialistas, para fins desse indicador, os médicos que não possuem residência registrada no CNRM, apesar de divergir do que versa a ficha técnica, desde que possuam título de especialista concedido pela AMB/CRM.

Adicionalmente, a partir da escala de médicos da urgência e emergência dos dias 23/10/2023, 17/11/2023 e 28/12/2023, fornecida pela Concessionária para fins de análise dos serviços prestados, alvo do produto P5.18 do contrato de prestação de serviços de verificação independente, foram identificados 5 médicos não relacionados pela Concessionária na listagem de médicos fornecida para análise desse indicador, os quais foram considerados no denominador do cálculo.

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

Número de médicos (subtraindo os Bucomaxilo e considerando os 5 médicos da emergência): 287

Número de médicos com título de especialista (apenas com residência concluída e especialidade compatível com atuação no hospital): 246

Número de médicos sem título de especialista: 41

A meta estabelecida para o 53º 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 88 - 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	85,71%

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

Tabela 89 - 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 VIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, foram calculados os números a seguir:

Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - outubro: 5.747
 Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - novembro: 5.556
 Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - dezembro: 5.545
 Número total de dias do período: 91
 Número de leitos: 320

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 53º 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 90 - Quadro-resumo do indicador “6.2 Relação Enfermeiro/Leito”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 0,54%	Não informado	0,58%

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

Tabela 91 - 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 superior à meta mínima 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 XI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, foram calculados os números a seguir:

Somatório de horas/homem em treinamento: 5.758

Somatório de horas/homem trabalhadas: 852.473,66

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 53º 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 92 - 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	6,75/1.000

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

Tabela 93 - 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 qualidade das condições de trabalho do Hospital.**

Mediante informe de quantitativo de acidentes fornecidos pela Engenharia de Segurança do Trabalho da Concessionária, os quais constam no anexo X, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, entre outubro e dezembro ocorreram 5 acidentes de trabalho. Conforme relação de colaboradores ativos, foram obtidos os números a seguir:

Número de funcionários ativos em outubro: 1.598
 Número de funcionários ativos em novembro: 1.596
 Número de funcionários ativos em dezembro: 1.592
 Número de acidentes de trabalho em outubro: 2
 Número de acidentes de trabalho em novembro: 2
 Número de acidentes de trabalho em dezembro: 1

Considerando as definições apresentadas acima, o cálculo do 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 53º 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 94 - 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	0,10%

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

Tabela 95 - 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 XI, 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 53º 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 96 - 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 97 - 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 XII, 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 outubro a dezembro de 2023, por meio do qual obtivemos os seguintes números:

Total de atendimentos realizados: 3.457

Total de pesquisas respondidas: 2.179

Total de respostas afirmativas: 2.130

Considerando as definições apresentadas e os números acima, obtemos que as pesquisas foram respondidas por 63% 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, 97,75% representam respostas afirmativas aos questionamentos de satisfação.

A meta estabelecida para o 53º 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 98 - Quadro-resumo do indicador “7.2 Percentual de Satisfação do Paciente”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 80%	Não informado	97,75%

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

Tabela 99 - 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) Estimulo 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 XIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 10/10/2023:

- Programa de Integração de Novo Colaborador - 09/10/2023;
- Programa de Integração de Novo Colaborador - 23/10/2023;
- Intranet: "Semana da Criança: programação para pacientes tem dinâmicas e muita diversão!";
- Intranet: "Atividades da Semana da Criança levam alegria aos pacientes da Pediatria";
- Intranet: "Dia do Fisioterapeuta – 13 de outubro: veja como foi a comemoração".
- Intranet: "Outubro Rosa no HS: campanha aborda diagnóstico precoce do câncer de mama".

Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 08/11/2023:

- Programa de Integração de Novo Colaborador - 06/11/2023;

- Programa de Integração de Novo Colaborador - 20/11/2023;
- Lista de Frequência "Reunião GTH: Ações de humanização mês de dezembro"
- Lista de Frequência "Treinamento setorial: reajustes e metas do Centro Cirúrgico – Contato e relacionamento interpessoal – Notificação de eventos, registros especiais – Dupla checagem";
- Intranet: "Mês da Humanização: GTH inicia projeto de acolhimento e valorização dos profissionais do HS";
- Intranet: "Humanização: 'Mês H' teve ações de acolhimento e bem-estar na Emergência";
- Intranet: "Dia do Diabetes: Salão Informativo aborda alimentação adequada";
- Intranet: "GTH desenvolve ação no mês da Consciência Negra";
- Intranet: "Dia da Consciência Negra tem apresentação de capoeira: veja as imagens";
- Intranet: "Roda de conversa, estande e salão informativo: veja a programação do Novembro Azul";
- Intranet: "Combate ao câncer de próstata: Novembro Azul reuniu profissionais".

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

- Programa de Integração de Novo Colaborador - 04/12/2023;
- Programa de Integração de Novo Colaborador - 18/12/2023;
- Lista de Frequência "GTH – Ações janeiro de 2024"
- Intranet: "Dezembro Vermelho: equipe participa de ação educativa";
- Intranet: "Cantata de Natal acontece no Espaço de Convivência e Pediatria";
- Intranet: "Natal na Pediatria: Papai Noel entrega presentes".

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 53º 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 100 – Relação de Membros Ausentes nas Reuniões do GTH

Reunião	Membros Ausentes
Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 10/10/2023;	Natan Nascimento, Cyntia Lins, Luana Queiroz, Rosana Cavalcanti e Aline Andrade.
Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 07/11/2023;	Sara Duarte, Natan Nascimento, Cyntia Lins, Ilca Lins, Luana Queiroz, Rosana Cavalcanti e Aline Andrade.
Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 12/12/2023;	Fabiana Alves, Sara Duarte, Raphaella Freitas, Caroline Rangel, Natan Nascimento, Cyntia Lins, Luana Queiroz, Mirela Zeferino e Aline Andrade.

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

Tabela 101 - 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 XIV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, com validade até 09/2025, sob o certificado de Nº 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 Nº 02 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

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

Tabela 102 - 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 103 - 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 104 - 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%
			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%

Categoria	Peso Categoria	Indicador			Peso do Indicador
			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 a XIV – 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 53º Trimestre, conforme representado abaixo:

-  Anexo I - Doc. Ind. 1.1 Revisão de Prontuários
-  Anexo II - Doc. Ind. 1.2 Avaliação e Revisão dos Óbitos
-  Anexo III - Doc. Ind. 1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
-  Anexo IV - Doc. Ind. 1.4 Comissão de Farmaco
-  Anexo IX - Doc. Ind. 5.1 Taxa de reportes de disponibilização e oc
-  Anexo V - Doc. Ind. 1.5 Comissão de Transplantes (CIHDOTT)
-  Anexo VI - Doc. Ind. 1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidente
-  Anexo VII - Doc. Ind. 6.3 Índice de atividade de Educação Permanen
-  Anexo VIII - Doc. Ind. 4.1 Implantar protocolos clínicos
-  Anexo X - Doc. Ind. 6.1 Percentual de médicos com Título de Esp
-  Anexo XI - Doc. Ind. 6.2 Relação Enfermeiro Leito
-  Anexo XII - Doc. Ind. 6.4 Taxa de Acidente de Trabalho
-  Anexo XIII - Doc. Ind. 7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários
-  Anexo XIV - Doc. Ind. 7.2 Percentual de Satisfação do Paciente
-  Anexo XV - Doc. Ind. 8.1 Implantar e manter grupo de trabalho e
-  Anexo XVI - Doc. Ind. 9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar

Anexo XVII – Email de alinhamento para tratamento do indicador 6.1

Sales, Alana Patricia de Oliveira

From: SAIS CGPPP <sais.cgppp@saude.ba.gov.br>
Sent: sexta-feira, 23 de fevereiro de 2024 17:59
To: Sales, Alana Patricia de Oliveira; BR Projeto PPP_HS
Cc: Priscilla Magalhaes (External); Raquel Cerqueira Barbosa; Luciana Macedo (External); Débora Bahia (External); Edla Antunes (External); Rogério Palmeira (External); Cyntia Maria Mitsu Nassu de Sá; Júlia Alves Caetano da Silva; Caio Matos (External); Gabriel de Carvalho Cunha
Subject: [EXT] RE: Apuração 53º Trimestre - Validação de Entendimento - Indicador 6.1

Prezados,

Confirmamos o entendimento apresentado abaixo para a apuração até que advenha o parecer da PGE, que é o órgão de assessoramento Jurídico do Estado a quem compete a interpretação de cláusulas contratuais, por essa razão iremos realizar a consulta uma vez que a concessionária se opôs a interpretação dada pelo Verificador Independente.

Vale registrar ainda que compete a PGE estabelecer se essa alteração deve ser realizada por meio de Termo Aditivo com alteração da ficha técnica do indicador.

Por essa razão essa DGECOP entende ser fundamental a realização da consulta para ter um respaldo jurídico, reforçando que quando da disponibilização do parecer, seguiremos as orientações do referido órgão inclusive com reanálise do indicador e desconto de eventuais diferenças apuradas, caso necessário.

Atenciosamente

De: Sales, Alana Patricia de Oliveira <asales@deloitte.com>
Enviado: quinta-feira, 22 de fevereiro de 2024 17:40
Para: SAIS CGPPP <sais.cgppp@saude.ba.gov.br>; BR Projeto PPP_HS <brppphs@deloitte.com>
Cc: Priscilla Magalhães <priscilla.magalhaes@saude.ba.gov.br>; Raquel Cerqueira Barbosa <raquel.barbosa1@saude.ba.gov.br>; Luciana Fernandes Moura Macedo <luciana.macedo@saude.ba.gov.br>; Debora Grasielle Campos Bahia <debora.bahia@saude.ba.gov.br>; Edla Santos Duarte Antunes <edla.antunes@saude.ba.gov.br>; rogerio.palmeira@prodalsaude.com.br <rogerio.palmeira@prodalsaude.com.br>; Cyntia Maria Mitsu Nassu de Sá <cyntia.sa@saude.ba.gov.br>; Júlia Alves Caetano da Silva <julia.silva@saude.ba.gov.br>; Caio Matos (External) <caio.matos@prodalsaude.com.br>; Gabriel de Carvalho Cunha <gabriel.cunha@prodalsaude.com.br>
Assunto: RE: Apuração 53º Trimestre - Validação de Entendimento - Indicador 6.1

Prezados,
Boa tarde!

Apenas a título de reforço do alinhamento:

- A Ficha Técnica 23 define que o médico será considerado especialista se possuir título de especialista concedido pela AMB/CRM e residência concluída e registrada no Sistema do CNRM.
- Para o 53º trimestre, parte dos médicos elencados pela Concessionária como atuantes no HS não possuem residência registrada no Sistema do CNRM. O que reflete no não atendimento do indicador.
- Para alguns desses casos, a Concessionária forneceu os certificados de especialização como evidência do título de especialista.

Dadas as considerações acima e em face do retorno obtido da SAIS CGPPP, o VI poderá considerar como especialistas os médicos que não possuem residência, apesar de divergir do que versa a ficha técnica, desde que possuam título de especialista concedido pela AMB/CRM. Confirmam esse entendimento?

Ressaltamos que, após o parecer da PGE, uma vez decidido manter o posicionamento acima, a ficha técnica 23 precisará ser alterada.

Abraço,

Classificação: [] Pública [x] Confidencial [] Confidencial de Alto Risco

--

Alana Sales

Consultor Sênior | Risk Advisory

She/her | Ela/dela

Deloitte Touche Tohmatsu

Rua de São Jorge, 240 – Torre D, 7º andar – Moinho Recife Business & Life

CEP 50030-240, Recife, PE, Brasil

F: +55 (81) 9 9236-8394

asales@deloitte.com | www.deloitte.com.br

--

Deloitte.

Esta comunicação, incluindo seus anexos, é destinada exclusivamente ao uso do indivíduo a que se destina, podendo conter informações confidenciais e ser considerada reservada e/ou privilegiada. Se você não for o destinatário pretendido, notifique-me imediatamente, respondendo a este e-mail com confirmação da exclusão desta comunicação e todas as suas cópias de seus dispositivos. O uso não autorizado dessa comunicação é vedado.

Se receber meus e-mails fora do horário comercial, esclareço que não espero que eles sejam respondidos neste momento. É uma questão de organização pessoal.

Pense no meio ambiente antes de imprimir.

From: SAIS CGPPP <sais.cgppp@saude.ba.gov.br>

Sent: quinta-feira, 22 de fevereiro de 2024 17:06

To: BR Projeto PPP_HS <brppphs@deloitte.com>

Cc: Priscilla Magalhaes (External) <priscilla.magalhaes@saude.ba.gov.br>; Raquel Cerqueira Barbosa <raquel.barbosa1@saude.ba.gov.br>; Luciana Macedo (External) <luciana.macedo@saude.ba.gov.br>; Débora Bahia (External) <debora.bahia@saude.ba.gov.br>; Edla Antunes (External) <edla.antunes@saude.ba.gov.br>; Rogério Palmeira (External) <rogerio.palmeira@prodalsaude.com.br>; Cyntia Maria Mitsu Nassu de Sá <cyntia.sa@saude.ba.gov.br>; Júlia Alves Caetano da Silva <julia.silva@saude.ba.gov.br>; Caio Matos (External) <caio.matos@prodalsaude.com.br>; Gabriel de Carvalho Cunha <gabriel.cunha@prodalsaude.com.br>

Subject: [EXT] RE: Apuração 53º Trimestre - Validação de Entendimento - Indicador 6.1

Prezados,

O Poder Concedente acata a justificativa da Concessionária para essa apuração, ressalvando que será realizada uma consulta a Procuradoria Geral do Estado - PGE, e que tão logo seja disponibilizado o Parecer, se o entendimento da PGE divergir da forma de apuração utilizada, o indicador deverá ser reanalisado pelo VI e eventuais diferenças descontadas de forma retroativa.

Atenciosamente

DGECOP/CGPPP

De: BR Projeto PPP_HS <brppphs@deloitte.com>
Enviado: terça-feira, 20 de fevereiro de 2024 18:23
Para: SAIS CGPPP <sais.cgppp@saude.ba.gov.br>
Cc: Priscilla Magalhães <priscilla.magalhaes@saude.ba.gov.br>; Raquel Cerqueira Barbosa <raquel.barbosa1@saude.ba.gov.br>; Luciana Fernandes Moura Macedo <luciana.macedo@saude.ba.gov.br>; Debora Grasielle Campos Bahia <debora.bahia@saude.ba.gov.br>; Edla Santos Duarte Antunes <edla.antunes@saude.ba.gov.br>
Assunto: Apuração 53º Trimestre - Validação de Entendimento - Indicador 6.1

Prezados, boa tarde!

Em atenção ao quanto definido na ficha técnica do indicador 6.1 (Percentual de médicos com Título de Especialista), foram realizadas consultas ao Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), afim de verificar o devido registro de residência do corpo médico na área de atuação no HS. Considerando a base de profissionais fornecida pela Concessionária para o 53º trimestre, não foram identificados 58 profissionais no sistema CNRM.

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.

Após questionamentos à Concessionária, foram fornecidos os certificados de conclusão de residência, bem como as justificativas abaixo.

De: "Rogério Palmeira" <rogerio.palmeira@prodalsaude.com.br>
Para: "BR Projeto PPP_HS" <brppphs@deloitte.com>
Cc: "Cynthia Lins" <cynthia.lins@prodalsaude.com.br>, "Caio Matos" <caio.matos@prodalsaude.com.br>, "Gabriel de Camargo" <gabriel.de.camargo@prodalsaude.com.br>
Enviadas: Segunda-feira, 5 de fevereiro de 2024 8:48:38
Assunto: Re: APURAÇÃO 53º TRI MÉDICOS HS.xlsx

Bom dia!

Como salientado anteriormente, nem todos os especialistas constarão no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), estágios credenciados por Sociedades, etc. Neste caso a apresentação de título de especialista pode ocorrer de duas formas:

- a) por meio dos programas de residência médica ou;
- b) pelas sociedades de especialidades.

Neste caso sugiro que em não encontrando na CNRM, verifique também nas sociedades médicas.

Cordialmente,
Rogério Palmeira
Diretor Técnico
(71)3216-8608

De: "cynthia lins" <cynthia.lins@prodalsaude.com.br>
Para: "Rogerio Palmeira" <rogerio.palmeira@prodalsaude.com.br>
Cc: "BR Projeto PPP_HS" <brppphs@deloitte.com>, "Caio Matos" <caio.matos@prodalsaude.com.br>, "Gabriel de Carvalho"
Enviadas: Segunda-feira, 5 de fevereiro de 2024 11:41:50
Assunto: Re: APURAÇÃO 53º TRI MÉDICOS HS.xlsx

Bom dia Vitória,

Acrescento à resposta de Dr. Rogério, que vocês poderão fazer a Verificação da Titularidade dos médicos pesquisando o " formação em determinada especialidade médica.

Nesse sentido, gostaríamos de validar o entendimento do poder concedente acerca da possibilidade de verificação dos sistemas do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb) e Conselho Federal de Medicina (CFM), uma vez que para esta apuração e seguintes, a Concessionária não atingirá a meta de 82% apenas com a verificação ao sistema CNRM.

Reforçamos que em virtude de qualquer entendimento diverso do que consta atualmente na ficha técnica, será necessária uma alteração futura da mesma.

Por questões de prazo, solicitamos retorno até quinta-feira, 22/02/2024. Reforçamos que o retorno é fundamental para a devida apuração do indicador.

Atenciosamente,

Classificação: Confidencial

--

Vitória Silva

Business Analyst II | Risk Advisory
Deloitte Touche Tohmatsu
Av. Tancredo Neves, 620, 30º andar
CEP 41.820-020, Salvador, BA, Brasil
F: +55 (71) 2103-9400
vitorisilva@deloitte.com | www.deloitte.com.br

--

Deloitte.

Esta comunicação, incluindo seus anexos, é destinada exclusivamente ao uso do indivíduo a que se destina, podendo conter informações confidenciais e ser considerada reservada e/ou privilegiada. Se você não for o destinatário pretendido, notifique-me imediatamente, respondendo a este e-mail com confirmação da exclusão desta comunicação e todas as suas cópias de seus dispositivos. O uso não autorizado dessa comunicação é vedado.

Se receber meus e-mails fora do horário comercial, esclareço que não espero que eles sejam respondidos neste momento. É uma questão de organização pessoal.

Esta comunicação, incluindo seus anexos, é destinada exclusivamente ao uso do indivíduo a que se destina, podendo conter informações confidenciais e ser considerada reservada e/ou privilegiada. Se você não for o destinatário pretendido e recebeu esta mensagem por engano, notifique-me imediatamente, respondendo a este e-mail com confirmação que excluirá esta comunicação e todas as suas cópias de seus dispositivos. O uso não autorizado dessa comunicação é vedado. A Deloitte refere-se a uma ou mais empresas da Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), sua rede global de firmas-membro e suas entidades relacionadas (coletivamente, a "organização Deloitte"). A DTTL (também chamada de "Deloitte Global") e cada uma de suas firmas-membro e entidades

Anexo XVIII – Apuração da Concessionária

HS

GERE0160A

Indicadores Qualitativos

15/02/2024 08:54

Pag 1 de 1

Período: 01/10/2023 a 31/12/2023

Dias: 92

Ano: 14

Trimestre: 53

% Conclusão: 100,0%

2 Desempenho da Atenção

Indicadores	Meta Trimestral / Memória de Cálculo	Valor
2.1 Intervalo de Substituição	1 dia - Memória de Cálculo: $(1 - \text{taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{tempo médio de permanência} / \text{Taxa de ocupação hospitalar}$.	0,2 dia(s)
2.2 Índice de Renovação	Mínimo de 4,9 - Memória de Cálculo: $\text{Total de Saídas} / \text{Número de leitos (excluindo leitos COVID)}$	13,4
2.3 Índice de Resolubilidade	Mínimo de 90% - Memória de Cálculo: $\text{Número de Clientes saídos em até 5 dias} / \text{número total de saídas} \times 100$	72,3 %
2.4 Taxa de Atendimentos de Usuários em Regime de Não Urgência e Emergência	<= 10% - Memória de Cálculo: $\text{Número de usuários em regime de não urgência e emergência atendidos} / \text{total de usuários atendidos} \times 100$.	1,6 %
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	<= 60 minutos em 90% dos casos - Memória de Cálculo: $\text{Intervalo de tempo entre a notificação da necessidade de cirurgia e a realização do procedimento anestésico para usuários que necessitam de cirurgia de emergência}$.	96,2 %
2.6 Taxa de Reingresso na UTI - Adulto Durante a Mesma Internação	Máximo de 2,3% - Memória de Cálculo: $\text{Número de reingressos na UTI Adulto durante a mesma internação} / \text{Número de saídas da UTI Adulto} \times 100$	0,3 %
2.7 Taxa de Realização de Checklist de Cirurgia Segura	100% - Memória de Cálculo: $\text{Número de checklists realizados} / \text{Número total de cirurgias realizadas dentro do CC, excluindo procedimentos cirúrgicos de emergência}$.	100%
2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia	Até 45 min para AVC. Até 2 horas para politrauma (incluindo TCE), abdômen agudo obstrutivo, embolia pulmonar e dissecação de aorta. Até 6 horas, para os demais casos. Memória de Cálculo: $\text{Tempo Médio decorrido a partir da solicitação do exame pelo médico prescritor até a disponibilização do laudo no sistema}$	AVC: 38,81 Ex. até 2hs: 52,22 Ex. até 6hs: 246,8

3 Qualidade da Atenção

Indicadores	Meta Trimestral / Memória de Cálculo	Valor
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar em UTI Adultos	Máximo de 20/1.000 - Memória de Cálculo: $\text{Número de episódios de infecção hospitalar em UTI Adulto} / \text{Total de Clientes dia em UTI Adulto} \times 1.000$ (mensal)	9,9/1.000
3.2 Densidade de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Venoso Central (CVC) na UTI Adulto	Máximo de 4,4/1.000 - Memória de Cálculo: $\text{Número de episódios de infecção primária da corrente sanguínea} / \text{Total de CVC dia} \times 1.000$ (mensal), excluindo leitos COVID.	3,5/1.000
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional	Máximo de 6,28% Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos registrados EXCETO Leitos COVID após 24hrs de internação} / \text{Total de Saídas registrados EXCETO Leitos COVID}$	4,81 %
3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória	Máximo de 0,51% - Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico} / \text{Total de Atos Cirúrgicos} \times 100$	0,0 %
3.4A Taxa de Mortalidade no Pós-operatório	Máximo de 2% - Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos ocorridos até 24h após o ato cirúrgico} / \text{Total de Atos Cirúrgicos} \times 100$	0,3 %
3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	Máximo de 15% - Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos por Infarto Agudo Miocárdio} / \text{Número de saídas hospitalares com código de diagnóstico de infarto agudo do miocárdio} \times 100$. (Max. 12% para o 7º TA)	7,7 %
3.6A Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral isquêmico	Máximo de 15% - Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos por AVCI} / \text{Número de saídas hospitalares com código de diagnósticos de AVCI} \times 100$ (CID's I630, I636, I638, I639 e I64)	6,8 %
3.7 Taxa de Mortalidade de Clientes com Sepsis	Máximo de 32,2% - Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos por Sepsis} / \text{Número de saídas hospitalares com diagnóstico de Sepsis} \times 100$	31,6 %
3.8 Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão	Máximo de 5% - Memória de Cálculo: $\text{Número de Clientes com diagnóstico de Lesão por Pressão} / \text{Número de saídas hospitalares com permanência superior a 05 dias} \times 100$. (Max. 4,29% para o 7º TA)	0,4 %
3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) - 7º TA	Máximo de 3,12/1.000 (7º TA) - Memória de cálculo - $(\text{Número de episódios de PAV em pacientes internados em UTI}) / (\text{Número de pacientes em Ventilação Mecânica dia}) \times 1.000$	2,1/1.000
3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter - 7º TA	Máximo de 1,22/1.000 - Memória de Cálculo - $(\text{Número de episódios de ITU associados a SVD}) / (\text{Número de SVD dia}) \times 1.000$	0,4/1.000


 Rodrigo Paixão de Souza
 Analista de Tecnologia da Informação
 Hospital de Curitiba
 15/02/24

HS		Indicadores Quantitativos			15/02/2024 08:53
GERE0160					Pag 1 de 1
Período: 01/10/2023 a 31/12/2023		92 dias	Trimestre: 53	Ano: 14	Conclusão: 100% Operação: 100%
Altas Hospitalares + UTI					
Atividade	Área	Peso	Previsto	Realizado	Perc. Real
1	INTERNAÇÃO HOSPITALAR (Saldas)	65,00%	3.615	3.408	94,3%
1.0	(-) Pacientes encaminhados e não enviados pela CER		87	0	0,0%
1.1	Clinica Médica		693	900	129,9%
1.2	Clinica Cirúrgica		2.370	1.956	82,5%
1.3	Pediatria		465	552	118,7%
1.2	DIÁRIAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTIs)	30,00%	4.860	5.323	109,5%
1.2.2	UTI Adulto		4.050	4.533	111,9%
1.2.3	UTI Pediátrica		810	790	97,5%
2	AMBULATÓRIO (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA até 7o TA)	7,00%	17.712	21.127	119,3%
2.3	Consultas Médicas em Atenção Especializada (2.1 no 7o TA)		14.112	14.673	104,0%
2.5	Atendimentos Urgência e Emergência (Profissionais Médicos)		3.600	6.454	179,3%
3	SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)	8,00%	24.297	58.440	240,5%
3.1	Diagnóstico em Laboratório Clínico		17.712	39.268	221,7%
3.2	Diagnóstico em Radiologia		3.543	11.504	324,7%
3.4	Diagnóstico por Ultra-Sonografia		761	686	90,1%
3.5	Diagnóstico por Ressonância Nuclear Magnética		456	571	125,2%
3.6	Diagnóstico por Tomografia Computadorizada		1.825	5.306	290,7%
3.7	Diagnóstico por Endoscopia		0	29	
3.8	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Eletrocardiograma + Eletroencefalograma)		0	1.076	


 Rodrigo Paixão de Souza
 Analista de Tecnologia da Informação
 Hospital do Sabinho
 15/02/24

Anexo XIX – Relatório de manifestação do Poder Concedente



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde

RELATÓRIO TRIMESTRAL DA COMISSÃO DE CONTROLE E ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE CONCESSÃO ADMINISTRATIVA Nº 030/2010 HOSPITAL DO SUBÚRBIO - 53º TRIMESTRE DE OPERAÇÃO.

I. INTRODUÇÃO:

Considerando o cumprimento do Contrato de Concessão Administrativa nº 030/2010 - Hospital do Subúrbio, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, por intermédio da Comissão de Controle e Acompanhamento do referido contrato, constituída pela Portaria nº 152 de 07 de março de 2022, vem por meio deste, emitir o Relatório Trimestral da Comissão de Controle e Acompanhamento, considerando o Relatório Preliminar de verificação dos índices de desempenho para fins de cálculo da Contraprestação Mensal Efetiva, elaborado pelo Verificador Independente Deloitte Touche Tohmatsu Consultores LTDA., referente ao 53º Trimestre de Operação, período compreendido de 01 de outubro de 2023 a 31 de dezembro de 2023, recebido em 26/02/2024.

II. METODOLOGIA:

Trata-se da análise das informações apresentadas pelo Verificador Independente - VI por meio do seu Relatório Preliminar do 53º Trimestre de Operação, doravante chamado de Produto P5.8 – Relatório dos resultados dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de Desempenho – Hospital do Subúrbio.

Cumprir destacar que a apuração do VI considerou o quanto definido no Contrato 030/2010 e seus aditivos.

III. AVALIAÇÃO DA APURAÇÃO REALIZADA PELO VERIFICADOR INDEPENDENTE DO CONTRATO REFERENTE AOS INDICADORES DE DESEMPENHO:

De acordo com o Contrato de Concessão 030/2010, as variações decorrentes da apuração dos Indicadores, serão aplicadas sobre 70% do valor da Contraprestação Mensal Máxima, para os indicadores Quantitativos e 30% do valor da Contraprestação Mensal Máxima dos Indicadores de Desempenho.

Salienta-se que, conforme consta em Relatório Preliminar do Verificador, a devida apuração foi fundamentada nas bases de dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio - PGH.

Destacamos ainda que, no processo de fiscalização do Contrato de Concessão nº 030/2010, o Verificador Independente é a empresa especializada responsável em auxiliar o Poder Concedente durante todo o processo. A referida empresa possui papel essencial no acompanhamento e apontamento de inconsistências contratuais, de forma a auxiliar o Poder Concedente, tudo de acordo com o que estabelece a Portaria nº 1.484, de 28 de dezembro de

2015, em seu Anexo Único, em que compete ao Verificador Independente:

"Apurar os Indicadores Quantitativos e Indicadores de Desempenho" e conforme subcláusula 11.3.2 do Contrato nº 030/2010 "Auxiliar a SESAB na fiscalização do contrato e garantir a apuração dos indicadores do contrato quanto ao atingimento ou não das metas pactuadas."

IV - ANÁLISE DO RELATÓRIO PRELIMINAR EMITIDO PELO VERIFICADOR INDEPENDENTE – (PRODUTO P.5.8 - RELATÓRIO DOS RESULTADOS DOS INDICADORES QUANTITATIVOS E DE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DO 53º TRIMESTRE DE OPERAÇÃO).

1. Internação Hospitalar

1.1 Saídas de Internação Hospitalar

Considerando o quanto previsto no Anexo 5 do 12º Termo Aditivo, este indicador visa obter o quantitativo de saídas de pacientes internados pela Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Clínica Pediátrica, no trimestre. O documento supracitado define ainda que:

Informa-se também que quando for identificado que o Complexo Regulador (CER) autorizou o paciente a ser transferido ao Hospital, porém este não foi encaminhado, a meta informada de saídas será reduzida diretamente de acordo com o quantitativo de pacientes que se enquadraram nesse caso.

Entretanto, não foi identificado no relatório do Verificador o registro de pacientes autorizados e não efetivamente encaminhado a unidade hospitalar.

Por conseguinte, solicitamos ao VI que revise junto a Concessionária, e em caso de pacientes não encaminhados após autorização, que encaminhe a listagem para esta Secretaria de Saúde afim de obtermos a validação dos dados junto ao Complexo Regulador – CER.

1.2 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva

Para a apuração do indicador serão contabilizados todos os dias de internação (independente da hora de entrada), exceto o dia de saída. Considerando que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador, esta Comissão concorda com o percentual de atingimento informado pelo VI.

2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada

Conforme Anexo 5 do 12º Termo Aditivo, além dos pacientes egressos nas áreas Clínica Médica, Urologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Neurologia, Bucomaxilofacial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, deverá ser considerado os atendimentos realizados por meio de encaminhamento do Complexo Regulador, através do Sistema de Lista Única.

Dito isto, esta Comissão acata o percentual de atendimento informado pelo VI, considerando que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que

a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos.

2.2 atendimentos Urgência e Emergência

Segundo o 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.

Esta Comissão acata o percentual de atendimento da meta informado pelo VI, considerando que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos.

3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Para o cômputo do indicador, deverá ser contabilizado somente os atendimentos de demanda interna, referente aos pacientes do ambulatório, urgência e emergência. Considerando que o Verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador, e que a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos, esta Comissão concorda com o quanto informado pelo VI.

INDICADORES DE DESEMPENHO

1. Auditoria Operacional

1.1 Revisão de Prontuários.

1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos.

1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH.

1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância.

1.5 Comissão de Transplante (CIHDOTT).

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

Considerando que o Verificador Independente realizou todas as checagens necessárias para a apuração dos indicadores supramencionados, e que esta foi pautada a luz do contrato e seus aditivos, essa Comissão assente as informações trazidas pelo VI quanto aos cumprimentos das metas.

Em que pese, no relatório preliminar do VI informa que os documentos fornecidos pela Concessionária para a avaliação do cumprimento dos indicadores listados estarem nos anexos do mencionado relatório, não localizamos a referida informação. Por oportuno, solicitamos que os documentos apresentados pela Concessionária ao VI para avaliação do indicador, sejam incluídos nos anexos da versão final do relatório.

2. Desempenho da Atenção

2.1 Intervalo de Substituição

Levando em consideração que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a

apuração do indicador, e que esta foi a luz do contrato e seus aditivos, essa Comissão concorda com as informações do VI quanto ao atendimento do indicador.

2.2 Índice de Renovação

Tendo em vista que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que foi pautada a luz do contrato e seus aditivos, esta Comissão acata a conclusão do VI quanto ao atendimento do indicador.

2.3 Índice de Resolubilidade na Internação.

Tomando como base que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos, esta Comissão concorda quanto ao **não atingimento** da meta estabelecida, conforme informado pelo VI.

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

Conforme definido no Anexo 5 ao Termo Aditivo nº 12, este indicador visa acompanhar o atendimento aos usuários que não exigem atendimento imediato (urgência e emergência).

Levando em consideração que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que esta foi a luz do contrato e seus aditivos, esta Comissão concorda com a informação do VI quanto ao atendimento do indicador.

2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência

Esta Comissão acata o percentual de atendimento da meta informada pelo VI, considerando que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos.

2.6 Taxa de Reingresso na UTI – Adulto durante a mesma internação

O indicador tem por objetivo acompanhar as reinternações na UTI adulto em até 24 horas após a alta. Esta Comissão acata ao atingimento da meta informada pelo VI, considerando que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos.

2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura

Tomando como base que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos, esta Comissão concorda quanto ao atingimento da meta estabelecida conforme informado pelo VI.

2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia

Conforme Ficha Técnica 35 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato, este indicador visa acompanhar o tempo de resposta entre as solicitações de exames de Tomografia em caráter urgente até a disponibilização dos laudos. Considerando que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que a apuração foi pautada a luz do

contrato 030/2010 e seus aditivos, esta Comissão concorda quanto ao **não atingimento** da meta estabelecida conforme informado pelo VI.

3. Qualidade da Atenção

O bloco de indicadores relacionados a qualidade da atenção, tem como objetivo auxiliar a unidade hospitalar a planejar suas ações e a ampliarem a qualidade da atenção prestada ao cliente.

3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto

Considerando que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que a apuração foi pautada a luz do contrato e seus aditivos, esta Comissão concorda quanto ao atingimento da meta estabelecida conforme informado pelo VI.

3.2 Densidade de Infecção Hospitalar Associada à Cateter

Venoso Central (CVC)

Considerando que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador, e que a apuração foi pautada a luz do contrato e seus aditivos, esta Comissão concorda quanto ao **não atingimento** da meta estabelecida conforme informado pelo VI.

3.3 Taxa de Mortalidade Institucional

3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória

3.4 A Taxa de Mortalidade Pós-operatória

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

3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Considerando que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração dos indicadores da Qualidade da Atenção listados acima, e que a apuração foi pautada a luz do contrato e seus aditivos, esta Comissão concorda quanto ao atingimento da meta estabelecida conforme informado pelo VI.

3.7 Taxa de Mortalidade Por Sepses

O citado indicador visa acompanhar os óbitos por sepse. Tomando como base que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos, esta Comissão concorda quanto ao **não atingimento** da meta estabelecida conforme informado pelo VI.

3.8 Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão

Tendo em vista que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que foi pautada a luz do contrato e seus aditivos, esta Comissão acata a conclusão do VI quanto ao atendimento do indicador.

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

Considerando que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que foi pautada a luz do contrato e seus aditivos, esta Comissão acata a conclusão do VI quanto ao atendimento do indicador.

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

Ponderando que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador, e que foi pautada a luz do contrato e seus aditivos, esta Comissão acata a conclusão do VI quanto ao **não atendimento** do indicador.

4. Gestão Clínica

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

Essa Comissão de Acompanhamento concorda com o quanto informado pelo verificador, quanto ao atingimento da meta, tendo em vista o entendimento 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.

5. Inserção no Sistema de Saúde

5.1 Taxa de Atendimento aos Usuários Encaminhados ao Complexo Regulador.

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 21 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato, a Concessionária deverá realizar 02 (dois) reportes diários a Central Estadual de Regulação – CER, com a relação as vagas disponíveis na unidade hospitalar.

Para fins de apuração do indicador, foi encaminhado ao Verificador Independente as bases da regulação disponibilizadas pela CER (evento 00084466046), constando o demonstrativo de reportes diários de disponibilidade de vagas (evento 00084465445).

Considerando que o verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que foi pautada a luz do contrato e seus aditivos, esta Comissão acata a conclusão do VI quanto ao atendimento do indicador.

6. Gestão de Pessoas

6.1 Percentual de Médicos com Título de Especialista

Malgrado o atingimento do indicador, restou pontuado pelo Verificador Independente que foram realizadas consultas ao Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, afim de verificar o devido registro de residência do corpo médico na área de atuação na unidade hospitalar, considerando a base de profissionais fornecida pela Concessionária para o 53º trimestre, entretanto não foram identificados 58 profissionais no sistema CNRM (evento 00084459599).

A Concessionária por sua vez, manifestou que nem todos os especialistas constam no CNRM, posto que muitos profissionais podem realizar outras modalidades de especialização fora da CNRM, tais como: residências médicas fora do país, fellowships, residências médicas em programas não-credenciados ao CNRM, estágios credenciados por Sociedades Médicas de

Especialidades etc. Nestes casos, a apresentação dos títulos das sociedades médicas teriam o mesmo valor legal que os constantes no sistema CNRM, conforme termos das Leis 6.932/1981 e 12.871/2013 (evento 00084459599).

O Poder Concedente por sua vez acatou a justificativa da Concessionária para essa apuração ressaltando que será realizada uma consulta a Procuradoria Geral do Estado - PGE, que é o órgão de assessoramento Jurídico do Estado, a quem compete a interpretação de cláusulas contratuais, e que tão logo seja disponibilizado o Parecer, se o entendimento da PGE divergir da forma de apuração utilizada, o indicador deverá ser reanalisado pelo VI e eventuais diferenças descontadas de forma retroativa. Ressalta ainda que compete a PGE estabelecer se essa alteração deve ser realizada por meio de Termo Aditivo com alteração da ficha técnica do referido indicador (evento 00084459599).

Em resposta complementar, a Concessionária, através do Ofício 74/2024 (evento 00084592901), vem propor a revisão da ficha-técnica do indicador, para que se adeque as normas legais, sem que haja qualquer prejuízo a concessionária ou aos médicos cujos critérios sejam diversos do entendimento do CNRM. Reitera ainda, que ao longo dos anos, justamente por ter uma equipe médica especializada e qualificada para o adequado cumprimento do quanto previsto no contrato 030/2010, a concessionária historicamente atinge este indicador, bem como obteve reconhecimento de seu trabalho, tendo sido o primeiro hospital público acreditado na Bahia, sendo até o momento o único entre os hospitais públicos do Estado a ser acreditado como nível de excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Esta Comissão concorda com a apuração do VI até que advenha o Parecer da consulta realizada pelo Poder Concedente a PGE, para seguimento do quanto orientado pelo órgão jurídico.

6.2 Relação Enfermeiro/Leito

6.3 Índice de Atividades de Educação Permanente

6.4 Taxa de Acidente de Trabalho

Tomando como base que o Verificador Independente realizou todas as checagens necessárias para a apuração dos indicadores de Gestão de Pessoas listados acima, e que a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos, esta Comissão acata a informação trazida pelo VI quanto ao atingimento das metas.

7. Desempenho na Área de Controle Social

7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários

Considerando que o Verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos, esta Comissão concorda a informação trazida pelo VI quanto atingimento da meta estabelecida.

Salienta-se que, esta Comissão recebe trimestralmente um relatório contendo as opiniões/queixas dos usuários, emitido pela Prodal. Referente ao 53º trimestre de operação SEI nº 019.5120.2024.0018966-91, todas as demandas e queixas foram respondidas pelo Hospital do Subúrbio, bem como ficou evidenciado as providências adotadas.

7.2 Avaliação da Satisfação do Cliente ou Sua Família

Tomando como base que o Verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos, esta Comissão concorda com a informação trazida pelo VI do atingimento da meta estabelecida.

8. Desempenho na área de Humanização

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

Tendo como base que o Verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos, esta Comissão acata a informação trazida pelo VI do atingimento da meta, ao tempo em que solicita que os documentos apresentados pela Concessionária ao VI, para avaliação do indicador, sejam incluídos nos anexos da versão final do relatório.

9. Relacionamento e Acreditação

9.1 Processo de Acreditação Através de uma das Organizações Certificadoras

Considerando que o Verificador realizou todas as checagens necessárias para a apuração do indicador e que a apuração foi pautada a luz do contrato 030/2010 e seus aditivos, esta Comissão concorda com a informação trazida pelo VI do atingimento da meta.

Cumprе destacar que, conforme relatório do VI, a acreditação encontra-se válida até setembro de 2025. Nesta esteira, solicita-se ao VI que seja incluído nos anexos da versão final, o documento comprobatório.

IV. CONCLUSÃO

Isto posto, este é o Parecer acerca do Relatório de Apuração dos Indicadores Quantitativos e Qualitativos do Contrato nº 030/2010 apurado pelo Verificador Independente, para o 53º trimestre de Operação do Hospital do Subúrbio, cuja análise se pautou nas regras contratuais e seus aditivos.

Encaminhamos para o Verificador Independente – Deloitte Touche Tohmatsu Consultores LTDA., e para a Concessionária Prodal Saúde S/A, ao tempo que nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários e submetemos para conhecimento da Diretoria de Gestão em unidades Consorciadas e em parceria Público Privada – DGEOP.

Salvador, 29 de fevereiro de 2024.

Assim, assinam:

Luciana Fernandes Moura Macedo

Membro da Comissão de Controle e Acompanhamento do Contrato nº 030/2010

Débora Grasielle Campos Bahia

Membro da Comissão de Controle e Acompanhamento do Contrato nº 030/2010

Silvana Lúcia Pereira de Oliveira

Membro da Comissão de Controle e Acompanhamento do Contrato nº 030/2010



Documento assinado eletronicamente por **Débora Grasielle Campos Bahia, Enfermeiro**, em 28/02/2024, às 17:17, 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 **Luciana Fernandes Moura Macedo, Coordenador II**, em 28/02/2024, às 17:17, 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 **Silvana Lúcia Pereira De Oliveira, Enfermeiro**, em 29/02/2024, às 08:36, 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 **00084692042** e o código CRC **875A9062**.

Anexo XX – Ofício 81/24 da Concessionária



Salvador, 29 de fevereiro de 2024

Ofício Dir. Técnica nº 81/24

Ilmo. Sr

Paulo Vitale

Deloitte Touche Tomhatsu Consultores LTDA

CC: Sra. Priscila Magalhães Bellazi

Diretora\ DGE COP / SAIS / SESAB

Nesta

Prezados Senhores,

Vimos através deste, manifestar **tempestivamente** o parecer da Concessionária Prodal Saúde ao **Produto P5.8 – Relatório Preliminar de Apuração dos Indicadores - 53º Trimestre (01/10/2023 a 31/12/2023)**, elaborado pelo Verificador Independente (VI) do Contrato de Concessão nº 030/2010 e recepcionado por esta concessionária dia 26/02/2024.

A Concessionária expõe seus argumentos com foco nos indicadores apresentados pelo VI como **não atingidos**, conforme o relatório de apuração preliminar, e ressalta a aplicação da revisão dos indicadores contratuais, contemplando as alterações de escopo definidas por meio dos Termos Aditivos nº 07 e nº 12 ao Contrato.

Importante frisar que os pontos detalhados a seguir são apresentados ao Poder Concedente e Verificador Independente, a partir de uma visão que reúne aspectos técnicos, gerenciais e operacionais, conforme o entendimento da PGE, emitido no Parecer PGE-GAB-PAE-JLD-036/2020, no qual recomenda: *“devendo a Sesab em conjunto com o Verificador Independente e a Concessionária, empreender estudos no sentido de identificar, observadas as peculiaridades do contrato, frente as alterações perpetradas em sua execução, a melhor forma de preservar a continuidade dos serviços concedidos e as condições de remuneração da Concessionária”*.

II. Indicadores de Desempenho

2.3 Índice de Resolubilidade na Internação

Para a apuração deste indicador não houve mudança com os 7º e 12º Termos Aditivos, sendo mantida a Ficha Técnica original do contrato de Concessão 030/2010, conforme descrita a seguir.

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.

A Concessionária ressalta a **exclusão dos pacientes que passaram pelas unidades de terapia Intensiva (UTI's)**, conforme descrito na ficha técnica, trecho em destaque, seja adulto ou pediátrica, o que **não significa apenas as suas Saídas Externas diretas** (Alta Hospitalar por Transferência Externa ou Óbito). Ou seja, deve-se excluir do cálculo do indicador (do numerador e denominador) os pacientes que tiveram admissão nas UTI's, vista através de suas movimentações durante a internação hospitalar.

No 53º Trimestre, os valores apresentados pela Concessionária e o apurado pelo VI não apresentaram diferenças significativas, estando nos dois reportes abaixo da meta definida de no mínimo 90% das altas em até 5 dias da internação.

Meta do Indicador	Reporte da Concessionária	Apuração do Verificador Independente
Mínimo de 90%	72,30%	73,26%

A Concessionária ACATA a apuração do Indicador como Meta Não Atingida, mas ressalta a necessidade de revisão da meta, uma vez que o histórico do indicador sempre manteve próximos dos valores relatados, refletindo o perfil dos pacientes internados de maior gravidade, incompatível com o alcance da meta de 90% em 5 dias.

2.8 Tempo médio de Resposta Exames de Tomografia

O indicador de tempo de resposta de **Tempo Médio de Resposta de Tomografia** é novo, incorporado no 12º Termo Aditivo do Contrato Nº 030/2101, e traz como meta a Média de Tempo de disponibilização do laudo, a partir da solicitação do exame, em três categorias, conforme ficha técnica, como descrito a seguir:

- Até 45 minutos para AVC
- Até 2 horas para os casos de Politrauma, TCE, Abdomen Agudo Obstrutivo, Embolia Pulmonar e Dissecção de Aorta
- Até 6 horas nos demais casos de atendimento na Emergência

No **Relatório Preliminar de Apuração dos Indicadores – 53º Trimestre (01/10/23 a 31/12/23)**, páginas 42 a 45, o VI considera o indicador como **meta não atingida**, sinalizando as situações onde não houve a disponibilização do laudo conforme os tempos definidos na meta, com 3 casos acima de 45 minutos (2%) no grupo “AVC” e 40 casos (2%) no grupo “demais casos”. No entanto, s, foi observado 45 casos acima desse tempo.

No entanto, a Concessionária ressalta que o indicador **NÃO** se refere a todos os casos dentro do tempo estipulado na meta e sim ao **TEMPO MÉDIO**, que significa a soma de todos os tempos de cada exame solicitado dividido pelo número total de exames.

Desta forma, a Concessionária **NÃO** ACATA a apuração do Indicador como Meta Não Atingida e solicita observação quanto a descrição da Fórmula do cálculo do indicador na Ficha Técnica 35, como descrita abaixo.



3.1 Densidade de Infecção associada a CVC na UTI Adulto

A Infecção de Corrente Sanguínea associada a CVC é um indicador contratual que ao longo dos trimestres não sofreu modificação e segue os critérios definidos pela ANVISA. Assim, deve-se considerar a ocorrência desta infecção se, na data do diagnóstico, o paciente estiver em uso de cateter venoso central (CVC), ou se houve a remoção do cateter em até 2 dias antes do diagnóstico. Além disto, é necessário a ausência de outro foco infeccioso justificando a infecção, como descrito na própria Ficha Técnica 13 e na Nota Técnica GVMS/GGTES N° 3/2023 a seguir.

4. IRAS associada ao uso de dispositivos invasivos

Para ser considerada uma IRAS associada a dispositivo invasivo, o paciente deve ter utilizado o dispositivo invasivo por um período maior que 2 (dois) dias consecutivos, considerando o D1 o dia da instalação do dispositivo invasivo. Além disso, na data da infecção o paciente deve estar em uso do dispositivo OU este deve ter sido removido no dia anterior.

As IRAS associadas a dispositivos invasivos que são de notificação obrigatória ao Sistema nacional são: infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter central, pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) e infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora. Por esse motivo, no diagnóstico dessas infecções foi incluído como item do critério a presença do dispositivo invasivo, conforme definido acima.

NOTA TÉCNICA GVMS/GGTES N° 03/2023
Critérios diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
(IRAS): notificação nacional obrigatória para o ano de 2023

13

A Concessionária ressalta ainda, também conforme os critérios da ANVISA (descrito abaixo), que a unidade a ser atribuída como responsável pela infecção é definida considerando: a data do diagnóstico e o tempo de permanência do paciente na unidade no momento do diagnóstico. Assim, para a infecção ser atribuída a unidade é necessário que o diagnóstico ocorra após 2 dias da admissão do paciente na unidade ou em até 2 dias após a alta do paciente da unidade.



5. Unidade/Serviço de atribuição da Infecção

A infecção será atribuída à unidade/serviço no qual o paciente está internado na data do evento. Em casos de transferência ou admissão, a infecção será atribuída ao local de origem do paciente, se a infecção ocorrer no dia da transferência/admissão (D1) ou no dia seguinte (D2) à transferência/admissão. A partir do D3, esse evento deve ser atribuído à unidade/serviço de destino.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2023
Critérios diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
(IRAS): notificação nacional obrigatória para o ano de 2023

20

No 53º Trimestre, o indicador de Infecção de Corrente Sanguínea associado a CVC apresentado pela Concessionária e o apurado pelo VI apresentaram valores com diferença significativa, com impacto no atingimento da Meta contratual definida.

Meta do Indicador	Reporte da Concessionária	Apuração do Verificador Independente
Máximo 4,4/1.000	3,5/1.000	5,17/1.000

Para o melhor entendimento da diferença observada, a Concessionária avaliou os 19 casos identificados pelo VI, sendo confirmado a ocorrência de Infecção de Corrente Sanguínea em 06 (seis) casos. Na tabela a seguir encontra-se as observações de todos os casos, com a descrição dos motivos de divergência quanto ao diagnóstico da infecção ser ou não associada ao uso de CVC, ou de ser ou não atribuída a UTI Adulto.

Desta forma, a Concessionária **NÃO ACATA** a apuração do Indicador como Meta Não Atingida e **solicita observação** quanto as observações apresentadas.

Análise dos casos identificados pelo VI como Infecção de Corrente Sanguínea em UTI Adulto

PRONTUÁRIO	DATA DA INFECÇÃO	SOBRE O DISPOSITIVO	SOBRE A UNIDADE	CONCLUSÃO						
2151	09/11/23	Em uso de CVC de 24/10 a 09/11	Admissão em Enfermaria em 30/10	A Infecção da Corrente Sanguínea foi associada a CVC, porém foi considerado ser da Enfermaria. Ressalta-se que o paciente não estava na UTI no período em que se atribui a ocorrência da infecção ao setor, ou seja até no máximo 2 dias após a Saída da UTI.						
Movimentações										
Leito	Isol.	Sector	Nome	Nível	Descrição	Usuário	Data Entrada	Data Saída	Código do Paciente	Tipo Alta
A304C		1703	Internação Adulto II	4	Enfermaria	2453	01/10/23 22:07	10/11/23 08:44	01.06.45.1.2	Doa
127B		1721	Internação Adulto Terceiro	4	Enfermaria	2010	06/10/23 12:14	01/10/23 22:07	01.06.45.1.2	
UTA52		2112	UTI Adulto 1 e 2	8	UTI	1115	23/10/23 17:21	30/10/23 12:14	01.06.45.1.2	
492202					02/12/23	Sem observações	Sem Observações	Caso confirmado		
489542					20/11/23	Início uso de CVC em 22/11	Internação em Enfermaria de 27/10 a 20/11	A Infecção de Corrente Sanguínea NÃO foi associada a CVC, pois o cateter foi instalado dois dias após a ocorrência da infecção. Além disso, a data da infecção foi a mesma em que o paciente foi admitido na UTI. Portanto esta infecção foi considerada da Enfermaria.		
124A		1721	Internação Adulto Terceiro	4	Enfermaria	LLSANTANA	24/11/23 15:04	11/12/23 02:35	05.05.54.1.1	
USA46		2115	UTI Adulto 3	8	UTI	194601	20/11/23 14:20	24/11/23 15:04	05.05.54.1.1	
129B		1721	Internação Adulto Terceiro	4	Enfermaria	2368	13/11/23 15:58	20/11/23 14:20	05.05.54.1.1	
480756					04/10/23	Início uso de CVC em 04/10	Internação em UTI de 02/10 a 15/10	A Infecção de Corrente Sanguínea NÃO foi considerada associada a CVC, pois a instalação do CVC foi no dia da ocorrência da Infecção. Ressalta-se que a Infecção de Corrente Sanguínea é associada a CVC quando inicia após 2 dias da instalação do cateter. Além disso, para ser considerada da UTI precisaria que o paciente estivesse internado mais de 2 dias na unidade. O paciente tinha dois dias. Assim esta infecção foi atribuída a Enfermaria.		
A3051		1703	Internação Adulto II	11	Isolamento	5433	15/10/23 12:43	16/10/23 12:38	06.09.62.1.4	
JS405		2115	UTI Adulto 3	8	UTI	2159	08/10/23 00:00	15/10/23 12:43	06.09.62.1.4	
JS405		2115	UTI Adulto 3	8	UTI	5430	02/10/23 18:30	08/10/23 23:59	06.09.62.1.3	ADM
4761		1719	Internação Adulto Terceiro	4	Enfermaria	758	26/09/23 12:34	02/10/23 15:30	06.09.62.1.3	
481344					07/10/23	Caso confirmado				
289772					23/11/23	Caso confirmado				
489691					06/11/23	Início o uso de CVC em 25/11	Admissão em UTI apenas em 06/11/23	A Infecção de Corrente Sanguínea NÃO foi associada ao uso de CVC, pois o cateter foi instalado após a ocorrência da infecção. Além disso, o paciente foi admitido na UTI na data da ocorrência da infecção. Portanto esta infecção foi considerada da Enfermaria. Ressalta-se que o paciente não estava internado na UTI no período necessário em que se atribui a ocorrência da infecção ao setor, ou seja estar na UTI mais de 2 dias antes da infecção.		
UTA16		2112	UTI Adulto 1 e 2	8	UTI	2159	13/11/23 00:00	17/11/23 23:59	09.12.61.1.0	ADM
UTA16		2112	UTI Adulto 1 e 2	8	UTI	949	05/11/23 10:51	12/11/23 23:59	09.12.61.1.4	ADM
VIRE01		1729	Internamento REA	4	Enfermaria	579	05/11/23 04:35	06/11/23 10:51	09.12.61.1.4	
A104A		1721	Internação Adulto I	4	Enfermaria	2204DEC	28/10/23 01:06	06/11/23 04:35	09.12.61.1.4	

488475	19/10/23	Interação em UTI de 17/10 a 22/10	A infecção de Corrente sanguínea NÃO foi associada ao uso de CVC e não foi atribuída a UTI, pois o paciente precisava estar mais de 2 dias internado na unidade.						
A701B	1719	Internação Adulto Terceiro	4 Enfermaria	2507	22/10/23 15:20	20/10/23 22:25	12.06.40.1.1	YES	
UTA61	2112	UTI Adulto 1 e 2	8 UTI	801	17/10/23 11:50	22/10/23 15:20	12.06.40.1.1	YES	
VRE04	1729	Internamento REA	4 Enfermaria	8226	13/10/23 20:24	17/10/23 11:50	12.06.40.1.1	YES	

491592	28/11/23	Início uso de CVC em 28/11 a 09/12	Interação em UTI de 19/11 a 06/12	A infecção não foi associada ao CVC, pois o cateter foi iniciado no dia da ocorrência da infecção. Resulta-se que a Infecção de Corrente Sanguínea é associada a CVC quando inicia após 2 dias da instalação do cateter.	
IDENTIFICAÇÃO: Paciente: 15.94.45.0.3 Setor: 2113 - UTI Adulto Cirúrgica Idade: 78 Sexo: Masculino Conselho: SUS Leito: UTC02 SmartRag: 384.873 TIPO DE REGISTRO: Evolução PROFISSIONAL: Médica(a) ESPECIALIDADE: Cirurgia Geral REGISTRO: Realizo múltiplas tentativas de punção de veias jugulares internas, sem sucesso. Setor informa que não está disponível linha tubular para USG no momento. Puncione CVC em VTD e soro em YFE. PAMI em ARE. CONDIÇÃO: ex controle Assinatura: <u>Registros: 28/11/2023 17:09 Dra. Carolina Jamini Franco de Moraes</u> Registro: 28479 Conselho: CRM					

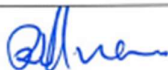
109020	21/10/23	Em uso de CVC de 23/10 a 31/10	Interação em Enfermaria de 13/10 a 20/10	A infecção não foi associada a CVC, pois foi implantado após a ocorrência da infecção. Além disso, a infecção não foi atribuída a UTI pois o paciente não estava com mais de 2 dias na unidade no momento do diagnóstico.						
Leito	Setor	Nome	Nível	Descrição	Usuário	Data Entrada	Data Saída	Código do Paciente	Tipos	Tipos Alta
USA17	2115	UTI Adulto 3	8 UTI		1118	21/10/23 00:00	01/11/23 00:22	15.11.50.0.2	YES	Disto
USA17	2115	UTI Adulto 3	8 UTI		4218	20/10/23 02:45	20/10/23 23:59	15.11.50.0.2	YES	ADM
A407B	1704	Internação Adulto IV	4 Enfermaria		3151	13/10/23 14:42	20/10/23 02:45	15.11.50.0.2	YES	

491857	27/11/23	Caso confirmado		
--------	----------	-----------------	--	--

243126	03/10/23	Interação em Enfermaria de 01/10 a 09/10	A infecção foi atribuída a Enfermaria, pois o paciente tinha mais de 2 dias de alta da UTI.						
A103C	1701	Internação Adulto I	4 Enfermaria	1880	09/10/23 01:27	09/10/23 02:29	18.10.00.0.2	YES	
A303B	1703	Internação Adulto II	4 Enfermaria	758	01/10/23 05:30	09/10/23 01:27	18.10.00.0.2	YES	
UTA18	2112	UTI Adulto 1 e 2	8 UTI	2104	30/09/23 21:31	01/10/23 05:30	18.10.00.0.2	YES	
A303B	1703	Internação Adulto II	4 Enfermaria	4199	21/09/23 17:50	00/09/23 21:31	18.10.00.0.2	YES	

489212	06/11/23	Caso confirmado		
--------	----------	-----------------	--	--

488719	07/12/23	Início uso de CVC em 03/11 a 06/12	Interação em UTI de 26/10 a 19/11	A infecção ocorreu após 48 horas da alta da UTI, não sendo considerada portanto da UTI.					
AT05C	1719	Internação Adulto Terceiro	4 Enfermaria	808	01/12/23 18:13	07/12/23 08:13	20.10.48.1.4	YES	Disto
AT05B	1719	Internação Adulto Terceiro	4 Enfermaria	3151	23/11/23 14:38	01/12/23 18:13	20.10.48.1.4	YES	
A408B	1704	Internação Adulto IV	4 Enfermaria	2507	23/11/23 14:13	23/11/23 14:38	20.10.48.1.4	YES	
A407B	1704	Internação Adulto IV	4 Enfermaria	3151	18/11/23 17:02	23/11/23 14:13	20.10.48.1.4	YES	
A408A	1704	Internação Adulto IV	4 Enfermaria	3151	18/11/23 17:02	18/11/23 17:02	20.10.48.1.4	YES	
A407A	1704	Internação Adulto IV	4 Enfermaria	3151	18/11/23 17:00	18/11/23 17:02	20.10.48.1.4	YES	
UTA19	2112	UTI Adulto 1 e 2	8 UTI	1118	15/11/23 00:00	18/11/23 17:00	20.10.48.1.4	YES	



486141	11/10/23	Sem uso de CVC	Internação na Enfermaria de 06/10/23 a 11/10/23	A infecção foi considerada da enfermária, pois não tinha mais de 2 dias após a alta da UTI.					
NAT91	1719	Internação Adulto Terceio	4 Enfermaria	666	12/10/23 00:58	12/10/23 10:01	22.07.98.9.1	Transferência	-
AT03A	1719	Internação Adulto Terceio	4 Enfermaria	5379	06/10/23 12:21	12/10/23 00:58	22.07.98.9.1		
USA19	2115	UTI Adulto 3	8 UTI	2276	19/09/23 13:13	06/10/23 12:21	22.07.98.9.1		
490865	15/11/23	Início uso de CVC em 14/11	Internação em Enfermaria de 10/11 a 15/11	A infecção foi considerada da enfermária, pois não tinha mais de 2 dias de admissão na UTI. O paciente foi admitido na UTI no mesmo dia do diagnóstico da infecção.					
A210B	1702	Internação Adulto II	4 Enfermaria	4897	24/11/23 09:47	24/11/23 17:58	24.08.51.0.1	Melhora	-
USA01	2115	UTI Adulto 3	8 UTI	5625	15/11/23 12:24	24/11/23 09:47	24.08.51.0.1		
VCC05	1707	Centro Cirúrgico	4 Enfermaria	5199	14/11/23 22:31	15/11/23 12:24	24.08.51.0.1		
A405A	1794	Internação Adulto IV	4 Enfermaria	3151	13/11/23 12:19	14/11/23 22:31	24.08.51.0.1		
AT04A	1719	Internação Adulto Terceio	4 Enfermaria	1611	10/11/23 03:05	13/11/23 12:19	24.08.51.0.1		
491830	02/12/23	Em uso de CVC em 21/11 a 08/12	Saída da UTI em 26/11/23	A infecção não preenche critérios de ter sido da UTI, pois o paciente tinha mais de 2 dias após a alta da UTI. Recebeu alta em 26/11/23 e a infecção ocorreu em 02/12/23.					
T23C	1721	Internação Adulto Terceio I	4 Enfermaria	2159	13/12/23 00:00	18/12/23 02:15	25.01.43.0.2		
T23C	1721	Internação Adulto Terceio I	4 Enfermaria	4235	26/11/23 10:44	12/12/23 23:59	25.01.43.0.1	ADM	
USA15	2115	UTI Adulto 3	8 UTI	2276	21/11/23 18:10	26/11/23 10:44	25.01.43.0.1		
486779	30/10/23	Case confirmado							
491994	25/11/23	Início uso de CVC em 28/11	Internação em Enfermaria de 12/11 a 24/11	A Infecção da Corrente Sanguínea NÃO foi associada a CVC. Além disso, foi considerado ser da Enfermaria, pois tinha menos de 2 dias da transferência da Enfermaria para UTI. Ressalta-se que o paciente não estava na UTI no período em que se atribui a ocorrência da infecção ao setor, ou seja até no mínimo 2 dias antes do início da infecção.					
USA08	2115	UTI Adulto 3	8 UTI	247	24/11/23 16:39	27/12/23 08:23	27.12.44.0.1	Óbito	-
A210A	1702	Internação Adulto II	4 Enfermaria	5275	12/11/23 21:18	24/11/23 16:39	27.12.44.0.1		
V1002	1730	Internamento EME	4 Enfermaria	5225	12/11/23 20:51	12/11/23 21:18	27.12.44.0.1		

3.7 Taxa de Mortalidade por Seps

A Concessionária apresenta **Taxa de Mortalidade por Seps** com valor de **31,5%**, diferente do encontrado pelo VI. Desta forma faz-se necessário um melhor esclarecimento do método de obtenção dos dados utilizado pelo VI para o cálculo do indicador, bem como o alinhamento desta metodologia de obtenção dos dados.

Meta do Indicador	Reporte da Concessionária	Apuração do Verificador Independente
Máximo de 32,2%	31,6%	69,51%

A Concessionária **NÃO ACATA** a apuração do Indicador como Meta Não Atingida e solicita ao VI esclarecimento quanto a metodologia de obtenção dos valores apresentados, uma vez que apresentam valores que divergem das nossas observações, que foram dentro da meta contratual.

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

A Infecção do Trato Urinário relacionada a cateter vesical é um indicador contratual novo, que segue os critérios definidos pela ANVISA. Assim, deve-se considerar a ocorrência desta infecção se, na data do diagnóstico, o paciente estiver em uso de sonda vesical de demora (SVD), ou se houve a remoção da sonda em até 2 dias antes do diagnóstico, conforme Nota Técnica GVMS/GGTES N° 3/2023 a seguir.

4. IRAS associada ao uso de dispositivos invasivos

Para ser considerada uma IRAS associada a dispositivo invasivo, o paciente deve ter utilizado o dispositivo invasivo por um período maior que 2 (dois) dias consecutivos, considerando o D1 o dia da instalação do dispositivo invasivo. Além disso, na data da infecção o paciente deve estar em uso do dispositivo OU este deve ter sido removido no dia anterior.

As IRAS associadas a dispositivos invasivos que são de notificação obrigatória ao Sistema nacional são: infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada a cateter central, pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) e Infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora. Por esse motivo, no diagnóstico dessas infecções foi incluído como item do critério a presença do dispositivo invasivo, conforme definido acima.

NOTA TÉCNICA GVMS/GGTES N° 03/2023
Critérios diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
(IRAS): notificação nacional obrigatória para o ano de 2023

13

A Concessionária ressalta ainda, conforme os critérios da ANVISA na Nota Técnica GVIMS/GGTES N° 03/2023, que a unidade a ser atribuída como responsável pela infecção é definida considerando: a data do diagnóstico e o tempo de permanência do paciente na unidade no momento do diagnóstico. Assim, para a infecção ser atribuída a unidade é necessário que o diagnóstico ocorra após 2 dias da admissão do paciente na unidade ou em até 2 dias após a alta do paciente da unidade.

5. Unidade/Serviço de atribuição da infecção

A infecção será atribuída à unidade/serviço no qual o paciente está internado na data do evento. Em casos de transferência ou admissão, a infecção será atribuída ao local de origem do paciente, se a infecção ocorrer no dia da transferência/admissão (D1) ou no dia seguinte (D2) à transferência/admissão. A partir do D3, esse evento deve ser atribuído à unidade/serviço de destino.]

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES N° 03/2023
Critérios diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
(IRAS): notificação nacional obrigatória para o ano de 2023

20

Além disto, a Concessionária ressalta o conceito de Bacteriúria assintomática, não sendo considerado infecção, conforme Nota Técnica GVIMS/GGTES N° 03/2023 a seguir.

- V. O achado de bactérias no trato urinário não significa obrigatoriamente infecção, devendo ser desconsiderado, do ponto de vista epidemiológico, se não houver clínica de infecção (sinais ou sintomas). Neste caso, será considerado uma bacteriúria assintomática.
- VI. Infecções urinárias em pacientes que usam cateter duplo J são consideradas não associadas a cateter vesical.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES N° 03/2023
Critérios diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
(IRAS): notificação nacional obrigatória para o ano de 2023

73

No 53º Trimestre, o indicador de Infecção do Trato Urinário relacionada cateter vesical apresentado pela Concessionária e o apurado pelo VI apresentaram valores com diferença significativa, com impacto no atingimento da Meta contratual definida.

Meta do Indicador	Reporte da Concessionária	Apuração do Verificador Independente
Máximo de 1,22/1.000	0,4/1.000	5,16/1.000

Para o melhor entendimento da diferença observada, a Concessionária avaliou os 18 casos identificados pelo VI, sendo confirmado a ocorrência de Infecção Urinária relacionada ao uso de cateter vesical em **01 caso**. Na tabela a seguir encontra-se as observações de todos os casos, com a descrição dos motivos de divergência quanto ao diagnóstico da infecção ser ou não associada ao uso de cateter vesical, ou de ser ou não atribuída a UTI Adulto.

Desta forma, a Concessionária **NÃO ACATA** a apuração do Indicador como Meta Não Atingida e solicita observação quanto as observações apresentadas.

Análise dos casos identificados pelo VI como Infecção do Trato Urinário relacionada a SVD em UTI

PROTUBERÂNCIA	DATA DA INFECÇÃO	SOBRE (EXPOSITIVO)	SOBRE (UNIDADE)	CONCLUSÃO
49042	24/11/23	ITU	SVD REMOVIDA EM 20/11/23	ALTA DA UTI EM 20/11/23
ITU não foi considerada associada a SVD, pois o dispositivo já havia sido removido a mais de 2 dias na data da ocorrência da infecção. Além disso, o paciente já havia recebido alta da UTI a mais de 2 dias na data da ocorrência da infecção. Portanto, a ocorrência foi atribuída à enfermagem.				
AT08C	17/11	Internação Adulto Terceiro	4 Enfermaria	049
UTAS27	21/12	UTI Adulto 1 e 2	5 UTI	1118
UTAS27	21/12	UTI Adulto 1 e 2	5 UTI	2770
42382	17/11/23	Não foi relacionado ao uso de sonda vesical de demora.	NÃO FOI USADA Sonda Vesical de Demora	ALTA DA UTI EM 17/11/23
A bacteriúria assintomática é a ocorrência de urócultura positiva na ausência de sintomas clínicos. Embora este evento seja notificado quando identificado em pacientes idôneos, ele não é considerado uma infecção do trato urinário. Exatamente por este motivo, casual/ocasional, não cabe associar a sua ocorrência ao uso de SVD. Além disso, a alta da UTI ocorreu na mesma data do evento, o que resulta na atribuição da sua ocorrência à enfermagem.				
48679	13/10/23	BACTERIÚRIA NÃO SE TRATA DE ITU	SVD REMOVIDA EM 07/10/23	ALTA DA UTI EM 14/10/23
A bacteriúria assintomática é a ocorrência de urócultura positiva na ausência de sintomas clínicos. Embora este evento seja notificado quando identificado em pacientes idôneos, ele não é considerado uma infecção do trato urinário. Exatamente por este motivo, casual/ocasional, não cabe associar a sua ocorrência ao uso de SVD.				
UTCE7	21/12	UTI Adulto Cirúrgico	8 UTI	0245
A309A	17/03	Internação Adulto II	4 Enfermaria	0120
A3051	17/03	Internação Adulto II	11 Isolamento	4308
17548	05/12/23	ITU-SVD	SVD REMOVIDA EM 04/12/23	ALTA DA UTI EM 19/12/23
A infecção do trato urinário foi considerada associada a SVD devido à sua remoção ter ocorrido no dia seguinte à ocorrência da infecção. Entretanto, a sua ocorrência está atribuída à enfermagem, pois o paciente já havia recebido alta da UTI poucos dias antes da sua ocorrência.				
AT01C	17/11	Internação Adulto Terceiro	4 Enfermaria	4208
UTAS05	21/12	UTI Adulto 1 e 2	5 UTI	001
AT07C	17/11	Internação Adulto Terceiro	4 Enfermaria	0428

48587

12/10/23

Não foi relacionado ao uso de sonda vesical de demora

NÃO ESTAVA EM USO DE SONDA VESICAL DE DEMORA

ALTA DA UTI EM 10/10/23

A Bacteriemia assintomática é a ocorrência da semicultura positiva na análise de sistemas clínicos. Embora este evento seja notificado, ele não é considerado uma infecção do trato urinário. Exatamente por este motivo, conceitualmente, não cabe associar a sua ocorrência ao uso de SVD. Além disso, a alta da UTI ocorreu na mesma data de evento, o que resulta na atribuição da sua ocorrência à enfermagem.

48173

1/11/23

BACTERIÚRIA (NÃO SE TRATA DE ITU)

NÃO FEZ USO DE SVD

ALTA DA UTI EM 07/10/23

A alta da UTI ocorreu mais de 2 dias antes do evento, o que resulta na atribuição da sua ocorrência à enfermagem.

A2108

1702

Internação Adulto I

4 Enfermaria

5370

07/12/23 17:08

12/12/23 10:27

11.02.23.1.1

ADM

ADM

UTC02

2113

UTI Adulto Cirúrgica

8 UTI

2245

06/12/23 14:43

07/12/23 17:08

11.02.23.1.1

ADM

ADM

VCC06

1707

Centro Cirúrgico

4 Enfermaria

2196

06/12/23 10:37

06/12/23 14:43

11.02.23.1.1

ADM

ADM

A109A

1701

Internação Adulto I

4 Enfermaria

200

03/12/23 12:23

06/12/23 10:37

11.02.23.1.1

ADM

ADM

489132

01/11/23

ITU

SVD INTRODUZIDA EM 13/11/23

ADMISSÃO EM UTI EM 07/11

A infecção do trato urinário foi atribuída à enfermagem, pois o paciente só foi admitido na UTI 6 dias após a ocorrência da infecção.

UTC02

2113

UTI Adulto Cirúrgica

8 UTI

2213

07/11/23 14:08

02/12/23 09:03

19.03.41.1.1

ADM

ADM

A103A

1701

Internação Adulto I

4 Enfermaria

2799

22/10/23 11:58

07/11/23 14:08

19.03.41.1.1

ADM

ADM

487304

08/10/23

BACTERIÚRIA (NÃO SE TRATA DE ITU)

SVD REMOVIDA EM 10/10/23*

ALTA DA UTI EM 12/10/23

A Bacteriemia assintomática é a ocorrência da semicultura positiva na análise de sistemas clínicos. Embora este evento seja notificado quando identificado em pacientes idosos, ele não é considerado uma infecção do trato urinário. Exatamente por este motivo, conceitualmente, não cabe associar a sua ocorrência ao uso de SVD.

487451

14/10/23

BACTERIÚRIA (NÃO SE TRATA DE ITU)

SVD INTRODUZIDA EM 19/10/23

ADMISSÃO EM UTI EM 14/10

A admissão na UTI ocorreu exatamente na data de ocorrência do evento, o que resulta na atribuição do mesmo à enfermagem. Resulta-se que, para atribuição do evento na UTI, é necessário que a admissão ocorra, no mínimo, 2 dias antes da sua ocorrência.

A408C

1704

Internação Adulto IV

4 Enfermaria

5199

16/10/23 12:34

17/10/23 23:59

14.03.45.1.1

ADM

ADM

USA17

2115

UTI Adulto 3

8 UTI

3177

14/10/23 13:51

16/10/23 12:34

14.03.45.1.1

ADM

ADM

A204A

1702

Internação Adulto I

4 Enfermaria

2632

03/10/23 14:59

14/10/23 13:51

14.03.45.1.1

ADM

ADM

VNB02

1730

Internamento EME

4 Enfermaria

5172

03/10/23 14:25

03/10/23 14:59

14.03.45.1.1

ADM

ADM

367488

28/11/23

BACTERIÚRIA (NÃO SE TRATA DE ITU)

SVD REMOVIDA EM 30/11/23

ADMISSÃO EM UTI EM 28/10

A Bacteriemia assintomática é a ocorrência da semicultura positiva na análise de sistemas clínicos. Embora este evento seja notificado quando identificado em pacientes idosos, ele não é considerado uma infecção do trato urinário. Exatamente por este motivo, conceitualmente, não cabe associar a sua ocorrência ao uso de SVD.

488475

09/11/23

BACTERIÚRIA (NÃO SE TRATA DE ITU)

SVD REMOVIDA EM 30/10/23

ALTA DA UTI EM 22/10/23

A alta da UTI ocorreu mais de dois dias antes da ocorrência do evento, o que resulta na atribuição do mesmo à enfermagem. Resulta-se que, para atribuição do evento na UTI, é necessário que a alta ocorra, no mínimo, dois dias antes da sua ocorrência.

ATD18

1719

Internação Adulto Terceiro

4 Enfermaria

2320

07/11/23 00:00

14/11/23 20:56

12.08.40.1.2

ADM

ADM

ATD18

1719

Internação Adulto Terceiro

4 Enfermaria

4298

06/10/23 17:54

08/11/23 20:56

12.08.40.1.1

ADM

ADM

A300B

1703

Internação Adulto II

4 Enfermaria

2259

06/10/23 22:47

08/11/23 17:54

12.08.40.1.1

ADM

ADM

SAUT01

1719

Internação Adulto Terceiro

4 Enfermaria

508

06/10/23 22:25

08/11/23 22:47

12.08.40.1.1

ADM

ADM

ATD18

1719

Internação Adulto Terceiro

4 Enfermaria

5007

02/10/23 15:28

06/11/23 22:25

12.08.40.1.1

ADM

ADM

UTAD1

2112

UTI Adulto 1 e 2

8 UTI

201

17/10/23 11:50

02/11/23 15:28

12.08.40.1.1

ADM

ADM

48768	11/10/23	ITU-SVD			CONFIRMADO				
49260	12/12/23	Não foi relacionado ao uso de sonda vesical de demora.	O paciente NÃO estava em uso de sonda vesical no período relacionado com a infecção.	ALTA DA UTI EM 12/12/23	A Bacteriúria assintomática é a ocorrência de urocultivo positivo na ausência de sintomas clínicos. Embora este evento seja notificado quando identificado em pacientes idosos, ele não é considerado uma infecção do trato urinário. Exatamente por este motivo, conceitualmente, não cabe associar a sua ocorrência ao uso de SVD.				
48879	25/11/23	ITU-SVD	SVD REMOVIDA EM 25/11/23	ALTA DA UTI EM 18/11/23	Embora a infecção de trato urinário tenha sido considerada associada a SVD, devido à sua instalação ter ocorrido 3 dias antes da ocorrência da infecção, a ocorrência desta infecção está atribuída a enfermagem, pois o paciente recebeu alta da UTI desde o dia 18/11/23, 7 dias antes da ocorrência da infecção.				
AT05B	1719	Internação Adulto Terceio	4 Enfermaria	3151	23/11/23 14:30	01/12/23 18:13	20.10.48.1.4	NO	
A405B	1704	Internação Adulto IV	4 Enfermaria	3067	23/11/23 14:13	23/11/23 14:30	20.10.48.1.4	NO	
A407B	1704	Internação Adulto IV	4 Enfermaria	3151	19/11/23 17:52	23/11/23 14:13	20.10.48.1.4	NO	
A409A	1704	Internação Adulto IV	4 Enfermaria	3151	19/11/23 17:52	19/11/23 17:52	20.10.48.1.4	NO	
A407A	1704	Internação Adulto IV	4 Enfermaria	3151	19/11/23 17:50	19/11/23 17:52	20.10.48.1.4	NO	
UTA19	2112	UTI Adulto 1 e 2	5 UTI	3118	15/11/23 00:30	19/11/23 17:50	20.10.48.1.4	NO	
122929	26/11/23	Não foi relacionado ao uso de sonda vesical de demora.	NÃO ESTAVA EM USO DE SVD	ALTA DA UTI EM 30/11/23	Não considerada infecção relacionada ao uso de sonda vesical, pois o paciente não estava em uso no período atribuído ao seu diagnóstico.				
48790	08/10/23	BACTERIÚRIA (NÃO SE TRATA DE ITU)	PEZ USO DE SVD EM TEMPO INTEGRAL	INTERNAÇÃO NA UTI EM TEMPO INTEGRAL	A Bacteriúria assintomática é a ocorrência de urocultivo positivo na ausência de sintomas clínicos. Embora este evento seja notificado quando identificado em pacientes idosos, ele não é considerado uma infecção do trato urinário. Exatamente por este motivo, conceitualmente, não cabe associar a sua ocorrência ao uso de SVD.				
48952	06/12/23	ITU	SVD INTRODUZIDA EM 08/12/23	ALTA DA UTI EM 24/11/23	A infecção do trato urinário NÃO foi considerada associada a SVD devido à sua instalação ter ocorrido 3 dias após a ocorrência da infecção. A infecção está atribuída a enfermagem, pois o paciente recebeu alta da UTI desde o dia 24/11/23.				
AT10A	1719	Internação Adulto Terceio	4 Enfermaria	3502A	04/12/23 16:53	08/12/23 22:42	17.07.49.9.1	NO	
A405B	1704	Internação Adulto IV	4 Enfermaria	3586	30/11/23 16:52	04/12/23 16:53	17.07.49.9.1	NO	
USA01	2115	UTI Adulto 3	5 UTI	247	24/11/23 11:14	08/12/23 16:52	17.07.49.9.1	NO	
VRE01	1729	Internamento REA	4 Enfermaria	327	24/11/23 09:14	24/11/23 11:14	17.07.49.9.1	NO	
A319C	1703	Internação Adulto II	4 Enfermaria	358	23/11/23 03:47	24/11/23 09:14	17.07.49.9.1	NO	
49889	03/12/23	ITU	SVD REMOVIDA EM 21/11/23	ADMISSÃO EM UTI EM 03/12	A infecção do trato urinário NÃO foi considerada associada a SVD devido à sua remoção ter ocorrido 13 dias antes da ocorrência da infecção. A infecção é atribuída a enfermagem, pois o paciente foi readmitido para a UTI na mesma data do diagnóstico da infecção.				
T24A	1721	Internação Adulto Terceio II	4 Enfermaria	LLSANTANA	24/11/23 15:04	01/12/23 02:36	05.05.54.1.1	NO	
USA08	2115	UTI Adulto 3	5 UTI	194001	28/11/23 14:20	24/11/23 15:04	05.05.54.1.1	NO	
T29B	1721	Internação Adulto Terceio II	4 Enfermaria	3366	13/11/23 15:56	20/11/23 14:20	05.05.54.1.1	NO	
T29C	1721	Internação Adulto Terceio II	4 Enfermaria	3944	03/11/23 17:33	13/11/23 15:56	05.05.54.1.1	NO	

III Conclusão

Diante do exposto, e reiterando os pontos levantados, solicitamos que o VI proceda a revisão dos pontos em divergência e sua devida análise técnica à luz dos dados apresentados.

Frisamos a importância da discussão sobre os pontos detalhados na construção de soluções efetivas que, conforme o entendimento da PGE, emitido no Parecer PGE-GAB-PAE-JLD-036/2020, no qual recomenda-se: *“devendo a SESAB em conjunto com o Verificador Independente e a Concessionária, empreender estudos no sentido de identificar, observadas as peculiaridades do contrato, frente as alterações perpetradas em sua execução, a melhor forma de preservar a continuidade dos serviços concedidos e as condições de remuneração da Concessionária”*.

Dr. Rogério Luis Palmeira *Dr. Rogério Luis Palmeira*
Diretor Técnico
CREMER Nº 339
Hospital do Subúrbio

Cordialmente,

Rogério Palmeira

Diretor Técnico



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.

© 2024. Para mais informações, contate a Deloitte Touche Tohmatsu Limited.