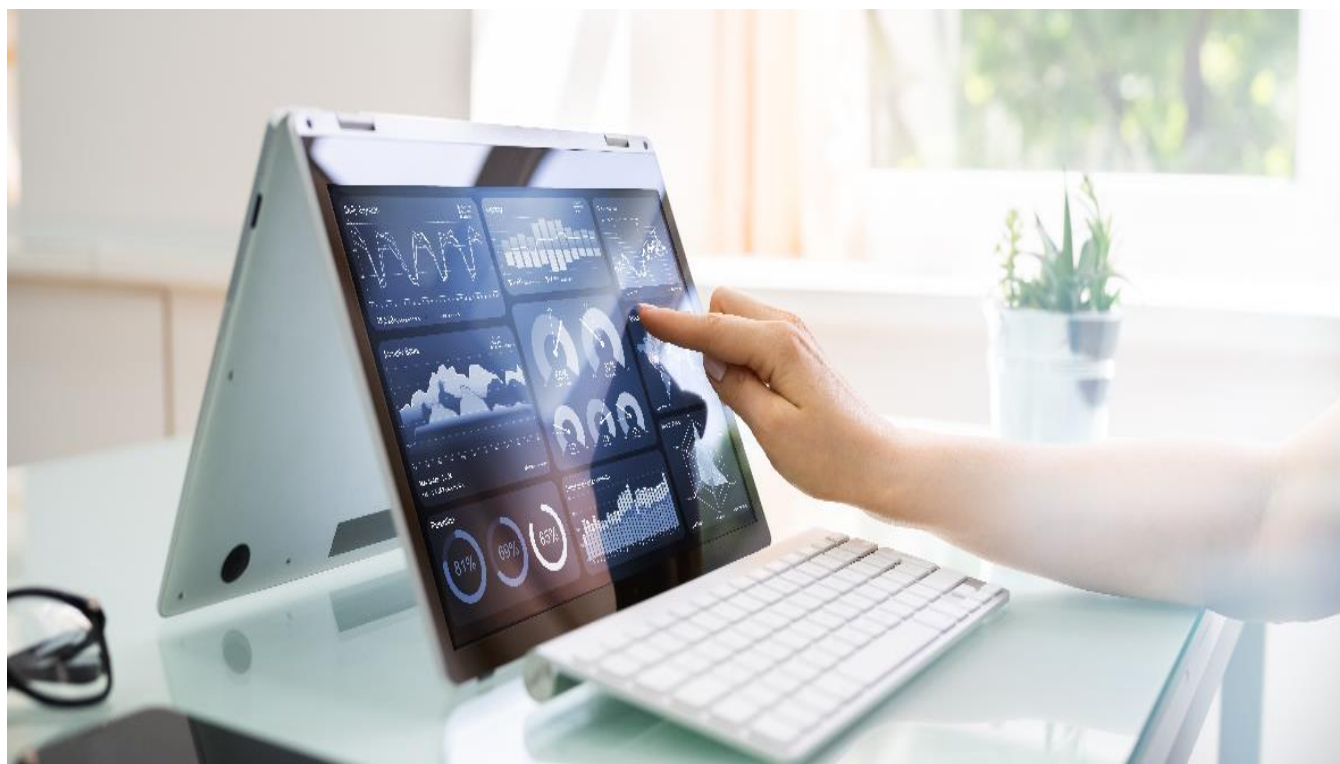




P5.8 - Relatório de Apuração dos Indicadores - 55º Trimestre (01/04/2024 a 30/06/2024)

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, 30 de agosto de 2024

À

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

Sra. Priscilla Magalhães

Prodal Saúde S.A.

Sr. Jorge Oliveira

Prezados,

Conforme contrato firmado entre a Prodal Saúde S.A. ("Prodal") e a Deloitte Touche Tohmatsu Consultores Ltda. ("Deloitte"), para a prestação de serviços de Verificador Independente do Contrato de Concessão Administrativa nº 030/2010, destinado à gestão e operação da unidade hospitalar de urgência e emergência Hospital do Subúrbio, apresentamos o P5.8 - Relatório de Apuração dos Indicadores relativos ao 55º 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

Índice

1.	Introdução	3
2.	Objetivo	3
3.	Apuração dos Indicadores	3
	3.1 Indicadores Quantitativos	10
	3.2 Indicadores de Desempenho	16
4.	Peso dos Indicadores	75
	Anexos	77

1. Introdução

O Contrato de Concessão da PPP Hospital do Subúrbio foi firmado entre a Prodal Saúde S.A. (“Concessionária”) e o Governo do Estado da Bahia por meio da Secretaria da Saúde – SESAB (“Poder Concedente”) e é destinado à gestão e operação da unidade hospitalar de urgência e emergência denominada Hospital do Subúrbio, localizada em Salvador, conforme definido pelo 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

O presente relatório tem por objetivo apresentar os resultados da verificação trimestral dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de Desempenho, bem como apresentar os procedimentos efetuados, o nível de atendimento desses indicadores e o cálculo da variação da Contraprestação Mensal Efetiva (CME) do 55º trimestre da Concessão, tendo como foco os seguintes aspectos:

- Demonstrar o processo de apuração dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de desempenho bem como verificar a apuração trimestral da Contraprestação Mensal Efetiva;
- Comunicar os resultados para a Concessionária e ao Poder Concedente; e
- Divulgar a variação da Contraprestação Mensal Efetiva.

Importante ressaltar que os resultados apresentados na sequência estão sujeitos às fragilidades de controle demonstradas no Relatório de Verificação do Ambiente de Segurança e Diagnóstico de Tecnologias (emitido em 23/03/2024), que apontou lacunas significativas que podem comprometer a integridade das informações utilizadas como base para o trabalho do Verificador Independente. Uma vez que parcela expressiva das análises são conduzidas por meio dos dados provenientes dos sistemas computacionais da Concessionária existe forte dependência da qualidade dos controles internos que amparam o seu ambiente de tecnologia. Consequentemente, eventuais erros ou inconsistências decorrentes dessas fragilidades potencializam o risco de distorções nos dados utilizados para apuração dos indicadores, podendo afetar os cálculos correspondentes. Desta forma, eventuais inconsistências decorrentes destas fragilidades de controles são de responsabilidade integral da Administração da Concessionária, e serão consideradas como limitação do escopo do trabalho de verificação independente.

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

3. Apuração dos Indicadores

Nesta seção serão apresentados os indicadores apurados para o 55º trimestre de operação da Concessão, a partir dos dados extraídos do sistema hospitalar do Hospital do Subúrbio, denominado PGH.

Em face da impossibilidade de garantir a integridade dos dados do sistema mencionado, conforme descrito anteriormente, foram selecionadas amostras de prontuários dos pacientes para análise amostral visando corroborar os resultados obtidos, sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória e por conveniência, definida a partir de potenciais falhas de controle identificadas no processo de apuração.

O tamanho de amostra para cada subpopulação dos itens foi determinado com base na tabela abaixo, definida com base em padrões globais utilizados como referência para realização de 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 (*)

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

Desta forma, considerando os cálculos e condições acima apresentadas, a Contraprestação Mensal Efetiva (CME) para o 55º trimestre totalizou R\$ 21.601.342,31, conforme a composição demonstrada na sequência.

As considerações do Poder Concedente (Anexo XIX) e da Concessionária (Anexo XX) quanto à versão preliminar deste relatório foram analisadas pelo VI e as providências cabíveis foram tomadas e refletidas nesta versão.



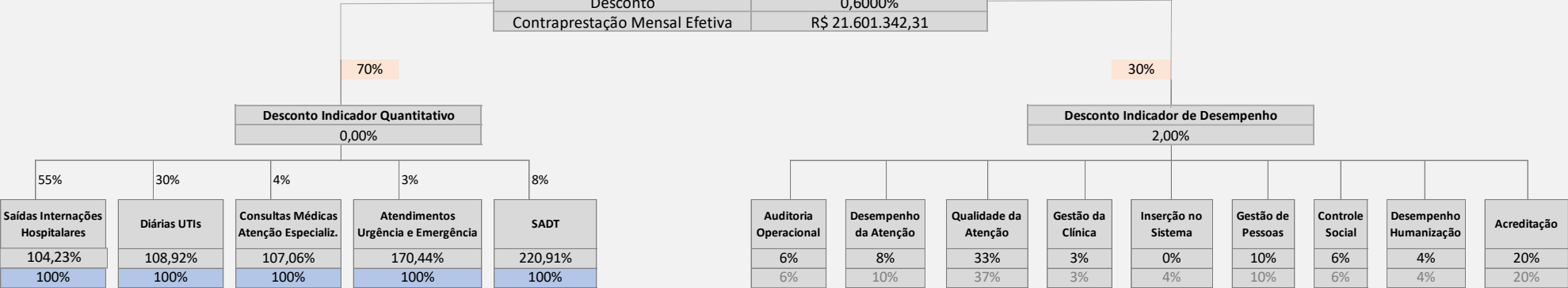
Relatório Trimestral de Indicadores



55° Trimestre

Contraprestação Mensal Efetiva

Resultado da Apuração de 01/Abril a 30/Junho/2024	
Contraprestação Anual Máxima	R\$ 260.780.792,51
Contraprestação Mensal Máxima	R\$ 21.731.732,71
Desconto	0,6000%
Contraprestação Mensal Efetiva	R\$ 21.601.342,31



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	3.572	3723	3723	104,23%
1.2 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva (UTI's)	5.145	5594	5604	108,92%
2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada	14.112	14687	15109	107,06%
2.2 Atendimentos Urgência e Emergência	3.600	6408	6136	170,44%
3.1 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	22.542	57394	49.797	220,91%

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.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
1.2 Avaliação e Revisão dos Óbitos	Realização de reuniões mensais, com registro em ata e 80% dos óbitos investigados.	Realizadas as reuniões mensais.	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.	Realizadas as reuniões mensais.	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.	Realizadas as reuniões mensais.	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.	Realizadas as reuniões mensais.	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.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
Desempenho da Atenção				
2.1 Intervalo de Substituição	Max. 1 dia	0,1	0,15	✓
2.2 Índice de Renovação	Min. 4,9 saídas/leito	13,8	9,27	✓
2.3 Índice de Resolubilidade na Internação	Min. 90%	71,90%	75,28%	✗
2.4 Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência	Máx. 10%	2,30%	3,50%	✓
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	Min. 90%	95,50%	94,39%	✓
2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)	Max. 2,3%	0,20%	0,62%	✓
2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura	Min. 100%	100%	100,00%	✓
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 – 45,75 min. Exames até 2h – 45,22 min. Exames até 6h – 177,97 min.	AVC – 40,12 min. Exames até 2h – 60,54 min. Exames até 6h – 181,10 min.	✓
Qualidade da Atenção				
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	Max. 20/1.000	6,7/1.000	6,95/1.000	✓
3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto	Max. 4,4/1.000	2,1/1.000	2,39/1.000	✓

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%	5,31%	6,23%	✓
3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória	Max. 0,51%	0,0%	0,08%	✓
3.4.A Taxa de Mortalidade no Pós-operatório	Max. 2%	0,20%	0,32%	✓
3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	Max. 10%	14,30%	9,38%	✓
3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Max. 15%	8,30%	11,76%	✓
3.7 Taxa de Mortalidade por Sepsis	Max. 32,2%	30,90%	52,21%	✗
3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito (Lesão por Pressão)	Max. 3,84%	1,00%	2,51%	✓
3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	Max 3,12/1.000	2/1.000	1/1.000	✓
3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	Max. 1.22/1.000	0,0/1.000	0,24/1.000	✓
Gestão da Clínica				
4.1 Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência	Documentação de protocolo	Protocolos elaborados e implementados	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	Realizados os reportes mínimos diários	Não realizados os reportes mínimos do dia 19/04/2024	✗
Gestão de Pessoas				
6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista	Min. 82%	91%	83,88%	✓
6.2 Relação Enfermeiro/Leito	Min. 0,54	0,74	0,65	✓

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	7,6/1.000	7,4/1.000	✓
6.4 Taxa de Acidente de Trabalho	Max. 0,30%	0,08%	0,08%	✓
Controle Social				
7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários	100%	100%	100%	✓
7.2 Percentual de Satisfação do Paciente	Min. 80%	97%	96,85%	✓
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	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
Acreditação				
9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar	Acreditação Vigente	Certificado de acreditação vigente	Certificado de acreditação vigente	✓

3.1 Indicadores Quantitativos

A seguir serão apresentados os Indicadores Quantitativos apurados por este Verificador Independente para o 55º 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, Clínica Pediátrica e Clínica Neurológica, 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	1.165	1.166	168,25%
Clínica Cirúrgica	2.370	1.870	1.870	78,90%
Clínica Pediátrica	465	578	577	124,09%
Clínica Neurológica	121	110	110	90,91%
Regulações não encaminhadas	-77	-	-	-
Total	3.572	3.723	3.723	104,23%
Conclusão da Apuração				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Internação Hospitalar corresponde a 104,23% da meta estabelecida para o 55º trimestre.				

1.2 Diárias de Unidade de Terapia Intensiva – UTI

Este indicador visa obter o quantitativo trimestral de diárias de pacientes internado nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital do Subúrbio. O documento define que devem ser apuradas as diárias dos serviços de UTI Adulto, UTI Pediátrica e UTI Neurológica.

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	4.446	4.446	109,78%
UTI Pediátrica	810	835	835	103,09%
UTI Adulto Neuro	285	313	323	113,29%
Total	5.145	5.594	5.604	108,92%
Conclusão da Apuração				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Diárias de UTI corresponde a 108,92% da meta estabelecida para o 55º trimestre.				

2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada

Este indicador visa obter o quantitativo no trimestre 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). 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: 15.109

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 60 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”

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Especialidade	Data da Consulta	Check
1	49380	11	AS	04/06/2024 08:05	✓
2	209041	10	OR	13/05/2024 14:17	✓
3	274601	7	VA	19/04/2024 07:09	✓
4	285147	14	NE	08/05/2024 07:24	✓
5	358723	2	NC	24/05/2024 12:23	✓
6	403843	5	NC	18/06/2024 11:55	✓
7	404231	8	OR	06/05/2024 08:38	✓
8	435833	9	CL	27/06/2024 13:52	✓
9	467734	16	VA	17/05/2024 07:10	✓
10	472530	4	OR	27/05/2024 12:49	✓
11	481030	10	CR	14/06/2024 08:27	✓
12	483789	6	UR	19/06/2024 07:10	✓
13	485127	3	UR	08/05/2024 15:14	✓
14	485829	5	UR	10/06/2024 09:27	✓
15	487684	8	CL	16/04/2024 07:18	✓
16	488210	8	CL	23/05/2024 08:10	✓
17	491050	10	OR	02/05/2024 07:21	✓
18	491511	5	OR	06/06/2024 13:16	✓
19	491701	7	UR	22/05/2024 08:19	✓
20	492407	3	OR	28/06/2024 07:59	✓
21	494491	6	CL	27/06/2024 07:57	✓
22	494573	2	CP	16/05/2024 07:36	✓
23	494582	5	OR	21/05/2024 08:43	✓
24	496020	2	CP	09/04/2024 07:41	✓
25	496138	3	CR	14/06/2024 07:50	✓
26	496249	3	UR	08/04/2024 07:17	✓
27	497437	5	OR	24/04/2024 12:38	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Especialidade	Data da Consulta	Check
31	499207	2	OR	17/04/2024 07:45	✓
32	499527	4	AS	11/04/2024 08:07	✓
33	500058	3	OR	01/04/2024 13:08	✓
34	501508	2	CP	23/05/2024 07:07	✓
35	502306	5	UR	21/06/2024 07:27	✓
36	502312	2	UR	24/05/2024 12:07	✓
37	502876	3	CP	18/04/2024 08:11	✓
38	504422	2	OR	23/05/2024 11:51	✓
39	504532	3	CP	06/06/2024 08:50	✓
40	504571	5	OR	20/05/2024 12:19	✓
41	504601	3	CL	29/04/2024 07:15	✓
42	504832	4	OR	24/05/2024 12:20	✓
43	504860	4	CL	12/06/2024 07:12	✓
44	504993	1	OR	25/04/2024 07:27	✓
45	505098	4	OR	29/05/2024 14:53	✓
46	505145	2	OR	06/06/2024 12:50	✓
47	505202	3	UR	16/05/2024 06:05	✓
48	505286	5	OR	24/05/2024 11:41	✓
49	505439	1	OR	30/04/2024 10:28	✓
50	505536	1	CL	02/05/2024 07:21	✓
51	505879	1	OR	06/05/2024 08:01	✓
52	505957	4	OR	23/05/2024 12:27	✓
53	506079	3	UR	12/05/2024 06:03	✓
54	506213	1	CL	09/05/2024 12:12	✓
55	507193	1	NC	22/05/2024 06:55	✓
56	507349	1	CL	23/05/2024 13:26	✓
57	507583	3	MC	11/06/2024 11:48	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Especialidade	Data da Consulta	Check
28	497904	6	UR	11/06/2024 07:54	✓
29	498413	6	OR	02/05/2024 07:33	✓
30	498663	4	OR	11/04/2024 12:09	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Especialidade	Data da Consulta	Check
58	507588	3	OR	16/06/2024 09:20	✓
59	508371	1	CL	05/06/2024 12:09	✓
60	510064	1	OR	28/06/2024 06:50	✓

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	14.687	15.109	107,06%
Conclusão da Apuração			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Consulta em Atenção Especializada corresponde a 107,06% da meta estabelecida para o 55º 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: 6.136

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 60 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”

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Data do Atendimento	Check
1	22142	3	26/04/2024 20:13	✓
2	34298	5	16/06/2024 08:51	✓
3	39535	3	09/04/2024 22:49	✓
4	42970	9	24/04/2024 20:44	✓
5	49856	2	22/05/2024 23:24	✓
6	56370	2	12/04/2024 07:47	✓
7	58826	2	29/06/2024 06:57	✓
8	59395	2	27/05/2024 08:31	✓
9	63622	13	09/05/2024 13:33	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Data do Atendimento	Check
31	271763	4	24/06/2024 20:15	✓
32	286808	9	03/04/2024 04:36	✓
33	289069	3	26/04/2024 12:08	✓
34	292100	2	31/05/2024 19:42	✓
35	302520	2	03/04/2024 10:13	✓
36	312423	21	19/06/2024 22:21	✓
37	314139	5	09/04/2024 05:25	✓
38	324880	4	22/04/2024 17:42	✓
39	354819	14	19/06/2024 18:06	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Data do Atendimento	Check
10	66829	4	19/06/2024 08:53	✓
11	68587	2	01/05/2024 10:40	✓
12	73140	16	17/05/2024 06:37	✓
13	77505	11	09/05/2024 12:28	✓
14	78015	2	18/05/2024 18:19	✓
15	102454	2	03/05/2024 16:33	✓
16	106713	2	02/06/2024 18:21	✓
17	107040	4	01/04/2024 13:33	✓
18	115595	7	08/06/2024 20:43	✓
19	119841	7	27/05/2024 18:02	✓
20	120911	2	07/05/2024 10:17	✓
21	125162	46	06/04/2024 16:26	✓
22	185990	3	12/05/2024 08:28	✓
23	203633	2	18/06/2024 21:08	✓
24	213535	9	26/04/2024 06:25	✓
25	216736	3	16/06/2024 19:51	✓
26	230402	6	12/05/2024 15:00	✓
27	232668	16	23/04/2024 18:54	✓
28	237467	2	11/04/2024 15:04	✓
29	237484	2	12/06/2024 22:03	✓
30	269042	2	01/05/2024 17:40	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Data do Atendimento	Check
40	355803	4	04/05/2024 09:52	✓
41	360510	13	02/04/2024 15:55	✓
42	361626	3	15/04/2024 16:08	✓
43	366336	8	27/06/2024 13:55	✓
44	381803	4	02/06/2024 20:30	✓
45	382256	2	13/06/2024 09:49	✓
46	388693	4	13/05/2024 11:10	✓
47	389412	16	02/04/2024 15:48	✓
48	389646	2	02/06/2024 13:08	✓
49	405272	3	25/04/2024 18:12	✓
50	414898	6	12/06/2024 12:01	✓
51	416483	18	24/04/2024 23:46	✓
52	419128	2	30/05/2024 05:26	✓
53	436313	6	07/05/2024 10:16	✓
54	442058	15	10/06/2024 20:02	✓
55	446320	9	13/05/2024 09:42	✓
56	455134	8	06/06/2024 14:46	✓
57	456860	3	20/06/2024 10:56	✓
58	460381	4	15/04/2024 17:47	✓
59	467932	7	11/06/2024 06:27	✓
60	473876	2	20/06/2024 09:46	✓

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	6.408	6.136	170,44%
Conclusão da Apuração			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Atendimento Urgência e Emergência corresponde a 170,44% da meta estabelecida para o 55º trimestre.			

3.1 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

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: 49.797

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 60 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”

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Exame	Data do Laudo	Check
1	503085	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	01/04/2024	✓
2	503115	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	09/04/2024	✓
3	121941	4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	02/04/2024	✓
4	489955	2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	10/04/2024	✓
5	503308	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	10/04/2024	✓
6	503405	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	11/04/2024	✓
7	452874	4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	12/04/2024	✓
8	228232	3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INF.	15/04/2024	✓
9	503633	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	16/04/2024	✓
10	501430	3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	17/04/2024	✓
11	317516	2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	17/04/2024	✓
12	503748	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	18/04/2024	✓
13	83078	2	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	11/06/2024	✓
14	507646	2	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	12/06/2024	✓
15	508076	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	13/06/2024	✓
16	502659	9	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE	19/06/2024	✓
17	508494	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	14/06/2024	✓
18	505563	4	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	17/06/2024	✓
19	506641	2	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	22/06/2024	✓
20	508812	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	23/06/2024	✓
21	508815	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	22/06/2024	✓
22	506488	7	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	22/06/2024	✓
23	318466	2	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	22/06/2024	✓
24	509599	2	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	29/06/2024	✓
25	503116	1	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	01/04/2024	✓
26	503478	2	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	06/04/2024	✓
27	503133	2	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	11/04/2024	✓
28	433850	28	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	17/04/2024	✓
29	504876	1	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	23/04/2024	✓
30	162717	7	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	29/04/2024	✓
31	262929	8	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS)	01/05/2024	✓
32	506241	1	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	09/05/2024	✓
33	506549	1	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	14/05/2024	✓
34	506951	1	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	19/05/2024	✓
35	507533	1	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	25/05/2024	✓
36	507914	1	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	30/05/2024	✓
37	493094	5	RADIOGRAFIA DE PERNA	02/05/2024	✓
38	390294	9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	02/05/2024	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Exame	Data do Laudo	Check
39	503100	1	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	02/05/2024	✓
40	503126	1	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	02/05/2024	✓
41	307326	2	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	02/05/2024	✓
42	411353	4	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	02/05/2024	✓
43	303783	12	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	02/05/2024	✓
44	500165	6	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	02/05/2024	✓
45	129531	5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	02/05/2024	✓
46	503343	1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	02/05/2024	✓
47	501759	2	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	02/05/2024	✓
48	503420	1	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	02/05/2024	✓
49	503057	1	DOSAGEM DE GLICOSE	01/04/2024	✓
50	503009	1	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	01/04/2024	✓
51	318756	8	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	01/04/2024	✓
52	503031	1	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	01/04/2024	✓
53	214985	2	HEMOGRAMA COMPLETO	01/04/2024	✓
54	327436	2	DOSAGEM DE CREATININA	01/04/2024	✓
55	411353	4	DOSAGEM DE CREATININA	02/04/2024	✓
56	500860	2	DOSAGEM DE CREATININA	02/04/2024	✓
57	503188	1	DOSAGEM DE CREATININA	02/04/2024	✓
58	474276	4	ANÁLISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	03/04/2024	✓
59	503240	1	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	03/04/2024	✓
60	503393	1	DOSAGEM DE CREATININA	04/04/2024	✓

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	17.712	41.300	41.510	234,36%
Radiologia	3.543	10.313	7.721	217,92%
Ultrassonografia	805	571	547	67,98%
Ressonância Magnética	482	175	19	3,94%
Tomografia	1.930	5.035	4.754	246,29%
Total	22.542	57.394	49.797	220,91%
Conclusão da Apuração				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Serviço de Apoio Diagnóstico corresponde a 220,91% da meta estabelecida para o 55º trimestre.				

3.2 Indicadores de Desempenho

A seguir serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados por este Verificador Independente para o 55º 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 17/04/2024;

Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 15/05/2024;

Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 17/06/2024;

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 55º 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.

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

Tabela 11 - Quadro-resumo do indicador "1.1 Revisão de Prontuários"

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

1.2 Avaliação e Revisão de Óbitos

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

Ficha Técnica 1
1.1. Revisão de Prontuários
1.2. Avaliação e revisão de Óbitos

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

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

Portaria nº 03/2024, de 30 de março de 2024, 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 03/04/2024;

Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 22/05/2024;

Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 26/06/2024;

Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 01/04/2024 a 30/04/2024;

Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 01/05/2024 a 31/05/2024;

Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 01/06/2024 a 30/06/2024.

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 55º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de reuniões mensais com registro em ata e 80% dos óbitos investigados. Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

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

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

1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospital - CCIH

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

Ficha Técnica 2

1.3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH

- **CCIH**

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

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

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo 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 23/04/2024;

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 02/05/2024;

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 10/06/2024;

Lista de frequência na reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 23/04/2024;

Lista de frequência na reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 02/05/2024;

Lista de frequência na reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 10/06/2024;

Relatório de Indicadores Epidemiológicos - 3º trimestre Ano: 14 - Período: 01/04/2024 à 30/06/2024.

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 55º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

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

Tabela 13 - 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:

a. 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 e;

b. Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 30/04/2024:

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300264899;

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300269371;

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300263766;

c. Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 31/05/2024:

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300278962;
- Classificação da RAM segundo algoritmo;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300278965;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300190008;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300278846;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300278964;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300278848;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300278841;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300269360;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300269415;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300269457;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300269442;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300278961;

d. Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 28/06/2024:

- Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202407022304;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279485;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279052;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279488;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279654;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279650;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279670;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279487;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279476;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300296166;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279479;
- Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202407002302;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279545;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279482;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279058;

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 55º 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 14 - 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:

a. 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);

- b. Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 12/04/2024.
- c. Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 10/05/2024.
- d. Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 14/06/2024.

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 55º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

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

Tabela 15 - 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 <u>-Características</u> 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 <u>- Atuação</u> 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:

a. Ata de Posse da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio - CIPA PRODAL SAÚDE- Hospital do Subúrbio - Gestão 2024, realizada em 29/01/2024.

b. Ata da 1ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA, realizada em 25/04/2024.

c. Ata da 2ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 31/05/2024.

d. Ata da 3ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 28/06/2024.

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 55º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

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

Tabela 16 - 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: 25.026

Número de Leitos - dia: 24.518

Total de Saídas do Hospital: 3.386

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

Intervalo de Substituição

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

Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)

=
$$\frac{\text{Número de Pacientes - dia}}{\text{Número de Leitos - dia}}$$

Tempo Médio de Permanência (TMP)

=
$$\frac{\text{Número de Pacientes - dia}}{\text{Total de Saídas do Hospital}}$$

TOH: 1,0207 TMP: 7,3910
Intervalo de Substituição: 0,15 dia

A meta estabelecida para o 55º 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 17 - Quadro-resumo do indicador “2.1 Intervalo de Substituição”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 1 dia	0,1 dia	0,15 dia

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

Tabela 18 - Resultado da apuração do indicador "2.1 Intervalo de Substituição"

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

2.2 Índice de Renovação

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

2.2. Índice de Renovação

Objetivo: Acompanhar quantos Clientes ocuparam o mesmo leito no período

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

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

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

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

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

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

Número de Leitos Operacionais: 365

Total de Saídas do Hospital: 3.386

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 55º 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 19 - Quadro-resumo do indicador “2.2 Índice de Renovação”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 4,9 saídas/leito	13,8	9,27 saídas/leito

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

Tabela 20 - Resultado da apuração do indicador “2.2 Índice de Renovação”

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

2.3 Índice de Resolubilidade da Internação

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

Ficha Técnica 8
2.3. Índice de Resolubilidade na Internação
Objetivo: Acompanhar a resolubilidade do Hospital no que se refere ao encaminhamento dos Clientes internados. Os Clientes internados nas UTIs ou que já foram internados nas UTIs não serão contabilizados.
Definição: Relação entre as saídas em até 5 (cinco) dias e o total de saídas
• Total de saídas em até 5 (cinco) dias: É o número de saídas dos Clientes da unidade de internação em até 5 (cinco) dias por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito. O óbito fetal ou natimorto, não deverão ser contabilizados como saídas • Total de saídas: É número total de saídas dos Clientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito.

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

Total de saídas em até 5 dias: 1.992

Número de Saídas: 2.646

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

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

A meta estabelecida para o 55º 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 21 - Quadro-resumo do indicador “2.3 Índice de Resolubilidade na Internação”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 90%	71,9%	75,28%

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

Tabela 22 - 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 médicos realizados a usuários em regime de não urgência e emergência: 215

Classificação Azul: 24

Classificação Verde: 191

Número total de atendimentos médicos no Serviço de Urgência e Emergência: 6.136

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 60 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 23 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.4 Taxa de atendimento dos usuários em regime de não urgência e emergência”

#	PRON_SEQ + PACI_SEC	Data do atendimento	Class. de Risco	Check
1	133103	22/06/2024 22:58	2	✓
2	141983	13/05/2024 21:36	2	✓
3	187452	22/05/2024 09:36	2	✓
4	2234716	09/04/2024 20:01	2	✓

#	PRON_SEQ + PACI_SEC	Data do atendimento	Class. de Risco	Check
31	5000513	25/04/2024 13:57	2	✓
32	5010468	17/04/2024 14:34	2	✓
33	5018128	24/05/2024 11:55	1	✓
34	5034281	05/04/2024 10:08	2	✓

#	PRON_SEQ + PACI_SEC	Data do atendimento	Class. de Risco	Check
5	225969	26/06/2024 20:07	2	✓
6	460665	14/04/2024 16:16	2	✓
7	5482817	04/06/2024 11:09	2	✓
8	6191711	22/04/2024 19:10	2	✓
9	6726115	11/04/2024 18:10	2	✓
10	1603863	20/04/2024 15:38	2	✓
11	16787413	20/04/2024 07:28	2	✓
12	1804672	11/05/2024 17:42	2	✓
13	1821753	14/05/2024 17:48	2	✓
14	19307710	24/04/2024 21:52	2	✓
15	1934933	11/06/2024 09:16	2	✓
16	2194727	19/04/2024 10:54	1	✓
17	2452446	25/06/2024 15:37	2	✓
18	3031162	08/05/2024 22:18	2	✓
19	3064483	18/06/2024 07:49	2	✓
20	32568429	17/04/2024 20:08	1	✓
21	3658783	11/04/2024 18:01	2	✓
22	3665693	15/04/2024 14:02	1	✓
23	3917006	12/05/2024 14:07	2	✓
24	3932539	12/04/2024 11:49	2	✓
25	4054244	30/05/2024 13:08	2	✓
26	4057754	11/04/2024 20:13	1	✓
27	4290993	23/06/2024 21:26	2	✓
28	4470015	08/04/2024 13:37	2	✓
29	4972502	04/05/2024 11:59	1	✓
30	4996463	16/04/2024 01:09	1	✓

#	PRON_SEQ + PACI_SEC	Data do atendimento	Class. de Risco	Check
35	5035821	07/04/2024 23:51	1	✓
36	5035834	30/04/2024 15:58	2	✓
37	5036211	08/04/2024 10:44	2	✓
38	5036331	08/04/2024 14:49	2	✓
39	5039031	11/04/2024 14:01	2	✓
40	5041172	05/05/2024 14:13	1	✓
41	5042221	15/04/2024 23:43	2	✓
42	5044641	18/04/2024 23:29	2	✓
43	5045621	19/04/2024 19:02	2	✓
44	5049631	24/04/2024 16:44	1	✓
45	5052371	27/04/2024 17:19	2	✓
46	5053073	04/05/2024 10:48	2	✓
47	5055011	01/05/2024 14:42	2	✓
48	5055021	01/05/2024 15:18	2	✓
49	5063841	12/05/2024 03:41	2	✓
50	5066873	18/06/2024 21:40	1	✓
51	5068561	17/05/2024 12:44	2	✓
52	5068931	18/05/2024 03:43	2	✓
53	5071271	21/05/2024 09:06	2	✓
54	5071731	21/05/2024 18:11	2	✓
55	5071861	21/05/2024 21:52	2	✓
56	5074661	24/05/2024 17:17	2	✓
57	5075791	26/05/2024 16:49	2	✓
58	5080631	02/06/2024 00:07	2	✓
59	5082121	03/06/2024 17:17	2	✓
60	5085591	07/06/2024 09:42	1	✓

A meta estabelecida para o 55º 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 24 - 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%	2,3%	3,5%

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

Tabela 25 - 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: 101

Total de Cirurgias de Emergência: 107

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

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

Abaixo, o registro das 6 cirurgias realizadas após 60 minutos desde a notificação:

Tabela 26 – 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)	
28004	134150	504587	E	21/04/2024 11:43	23/04/2024 07:45	2.641,17
28256	135325	505448	E	18/05/2024 10:54	18/05/2024 12:55	120,32
28155	134833	506105	E	08/05/2024 12:52	08/05/2024 14:20	87,27
28184	134993	506346	E	11/05/2024 14:28	11/05/2024 15:45	76,78
28114	134639	505676	E	03/05/2024 17:06	03/05/2024 18:10	63,22
28641	136942	509211	E	30/06/2024 16:37	30/06/2024 17:40	62,42

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 26 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção direcionada. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram verificados se o horário de indução anestésica e aviso da cirurgia corresponde ao registrado no sistema.

Tabela 27 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência”

#	PRON_SEQ	Agenda de Cirurgia (ACIC_SEQ)	Data do Procedimento	Check
1	504587	134150	23/04/2024 08:50	✓
2	505448	135325	18/05/2024 14:05	✓
3	506105	134833	08/05/2024 14:20	✓
4	506346	134993	11/05/2024 15:55	✓
5	505676	134639	03/05/2024 18:25	✓
6	509211	136942	30/06/2024 18:05	✓
7	486199	134358	25/04/2024 16:55	✓
8	509254	136678	22/06/2024 12:00	✓
9	506626	135882	03/06/2024 10:20	✓
10	341257	134652	04/05/2024 13:20	✓
11	509254	136781	26/06/2024 09:45	✓
12	503025	133489	05/04/2024 21:00	✓
13	506661	135314	17/05/2024 16:25	✓
14	503407	133506	06/04/2024 17:20	✓
15	506138	135191	15/05/2024 19:05	✓
16	506138	134933	10/05/2024 09:20	✓
17	509827	136832	27/06/2024 10:05	✓
18	506669	135605	24/05/2024 18:20	✓
19	189848	134570	01/05/2024 21:10	✓
20	503025	133507	06/04/2024 17:50	✓
21	2196	136534	18/06/2024 21:50	✓
22	505814	134667	05/05/2024 20:10	✓
23	508673	136168	09/06/2024 07:00	✓
24	509750	136705	23/06/2024 13:20	✓
25	508818	136239	11/06/2024 06:50	✓
26	510253	136944	30/06/2024 21:15	✓

A meta estabelecida para o 55º 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 “2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 90%	95,5%	94,39%

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 “2.5 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: 5

Número de saídas da UTI Adulto: 801

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 5 reingressos na UTI adulto em menos de 24h desde a última alta:

Tabela 30 - Registro dos pacientes que reingressaram na UTI adulto em menos de 24h desde a última alta

Identificação Atendimento (MOPA_PACI_PRON_SEQ) (MOPA_PACI_SEQ)		Data/hora da última alta da UTI (MOPA_DT_SAIDA)	Data/hora de reingresso na UTI (MOPA_DT_ENTRADA)	Tempo entre alta e reingresso (horas)	Nome do setor de reingresso (SETO_NOME)
143754	3	04/06/2024	05/06/2024	19,455	UTI Adulto 3
4187	12	18/04/2024	19/04/2024	23,37	UTI Adulto 1 e 2
502703	4	23/04/2024	24/04/2024	23,49	UTI Adulto Cirúrgica
505775	3	27/06/2024	28/06/2024	22,98	UTI Adulto 3
506687	2	19/05/2024	20/05/2024	13,65	UTI Adulto 3

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

Identificação do 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	
143754	3	02/05/2024 12:31	VRE02	Internamento REA	02/05/2024 14:09	
143754	3	02/05/2024 14:09	USA11	UTI Adulto 3	14/05/2024 09:59	
143754	3	14/05/2024 09:59	AT06C	Internação Adulto Terreo	22/05/2024 08:51	
143754	3	22/05/2024 08:51	UTA12	UTI Adulto 1 e 2	04/06/2024 14:22	
143754	3	04/06/2024 14:22	T26A	Internação Adulto Terreo II	05/06/2024 00:47	
143754	3	05/06/2024 00:47	EST02	Estabilização	05/06/2024 09:49	
143754	3	05/06/2024 09:49	USA04	UTI Adulto 3	17/06/2024 17:44	Reingresso < 24h
143754	3	17/06/2024 17:44	T29A	Internação Adulto Terreo II	20/06/2024 03:59	
143754	3	20/06/2024 03:59	USA17	UTI Adulto 3	07/07/2024 05:28	

4187	12	12/04/2024 00:00	UTA10	UTI Adulto 1 e 2	12/04/2024 17:24	
4187	12	12/04/2024 17:24	AT06B	Internação Adulto Terreo	14/04/2024 21:53	
4187	12	14/04/2024 21:53	A106B	Internação Adulto I	15/04/2024 10:47	
4187	12	15/04/2024 10:47	AT06B	Internação Adulto Terreo	16/04/2024 16:53	
4187	12	16/04/2024 16:53	UTA13	UTI Adulto 1 e 2	18/04/2024 11:05	
4187	12	18/04/2024 11:05	AT06A	Internação Adulto Terreo	19/04/2024 10:27	
4187	12	19/04/2024 10:27	UTA19	UTI Adulto 1 e 2	21/04/2024 10:03	Reingresso < 24h
4187	12	21/04/2024 10:03	A306B	Internação Adulto III	23/04/2024 17:15	
4187	12	23/04/2024 17:15	VIC03	Internação Adulto III	23/04/2024 17:16	
4187	12	23/04/2024 17:16	AT07A	Internação Adulto Terreo	28/04/2024 13:37	
4187	12	28/04/2024 13:37	USA01	UTI Adulto 3	02/05/2024 13:36	
4187	12	02/05/2024 13:36	A204A	Internação Adulto II	04/05/2024 17:12	
4187	12	04/05/2024 17:12	AT03C	Internação Adulto Terreo	12/05/2024 07:14	
4187	12	12/05/2024 07:14	VAT01	Internação Adulto Terreo	12/05/2024 18:25	

502703	4	18/04/2024 00:00	USA03	UTI Adulto 3	23/04/2024 19:23	
502703	4	23/04/2024 19:23	A305A	Internação Adulto III	24/04/2024 18:53	
502703	4	24/04/2024 18:53	UTC06	UTI Adulto Cirúrgica	25/04/2024 12:32	Reingresso < 24h
502703	4	25/04/2024 12:32	UTC05	UTI Adulto Cirúrgica	30/04/2024 15:46	
502703	4	30/04/2024 15:46	UTA19	UTI Adulto 1 e 2	30/04/2024 23:59	

505775	3	05/06/2024 00:00	USA04	UTI Adulto 3	05/06/2024 09:43	
505775	3	05/06/2024 09:43	USA01	UTI Adulto 3	27/06/2024 11:48	

Identificação do 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	
505775	3	27/06/2024 11:48	A202A	Internação Adulto II	27/06/2024 11:51	
505775	3	27/06/2024 11:51	VIC01	Internação Adulto I	27/06/2024 11:54	
505775	3	27/06/2024 11:54	A202B	Internação Adulto II	28/06/2024 10:47	Reingresso < 24h

506687	2	16/05/2024 18:25	VRE01	Internamento REA	16/05/2024 20:45	
506687	2	16/05/2024 20:45	UTA20	UTI Adulto 1 e 2	19/05/2024 16:52	
506687	2	19/05/2024 16:52	T24A	Internação Adulto Terreo II	20/05/2024 06:31	
506687	2	20/05/2024 06:31	USA05	UTI Adulto 3	21/05/2024 10:21	Reingresso < 24h
506687	2	21/05/2024 10:21	T29A	Internação Adulto Terreo II	29/05/2024 11:33	

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 17 prontuários cujas movimentações denotam retorno à UTI sob o critério de amostragem não probabilística por seleção direcionada. 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 32 – 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	1437543	05/06/2024 09:49	UTI Adulto 3	✓
2	29903624	10/06/2024 16:56	UTI Adulto 1 e 2	✗
3	418712	19/04/2024 10:27	UTI Adulto 1 e 2	✓
4	48523015	19/06/2024 21:45	UTI Adulto 1 e 2	✗
5	4987836	07/04/2024 20:40	UTI Adulto 1 e 2	✗
6	5010622	16/04/2024 12:06	UTI Adulto 1 e 2	✗
7	5027034	24/04/2024 18:53	UTI Adulto Cirúrgica	✓
8	5034042	13/04/2024 13:51	UTI Adulto 3	✗
9	5048562	13/05/2024 00:02	UTI Adulto 1 e 2	✗
10	5057692	08/05/2024 11:45	UTI Adulto 3	✗
11	5057753	28/06/2024 10:47	UTI Adulto 3	✓
12	5066872	20/05/2024 06:31	UTI Adulto 3	✓
13	5077272	30/05/2024 23:43	UTI Adulto 1 e 2	✗
14	5077592	30/05/2024 16:06	UTI Neurológica	✗
15	5078242	01/06/2024 11:39	UTI Adulto 1 e 2	✗
16	5092252	18/06/2024 22:44	UTI Adulto 1 e 2	✗
17	8391921	28/06/2024 18:36	UTI Neurológica	✗

As avaliações “✗” não representam exceções com impacto no resultado na apuração, mas denotam que as movimentações de retorno à UTI resultam de irregularidade processual no registro das movimentações, aspecto este que consta pontuado no produto P6.1 a P6.3 de julho/2024, produzido por este Verificador Independente.

A meta estabelecida para o 55º 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 33 - 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%	0,2%	0,6%

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

Tabela 34 - 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: 672
 Número total de cirurgias realizados dentro de Centro Cirúrgico: 672

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

#	PRON_SEQ	Checklist	Data do Procedimento	Check
1	57824	133288	01/04/2024	✓
2	27035	133290	01/04/2024	✓
3	502775	133280	01/04/2024	✓
4	502268	133282	01/04/2024	✓
5	502268	133282	01/04/2024	✓
6	503104	133337	03/04/2024	✓
7	458376	133323	02/04/2024	✓
8	503112	133291	01/04/2024	✓
9	499825	133335	02/04/2024	✓
10	503137	133308	02/04/2024	✓
11	214985	133334	02/04/2024	✓
12	173202	133336	02/04/2024	✓
13	493292	133331	02/04/2024	✓
14	67164	133340	03/04/2024	✓
15	503188	133378	03/04/2024	✓
16	503237	133383	03/04/2024	✓
17	491925	133374	03/04/2024	✓
18	502145	133377	03/04/2024	✓
19	503268	133384	04/04/2024	✓
20	503308	133457	04/04/2024	✓
21	4415	133458	04/04/2024	✓
22	497866	133423	04/04/2024	✓
23	503317	133405	04/04/2024	✓
24	503273	133438	04/04/2024	✓
25	366313	133447	04/04/2024	✓
26	503385	133460	05/04/2024	✓
27	303839	133455	04/04/2024	✓
28	503199	133459	05/04/2024	✓
29	112495	133462	05/04/2024	✓
30	315485	133490	05/04/2024	✓

#	PRON_SEQ	Checklist	Data do Procedimento	Check
31	502117	133485	05/04/2024	✓
32	501718	133474	05/04/2024	✓
33	121941	133488	05/04/2024	✓
34	503452	133491	05/04/2024	✓
35	503474	133492	06/04/2024	✓
36	503483	133497	06/04/2024	✓
37	503455	133509	06/04/2024	✓
38	458636	133513	07/04/2024	✓
39	500662	133500	06/04/2024	✓
40	485700	133499	06/04/2024	✓
41	255628	133523	07/04/2024	✓
42	489589	133511	07/04/2024	✓
43	502992	133526	07/04/2024	✓
44	502725	133529	07/04/2024	✓
45	376817	133528	07/04/2024	✓
46	503561	133530	07/04/2024	✓
47	503583	133531	08/04/2024	✓
48	475132	133544	08/04/2024	✓
49	503233	133554	08/04/2024	✓
50	503622	133574	08/04/2024	✓
51	448147	133582	09/04/2024	✓
52	448147	133582	09/04/2024	✓
53	499825	133559	08/04/2024	✓
54	502224	133578	08/04/2024	✓
55	487314	133576	08/04/2024	✓
56	503627	133579	08/04/2024	✓
57	476904	133581	08/04/2024	✓
58	503562	133620	09/04/2024	✓
59	503580	133637	10/04/2024	✓
60	494280	133633	09/04/2024	✓

A meta estabelecida para o 55º 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 36 - 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 37 - 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 prescriptor até a disponibilização do laudo no sistema.

Detalhamento da Fórmula de Cálculo:

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

Meta:

Até 45 min para AVC.

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

Até 6 horas, para os demais casos.

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

Total de exames de Tomografia para AVC: 108, em 4.920,13 minutos – média de 45,56 minutos

Total de exames de Tomografia para Politrauma, TCE, Abdômen Agudo Obstrutivo, Embolia Pulmonar e Dissecção de aorta: 56, em 3.390,12 minutos – média de 60,54 minutos.

Total de exames de Tomografia para demais casos: 2.511, em 456.009,18 minutos – média de 181,10 minutos

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 59 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção direcionada. 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 38 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia”

#	Paciente	Solicitação do exame	Emissão do laudo	Avaliação
1	5066261	15/05/2024 10:22	15/05/2024 20:49	✓
2	4528746	22/05/2024 19:05	23/05/2024 00:46	✓
3	4588872	26/05/2024 16:10	26/05/2024 19:02	✓
4	3276622	30/04/2024 14:54	30/04/2024 17:26	✓
5	4899552	02/04/2024 22:27	03/04/2024 00:36	✓
6	1361774	27/06/2024 23:03	28/06/2024 01:07	✓
7	5078661	29/05/2024 18:20	29/05/2024 20:16	✓
8	283885	21/04/2024 18:22	21/04/2024 20:05	✓
9	5071781	21/05/2024 19:27	21/05/2024 20:59	✓
10	3442973	21/04/2024 21:48	21/04/2024 23:05	✓
11	4967305	21/05/2024 13:12	21/05/2024 14:27	✓
12	5038311	10/04/2024 19:48	10/04/2024 20:52	✓
13	3938392	02/05/2024 13:01	02/05/2024 14:03	✓
14	3159104	08/04/2024 13:23	08/04/2024 14:24	✓
15	4452019	27/04/2024 05:06	27/04/2024 06:04	✓
16	48090913	06/06/2024 18:40	06/06/2024 19:36	✓
17	9368412	15/04/2024 11:16	15/04/2024 12:10	✓
18	36031910	20/06/2024 23:15	21/06/2024 00:08	✓
19	5057711	04/05/2024 19:00	04/05/2024 19:53	✓
20	5086101	07/06/2024 19:18	07/06/2024 20:10	✓
21	5053491	29/04/2024 10:27	29/04/2024 11:17	✓
22	2301532	23/05/2024 20:22	23/05/2024 21:09	✓
23	5047281	22/04/2024 10:03	22/04/2024 10:50	✓
24	5090341	13/06/2024 14:43	13/06/2024 15:30	✓
25	5080641	02/06/2024 00:24	02/06/2024 01:10	✓
26	36051013	02/04/2024 16:38	Exame não realizado	✓
27	5069301	18/05/2024 16:35	Exame não realizado	✓
28	4788233	27/05/2024 20:13	Exame não realizado	✓
29	23619029	30/05/2024 20:15	Exame não realizado	✓
30	4761122	12/06/2024 13:34	Exame não realizado	✓
31	4064182	23/06/2024 16:33	Exame não realizado	✓
32	5101431	29/06/2024 02:22	Exame não realizado	✓
33	501806	02/04/2024 16:41	02/04/2024 23:52	✓
34	479883	02/04/2024 16:44	02/04/2024 18:11	✓
35	420491	03/04/2024 13:22	03/04/2024 21:37	✓
36	499957	04/04/2024 19:05	04/04/2024 23:06	✓
37	479932	05/04/2024 08:58	05/04/2024 18:37	✓
38	479932	05/04/2024 09:00	05/04/2024 21:56	✓
39	498523	06/04/2024 06:38	06/04/2024 13:47	✓
40	420491	06/04/2024 09:03	06/04/2024 21:31	✓
41	494146	08/04/2024 08:29	08/04/2024 11:59	✓
42	458636	08/04/2024 11:44	09/04/2024 11:30	✓
43	501806	09/04/2024 09:46	09/04/2024 08:03	✓
44	420491	12/04/2024 09:47	12/04/2024 16:52	✓
45	479883	18/04/2024 13:28	19/04/2024 16:53	✓
46	458636	19/04/2024 15:16	20/04/2024 20:29	✓
47	420491	21/04/2024 10:46	21/04/2024 03:09	✓
48	458636	22/04/2024 12:49	22/04/2024 18:15	✓
49	420491	27/04/2024 11:39	27/04/2024 11:40	✓
50	458636	30/04/2024 13:24	03/05/2024 07:46	✓
51	420491	01/05/2024 10:49	01/05/2024 22:53	✓
52	505999	07/05/2024 12:02	07/05/2024 00:14	✓
53	506948	19/05/2024 10:48	19/05/2024 12:12	✓
54	498523	26/05/2024 11:43	26/05/2024 15:21	✓

#	Paciente	Solicitação do exame	Emissão do laudo	Avaliação
55	448164	28/05/2024 08:51	28/05/2024 14:22	✓
56	489922	04/06/2024 22:18	04/06/2024 23:15	✓
57	385905	08/06/2024 17:56	08/06/2024 20:19	✓
58	508409	10/06/2024 15:42	Exame não realizado	✓
59	498523	16/06/2024 13:33	16/06/2024 20:07	✓

A meta estabelecida para o 55º 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.

Conforme verificável na tabela acima, o paciente 1 selecionado teve o laudo emitido mais de 10 horas após a solicitação. Nesse caso, verificou-se no prontuário do paciente que o exame solicitado foi uma angiotomografia, conforme evidenciado a seguir.

Tempo de Execução do Forms da Oracle - [Consulta Dados Prontuários]

Ação Editar Consultar Bloco Gravar Campo Janela Ajuda

PGH: Promédica Gestão Hospitalar

Nome: [Redacted] Seq: 506626 Hist.Alterações Obs.: [Redacted]

Dt Nasc: [Redacted] Sexo: Fem. Cad: 15/05/24 09:26 Id: [Redacted] CPF: [Redacted] Óbito em 06/07/2024

Dados do Faturamento

Núm. Int: 008 Cd: 10.10.82.1.7 Cheg: [Redacted] Int: 25/06/24 00:00 Us: 5616 St: Faturada NF: [Redacted]

Convênio: 00 SUS Pin: 00 SUS Prod: [Redacted] Acid: [Redacted]

Registro: [Redacted] Titular: O MESMO DtVal: 15/06/2024

Empresa: INDIVIDUAL Fone: [Redacted] Guia: [Redacted] Dor Torácica: [Redacted] Ativo: [Redacted]

Ocorr.: [Redacted] Obs.: [Redacted] Guia Oper.: [Redacted] Urgente: [Redacted] Digitalizado: [Redacted] Imagens: [Redacted]

Todos Atend. Mais Dados Resp./Contato Dados Téc. Dados Téc. (cont...) Fatur. Alta UTI Prontuários Acomp./Vis.

Indicação clínica para o atendimento

PACIENTE ENCAMINHADA DA UPA DE SIMÕES FILHO COM HISTÓRIA DE CEFALÉIA SÚBITA E REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA HÁ 5 DIAS, COM TOMOGRAFIA DE CRÂNIO EXTERNA EVIDENCIANDO HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. NÃO HÁ RELATO DE COMORBIDADES, ALERGIAS OU CIRURGIAS PREVIAS.

Visualizar Pront. Emergência / PA

Adm. Clínicas Agolhimento (C.R.)

Prescrições Hosp. Prescr. Ass. Domiciliar

Oncologia Laudos

Rel. Médicos Procedimentos

Reg. Multiprof. Descr. Cirúrgicas

Escala de BRADEN Ev. Enfermagem

Presc. Hemoterapia Bolsas Hemocomp.

Assistência Domiciliar Vigilância CCIH

Tempo de Execução do Forms da Oracle - [Solicitação de SADT]

Ação Editar Consultar Bloco Gravar Campo Janela Ajuda

PGH: Promédica Gestão Hospitalar

Paciente

Paciente: Interno Cd: 10.10.82.1.7 Conv: SUS

Idade: [Redacted] Sexo: Feminino CID-10: I609 Dt/hr Atend.Recepção: 25/06/24 00:00 Copiar Solicitação

Solicitação de Exames de SADT

Seq	Data/Hora	Reg.	Nome	Usuário	Tipo de Exame	Prioridade	Perfil	OS PACS Smart
1281544	16/05/2024 07:37	25619	[Redacted]	25619	ULTRA Ultrassom			[Redacted]
1281538	16/05/2024 07:24	25619	[Redacted]	25619	TOMO Tomografia	10 Exames de Urg.	5 Outros	[Redacted]
1281498	15/05/2024 20:38	36690	[Redacted]	36690	RX RX			[Redacted]
1281323	15/05/2024 10:22	39441	[Redacted]	INTERNO	TOMO Tomografia	9 Exames de Eme	1 Suspeita	[Redacted]

Suspeita Clínica (EX: para tomografias de cervical, identifique o segmento a ser avaliado) Legenda: ■ Solicitação Cancelada

SOLICITO ANGIOTC DE CRÂNIO PARA AVALIAR ANEURISMA. PACIENTE CURSANDO COM HSA

Itens da Solicitação

Seq	Código	Descrição do Serviço / Procedimento	Laterali	Quantitativa	Qtde	Status	AN PACS	RIS	PACS
1	697	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DC	Não se Aplica	angi	1	Laudado	1425652HS	8408275	[Redacted]

Uma vez que a angiotomografia é um procedimento cujo processo de análise de diagnóstico, preparo de fotos e disponibilidade dos dados nos sistemas requer um tempo superior ao de lauda da tomografia, este caso foi subtraído da base de dados, retornando o seguinte resultado:

Total de exames de Tomografia para AVC: 107, em 4.293,3 minutos – média de 40,12 minutos

Total de exames de Tomografia para Politrauma, TCE, Abdômen Agudo Obstrutivo, Embolia Pulmonar e Dissecção de aorta: 56, em 3.390,12 minutos – média de 60,54 minutos.

Total de exames de Tomografia para demais casos: 2.511, em 456.009,18 minutos – média de 181,10 minutos

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

Tabela 39 - Quadro-resumo do indicador “2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Até 45min para AVCi. Até 2 horas para politrauma (incluindo TCE), abdômen agudo obstrutivo, embolia pulmonar e dissecção de aorta. Até 6 horas, para os demais casos.	AVC – 45,75 min. Exames até 2h – 45,22 min. Exames até 6h – 177,97 min.	AVC – 40,12 min. Exames até 2h – 60,54 min. Exames até 6h – 181,60 min.

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

Tabela 40 - 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 inferior 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: 39
Número de pacientes/dia: 5.604

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 41 - 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 da infecção
(INHO_P RON_SE Q)	(INHO_COD _PACIENTE)	(INHO_SE Q)	(INHO_DTHR)	(MOPA_DT_ENTRA DA)		(SIPR_DESC_COMPLETA)
479637	13035912	10813	02/04/2024	28/03/2024	5	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
502669	15063902	10830	02/04/2024	28/03/2024	5	Infecção do trato respiratório inferior
498523	05115511	10923	03/04/2024	29/03/2024	5	Infecção do trato respiratório inferior
503013	06083511	10825	05/04/2024	01/04/2024	4	Infecção do trato respiratório inferior
503071	09116801	10924	07/04/2024	01/04/2024	6	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
503094	09098413	10873	10/04/2024	01/04/2024	9	Infecção do trato respiratório inferior
411353	22113602	10874	11/04/2024	02/04/2024	9	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
37046	06017503	10921	12/04/2024	06/04/2024	6	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
61561	26085511	10849	19/04/2024	09/04/2024	10	Infecção do trato respiratório inferior
502132	04037801	10898	21/04/2024	27/03/2024	25	Infecção do trato urinário
503887	15119111	10894	21/04/2024	11/04/2024	10	Infecção do trato respiratório inferior
503938	06107505	10853	21/04/2024	11/04/2024	10	Infecção do trato respiratório inferior
503602	09066301	10852	22/04/2024	09/04/2024	13	Infecção do trato respiratório inferior
504358	07109001	10855	23/04/2024	18/04/2024	5	Infecção do trato respiratório inferior
502774	14044401	10897	24/04/2024	10/04/2024	14	Infecção do trato respiratório inferior
498523	05115511	10928	25/04/2024	29/03/2024	27	Infecção do trato respiratório inferior
503197	18108302	10881	02/05/2024	03/04/2024	29	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
503706	05045418	10902	06/05/2024	23/04/2024	13	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
503663	22035403	10916	07/05/2024	19/04/2024	18	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
505357	01026211	10912	12/05/2024	03/05/2024	9	Infecção do trato respiratório inferior
505042	30056903	10884	17/05/2024	25/04/2024	22	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
393457	26046303	10959	19/05/2024	11/05/2024	8	Infecção do trato respiratório inferior
501355	24105914	10906	21/05/2024	16/05/2024	5	Infecção do trato urinário
506626	10108211	10927	21/05/2024	15/05/2024	6	Infecção do trato respiratório inferior
143754	21035811	10939	22/05/2024	02/05/2024	20	Infecção do trato respiratório inferior
506766	13065801	10931	23/05/2024	17/05/2024	6	Infecção do trato respiratório inferior
506988	06067711	10910	25/05/2024	20/05/2024	5	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
505840	15074016	10975	31/05/2024	05/05/2024	26	Infecção do trato urinário
507682	12068301	10948	02/06/2024	28/05/2024	5	Infecção do trato respiratório inferior

Identificação do paciente (INHO_P RON_SE Q)	do (INHO_COD _PACIENTE)	Registro 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 da infecção (SIPR_DESC_COMPLETA)
506626	10108211	10947	03/06/2024	15/05/2024	19	Infecção de sítio cirúrgico
299036	14075501	10950	04/06/2024	23/05/2024	12	Infecção do trato respiratório inferior
99991	03016801	10958	05/06/2024	29/05/2024	7	Infecção do trato respiratório inferior
507864	23085803	10969	05/06/2024	29/05/2024	7	Infecção do trato urinário
486199	13119517	10961	07/06/2024	31/03/2024	68	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
506938	31074502	10960	07/06/2024	02/06/2024	5	Infecção do trato urinário
507805	25090111	10972	09/06/2024	29/05/2024	11	Infecção do trato respiratório inferior
373534	22126302	10962	14/06/2024	31/05/2024	14	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
508856	02026901	10971	17/06/2024	12/06/2024	5	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
503655	07097004	10956	18/06/2024	17/05/2024	32	Infecção Primária da Corrente Sanguínea

A meta estabelecida para o 55º 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 42 - 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	6,7/1.000	6,95/1.000

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

Tabela 43 - Resultado da apuração do indicador “3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto”

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

3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto

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

Ficha Técnica 13

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

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

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

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

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

Número de episódios de IPCS por CVC: 10
Número de CVC/dia: 4.183

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 13 casos de infecção da corrente sanguínea em pacientes da UTI que utilizaram CVC no período:

Tabela 44 - Registro dos casos de infecção da corrente sanguínea em pacientes da UTI que utilizaram CVC no período

Identificação do paciente		Registro da infecção	Data de diagnóstico da infecção	Data do primeiro uso de CATETECEN	Cód. Da infecção	Descrição da infecção
(INHO_PRO N_SEQ)	(INHO_CO D_PACIENT E)	(INHO_SEQ)	(INHO_DTHR)	(Min of CPPI_CPPC_D T)	INHO_RE CN_REGI STRO	(SIPR_DESC_COMPLETA)
503071	09116801	10924	07/04/2024	01/04/2024	21843	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
411353	22113602	10874	11/04/2024	04/04/2024	11044	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
37046	06017503	10921	12/04/2024	07/04/2024	29498	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
503197	18108302	10881	02/05/2024	03/04/2024	39460	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
503706	05045418	10902	06/05/2024	09/04/2024	25998	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
503663	22035403	10916	07/05/2024	10/04/2024	41602	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
506988	06067711	10910	25/05/2024	20/05/2024	30086	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
486199	13119517	10961	07/06/2024	01/04/2024	30879	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
508856	02026901	10971	17/06/2024	12/06/2024	26860	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
287382	30074711	10970	24/06/2024	22/06/2024	41602	Infecção Primária da Corrente Sanguínea

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 13 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção direcionada. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foi verificado se as infecções são associadas à UTI e ao uso do cateter.

Tabela 45 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto”

#	Paciente	Data do Diagnóstico	Data de início de uso do cateter	Check
1	503071	07/04/2024	01/04/2024	✓
2	411353	11/04/2024	04/04/2024	✓
3	37046	12/04/2024	07/04/2024	✓
4	503197	02/05/2024	03/04/2024	✓
5	503706	06/05/2024	09/04/2024	✓
6	503663	07/05/2024	10/04/2024	✓
7	505042	17/05/2024	25/04/2024	✓
8	506988	25/05/2024	20/05/2024	✓
9	486199	07/06/2024	01/04/2024	✓
10	373534	14/06/2024	31/05/2024	✓
11	508856	17/06/2024	12/06/2024	✓
12	503655	18/06/2024	09/04/2024	✓
13	287382	24/06/2024	22/06/2024	✓

A meta estabelecida para o 55º 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 46 - 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	2.1/1.000	2,39/1.000

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

Tabela 47 - 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: 211

Total de saídas das unidades de internação: 3.386

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

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

A meta estabelecida para o 55º 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 48 - Quadro-resumo do indicador "3.3 Taxa de Mortalidade Institucional"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 6,28%	5,31%	6,23%

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

Tabela 49 - 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:

Tabela 52 - 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. Tx MPO = $\frac{NOPO}{NAC} \times 100$ 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: 8

Total de cirurgias realizadas: 2.529

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 8 óbitos ocorridos no pós-operatório, até 24 horas de liberação do paciente do centro cirúrgico:

Tabela 53 - Registro dos casos dos óbitos ocorridos após a saída do paciente do CRPA, até 24 horas após o ato cirúrgico

Identificação	Registro da cirurgia	Tipo de alta	Data/hora de liberação do paciente	Data/hora do óbito	Tempo entre liberação do paciente e alta médica (horas)
(ACIC_PACI_PRON_SEQ)	(ACIC_SEQ)	(PACI_TIPO_ALTA)	ACIC_DT_LIB_PACIENTE_CC	(PACI_DT_ALTA_MEDICA)	
509407	136798	O	26/06/2024 14:10	10/05/2024 13:40	1,56
509750	136705	O	23/06/2024 19:15	01/05/2024 16:09	5,92
504858	134216	O	23/04/2024 23:00	26/06/2024 15:43	8,19
509211	136942	O	30/06/2024 20:30	24/06/2024 01:10	10,67
276758	135349	O	19/05/2024 21:50	24/04/2024 07:11	12,98
499825	134035	O	19/04/2024 00:30	01/07/2024 07:10	13,00
184117	133945	O	17/04/2024 12:25	20/05/2024 10:49	20,68
502111	133304	O	03/04/2024 12:00	19/04/2024 13:30	20,78

A meta estabelecida para o 55º 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 54 - Quadro-resumo do indicador “3.4A Taxa de Mortalidade Pós-operatória”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 2%	0,2%	0,32%

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

Tabela 55 - 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: 6
Total de saídas de pacientes com IAM: 35

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

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

Tabela 56 - 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_PACI_SEQ)	CIPA_CIDD_CO	CIPA_INDD_PRI NCIPAL	CIPA_INDD_ENTRADA_SA	MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDICA	PRON_DT_NASC
225975	12	I21	S	S	11/06/2024 14:33	15/06/2024 21:50	31/07/1947
261266	3	I21	S	S	31/05/2024 16:26	03/06/2024 23:34	30/12/1942
497357	6	I219	S	S	28/03/2024 02:33	07/04/2024 02:33	24/03/1955
508024	2	I219	S	S	01/06/2024 13:22	05/06/2024 06:28	15/10/1960
509139	2	I219	S	S	15/06/2024 02:01	18/06/2024 12:47	15/10/1957
509160	2	I21	S	S	15/06/2024 19:13	21/06/2024 16:54	12/09/1967

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os prontuários dos 6 pacientes relacionados acima, nos quais foi verificado se o quadro desses pacientes correspondente ao CID registrado no sistema.

Tabela 57 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio”

#	PRON_SEQ	PACI_SEQ	CID	Data do óbito	Check
1	225975	12	I21	15/06/2024 21:50	✓
2	261266	3	I21	03/06/2024 23:34	✓

#	PRON_SEQ	PACI_SEQ	CID	Data do óbito	Check
3	497357	6	I219	07/04/2024 02:33	✓
4	508024	2	I219	05/06/2024 06:28	✓
5	509139	2	I219	18/06/2024 12:47	✓
6	509160	2	I21	21/06/2024 16:54	✓

Desses 6 pacientes, 4 (261266, 508024, 509139 e 509160) tiveram indicação médica de cateterismo cardíaco, recurso diagnóstico terapêutico indisponível no HS. Assim, foi solicitada a regulação desses pacientes para unidades de referência em cardiologia, conforme codificação apresentada pela Concessionária através do Ofício Dir. Técnica 287/24 (Anexo XX).

Analizados os códigos de regulação, com o apoio da equipe do Sistema de Regulação da SESAB, conforme email do dia 29/08/2024 (Anexo XXI), verificamos que as solicitações de fato foram feitas, mas a regulação não ocorreu em tempo hábil. Dos 4 pacientes, contudo, apenas 3 tiveram a solicitação de regulação feita no Sistema Regulação Urgência e Emergência (SUREM) com tempo hábil para ação por parte da CER, conforme denotado abaixo:

Paciente	Data da solicitação pelo médico	Data da solicitação no SUREM	Data do óbito	Avaliação VI
261266	31/05/2024	01/06/2024	03/06/2024	✓
508024	01/06/2024	03/06/2024	05/06/2024	✓
509139	14/06/2024	16/06/2024	17/06/2024	✓
509160	15/06/2024	21/06/2024	21/06/2024	x

Conforme versa a subcláusula 16.2.8 do Contrato de Concessão 030/2010, é de responsabilidade do Poder Concedente omissões ou falhas na regulação ou funcionamento da rede pública de saúde quanto à remoção e transferência de usuários, que comprometam o atingimento dos indicadores. Dito isso, os 3 pacientes acima mencionados foram removidos do numerador e do denominador do cálculo, posto que o risco não é atribuído à Concessionária. Assim, restou apurado o seguinte resultado:

Número de óbitos por IAM: 3
Total de saídas de pacientes com IAM: 32

A meta estabelecida para o 55º 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 58 - 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%	14,3%	9,38%

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

Tabela 59 - 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 inferior 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: 2
Total de saídas de pacientes com AVCi: 17

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

Tabela 60 - Registro dos óbitos ocorridos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi), entre pacientes maiores de 18 anos, internados há mais de 24 horas

Identificação Atendimento	(CIPA_P ACI_SEQ)	CID			Data/hora de internação	Data/hora do óbito	Data de nascimento
		CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA			
3451	6	I63	S	S	01/06/2024 10:57	10/06/2024 17:00	30/03/1943
507925	2	I63	S	S	30/05/2024 18:14	07/06/2024 03:27	28/09/1948

A meta estabelecida para o 55º 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 61 - 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%	8,3%	11,76%

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

Tabela 62 - Resultado da apuração do indicador "3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico"

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

3.7 Taxa de Mortalidade por SEPSE

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

Ficha Técnica 18.
3.7. Taxa de Mortalidade por SEPSE
Objetivo: Acompanhar o total de óbitos por SEPSE.
Definição: Relação percentual entre o número de óbitos por SEPSE e o número de saídas de Clientes com diagnóstico principal de SEPSE, em determinado período.
Número de óbitos por Sepse: É o número total de óbitos por Sepse ocorridos no mês. Para o cálculo deverão ser considerados somente os pacientes, maiores que 18 anos, internados há mais de 24 horas e com diagnóstico de Sepse.
Número de saídas de Clientes com Sepse: É o número total de saídas (após 24 horas da internação) dos pacientes com Sepse nas unidades de internação, ou da UTI por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito.

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

Número de óbitos por Sepse: 59

Total de saídas de pacientes com Sepse: 113

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

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os prontuários dos 59 pacientes cujo CID registrado no sistema foi relativo a Seps, nos quais foi verificado se o quadro histórico dos pacientes condiz com o CID registrado no sistema.

Tabela 63 - Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.7 Taxa de Mortalidade por Seps”

Identificação Atendimento		CID			Data/hora de internação	Data/hora do óbito	Data de nascimento	Check
(CIPA_PACI_PRON_SEQ)	(CIPA_PACI_SEQ)	CIPA_CIDD_CO	CIPA_INDD_PRI	CIPA_INDD_ENTRADA_SA				
101582	17	A419	S	S	08/06/2024 10:53	24/01/2024	03/11/1943	✓
162202	4	A419	S	S	03/05/2024 12:21	29/01/2024	08/12/1941	✓
263688	7	A419	S	S	23/04/2024 00:00	12/01/2024	06/07/1943	✓
270092	18	A419	S	S	18/06/2024 21:04	02/03/2024	14/08/1942	✓
287096	3	A419	S	S	30/05/2024 22:08	20/03/2024	18/11/1958	✓
318466	3	A419	S	S	15/06/2024 17:39	08/01/2024	04/01/1942	✓
341257	5	A419	S	S	09/05/2024 00:00	03/01/2024	02/10/1957	✓
346695	3	A419	S	S	25/04/2024 14:46	02/02/2024	15/10/1935	✓
358849	6	A419	S	S	25/05/2024 22:20	08/03/2024	13/08/1953	✓
406909	7	A419	S	S	19/05/2024 19:43	12/01/2024	15/09/1948	✓
411353	8	A419	S	S	25/04/2024 00:00	14/01/2024	01/05/1947	✓
4187	12	A419	S	S	12/04/2024 00:00	28/02/2024	10/04/1954	✓
44897	7	A419	S	S	22/06/2024 15:12	18/01/2024	01/01/1936	✓
458299	5	A419	S	S	22/03/2024 06:42	09/03/2024	03/07/1936	✓
480547	5	A419	S	S	29/05/2024 19:03	10/02/2024	23/10/1960	✓
492837	8	A419	S	S	25/04/2024 08:51	02/01/2024	18/10/1966	✓
501046	9	A418	S	S	17/04/2024 15:35	30/03/2024	11/11/1984	✓
501251	4	A419	S	S	06/04/2024 00:00	19/03/2024	17/05/1953	✓
501718	3	A419	S	S	10/04/2024 00:00	21/02/2024	23/04/1952	✓
502013	2	A41	S	S	19/03/2024 17:34	19/01/2024	26/05/1948	✓
502370	4	A419	S	S	06/04/2024 00:00	03/02/2024	09/08/1967	✓
502472	4	A41	S	S	21/04/2024 00:00	30/01/2024	06/02/1927	✓
502630	2	A41	S	S	26/03/2024 10:34	02/01/2024	28/01/1941	✓
502669	5	A419	S	S	11/04/2024 00:00	17/02/2024	26/09/1963	✓
502703	7	A419	S	S	16/05/2024 00:00	11/02/2024	10/08/1953	✓
502774	3	A418	S	S	24/04/2024 00:00	24/03/2024	06/01/1946	✓
502943	2	A419	S	S	30/03/2024 16:32	24/02/2024	25/07/1963	✓
502972	7	A419	S	S	29/05/2024 00:00	14/03/2024	21/03/1940	✓
503071	3	A419	S	S	08/04/2024 00:00	17/01/2024	12/10/1960	✓
503573	2	A419	S	S	07/04/2024 22:00	18/02/2024	30/10/1964	✓
503652	2	A418	S	S	09/04/2024 08:20	27/01/2024	04/06/1952	✓
503663	5	A419	S	S	10/05/2024 00:00	07/03/2024	20/01/1950	✓
503716	3	A419	S	S	14/04/2024 00:00	06/03/2024	26/11/1959	✓
504102	6	A419	S	S	14/06/2024 04:34	21/02/2024	23/09/1950	✓
504137	6	A419	S	S	29/05/2024 23:24	24/01/2024	19/06/1940	✓
504269	4	A419	S	S	29/04/2024 00:00	21/03/2024	07/07/1949	✓
504963	2	A419	S	S	24/04/2024 18:45	30/01/2024	06/01/1948	✓
505221	3	A419	S	S	04/05/2024 00:00	06/01/2024	24/06/1951	✓
505357	2	A419	S	S	29/04/2024 22:16	09/01/2024	02/02/1943	✓

Identificação Atendimento		CID			Data/hora de internação		Data/hora do óbito	Data de nascimento		Check
(CIPA_PACI_PRON_SEQ)	(CIPA_PACI_SEQ)	CIPA_CIDD_CO	CIPA_INDD_PRI	CIPA_INDD_ENTRADA_SA	MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDICA	PRON_DT_NASC			
505644	3	A419	S	S	10/05/2024 00:00	10/03/2024	08/08/1929	✓		
505747	2	A419	S	S	04/05/2024 12:55	29/01/2024	04/08/1972	✓		
505920	4	A419	S	S	21/05/2024 00:00	02/01/2024	16/11/1950	✓		
505928	6	A419	S	S	11/06/2024 14:44	18/01/2024	19/02/1963	✓		
506486	2	A419	S	S	14/05/2024 13:46	27/03/2024	22/10/1960	✓		
506496	4	A419	S	S	21/05/2024 21:57	17/01/2024	04/10/1965	✓		
506500	2	A419	S	S	14/05/2024 12:13	02/01/2024	20/03/1942	✓		
506605	6	A41	S	S	08/06/2024 00:00	19/01/2024	04/09/1975	✓		
506661	3	A419	S	S	21/05/2024 00:00	19/01/2024	19/06/1996	✓		
506766	2	A419	S	S	16/05/2024 22:21	23/01/2024	21/01/1994	✓		
506984	2	A419	S	S	19/05/2024 21:41	27/01/2024	30/10/1928	✓		
507287	2	A41	S	S	23/05/2024 20:10	07/02/2024	30/10/1939	✓		
507863	2	A418	S	S	29/05/2024 18:01	16/02/2024	19/04/1950	✓		
507884	2	A418	S	S	30/05/2024 21:05	27/03/2024	12/02/1965	✓		
508249	4	A41	S	S	15/06/2024 18:48	11/03/2024	13/01/1966	✓		
508388	5	A419	S	S	17/06/2024 00:00	09/03/2024	03/11/1944	✓		

A meta estabelecida para o 55º 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 64- Quadro-resumo do indicador “3.7 Taxa de Mortalidade por Seps”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 32,2%	30,9%	52,21%

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

Tabela 65 - Resultado da apuração do indicador “3.7 Taxa de Mortalidade por Seps”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.7 Taxa de Mortalidade por Seps	✗ 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: 14
Número de saídas com permanência superior a 5 dias: 918

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

Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 60 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória entre pacientes com idade superior a 80 anos internados a pelo menos 5 dias. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foi verificado se houve outros casos de lesão por pressão desenvolvidos no hospital que não foram registrados no sistema.

Tabela 66 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito”

#	Paciente	Idade	Dias de Internação	Avaliação
1	5051832	96	10	✗
2	5025324	96	9	✗
3	1431329	95	8	✗
4	4454207	95	8	✗
5	1019438	95	12	⚠
6	5080322	93	5	✗
7	3903883	93	6	✗
8	1820315	93	19	✗
9	2767585	92	9	✗
10	22200712	92	11	✗
11	5069282	92	5	✗
12	4740227	92	7	✗
13	4740229	92	8	✗

#	Paciente	Idade	Dias de Internação	Avaliação
31	3588496	88	13	✗
32	5046142	88	16	✗
33	5015854	87	18	✗
34	5015852	87	17	✗
35	4279845	87	7	✓
36	5045822	87	8	✗
37	342846	87	8	✗
38	5003406	87	7	✓
39	1329163	86	20	✓
40	5038922	86	8	✗
41	4790533	86	9	⚠
42	5083885	86	8	✓
43	5026862	86	19	✗

#	Paciente	Idade	Dias de Internação	Avaliação
14	2955377	91	8	✖
15	1868553	91	7	✖
16	5027682	90	6	✖
17	5053362	90	5	✖
18	5078624	90	6	✖
19	5078622	90	6	✖
20	4069097	90	7	✖
21	5066613	90	7	✔
22	5046732	90	20	✔
23	4502465	89	6	⚠
24	5079202	89	7	✖
25	4536658	89	6	✖
26	4045046	89	11	✖
27	5021113	89	7	✖
28	5032382	89	8	✖
29	592167	88	9	✖
30	5039432	88	7	✖

#	Paciente	Idade	Dias de Internação	Avaliação
44	1042496	85	8	✖
45	3292209	85	6	✖
46	5059552	85	9	✔
47	5051592	85	15	✖
48	5026695	85	8	✔
49	4113693	85	7	✖
50	5031872	85	9	✔
51	5095192	85	9	✖
52	24007911	84	15	✖
53	2400799	84	25	✖
54	4410324	84	7	✖
55	2400797	84	13	✖
56	3187569	84	6	✖
57	5031063	84	24	✖
58	5064972	84	7	✖
59	5072692	84	6	✖
60	4624339	84	9	✖

Dos prontuários acima analisados, identificamos mais 9 pacientes que desenvolveram lesão por pressão durante a internação, os quais foram acrescidos aos 14 já identificados na tabela NOTIFICACOES_RISCOS. Ademais, 3 pacientes já chegaram ao hospital com lesão por pressão, e os 48 demais não desenvolveram o quadro.

Conforme é possível depreender a partir das informações acima descritas, as avaliações “✖” não representam exceções com impacto no resultado do indicador, mas em inconformidades processuais que já foram pontuados no produto P6.1 a P6.3 de julho/2024, emitido por este Verificador Independente.

Abaixo, o registro dos 23 casos de lesão por pressão registrados para pacientes internados há mais de 5 dias:

Tabela 67 - Registro dos casos de lesão por pressão registrados para pacientes internados há mais de 5 dias

#	Paciente	Data de diagnóstico
1	504536	24/04/2024
2	481805	28/05/2024
3	504225	13/06/2024
4	36827	10/05/2024
5	503404	10/05/2024
6	4187	10/05/2024
7	358850	10/05/2024
8	503404	10/05/2024
9	502934	07/06/2024
10	505481	07/06/2024
11	506500	07/06/2024
12	382116	07/06/2024
13	505596	07/06/2024
14	506661	24/05/2024

#	Paciente	Data de diagnóstico
15	504673	02/05/2024
16	427984	15/05/2024
17	500340	19/05/2024
18	132916	01/04/2024
19	508388	18/06/2024
20	505955	11/05/2024
21	502669	11/04/2024
22	503187	07/04/2024
23	503459	05/06/2024

A meta estabelecida para o 55º 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 68 - 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%	1,0%	2,51%

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

Tabela 69 - 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: 4.036

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

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 4 prontuários dos pacientes diagnosticados com PAV na UTI adulto, nos quais foi verificado se o quadro do paciente corresponde ao CID registrado no sistema.

Tabela 70 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)”

#	Paciente	Data ingresso na UTI	Data alta da UTI	Data diagnóstico	Avaliação
1	503109	03/04/24 22:11	25/05/24 12:14	09/04/2024	✓
2	503212	03/04/24 15:29	18/04/24 12:50	10/04/2024	✓
3	188040	31/03/24 15:43	20/04/24 07:25	12/04/2024	✓
4	506136	08/05/24 17:10	09/06/24 14:23	24/05/2024	✓

A meta estabelecida para o 55º 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 71 - 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	2/1.000	1/1.000

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

Tabela 72 - 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 ITU em pacientes da UTI adulto: 1

Número de pacientes em uso de cateter vesical - dia: 4.183

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

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foi selecionado o prontuário do paciente diagnosticado com ITU na UTI adulto, no qual foi verificado se o quadro do paciente corresponde ao CID registrado no sistema.

Tabela 73 – Relação de prontuários selecionados para verificação do indicador “3.10 Densidade de Incidência de ITU Associada à Cateter Vesical”

#	Paciente	Data ingresso na UTI	Data alta da UTI	Data diagnóstico	Avaliação
1	501355	16/05/24 16:46	19/05/24 18:28	21/05/2024	✓

A meta estabelecida para o 55º 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 74 - 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	0,0/1.000	0,24/1.000

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

Tabela 75 - Resultado da apuração do indicador “3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical”

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

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

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 20 do Anexo 5 ao Termo Aditivo Nº 12 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a padronização dos processos, a otimização dos recursos e racionalização dos custos, a melhoria da eficiência e efetividade, a realização de práticas mais seguras, o aperfeiçoamento dos processos de controle e auditoria e a participação do usuário na tomada de decisão da equipe. Vide Ficha Técnica abaixo:

Ficha Técnica 20 4.1. Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em urgência e emergência Objetivo: Na atenção à saúde desenvolvida no hospital promove a padronização dos processos, a otimização dos recursos, a racionalização dos custos, a melhoria da eficiência e efetividade, a realização de práticas mais seguras, o aperfeiçoamento dos processos de controle e auditoria e a participação do usuário na tomada de decisão da equipe. Definições: Os protocolos clínicos baseados em evidência são recomendações desenvolvidas de forma sistematizada, que têm como objetivo apoiar os profissionais da equipe de saúde e o usuário na tomada de decisões acerca dos cuidados, em situações específicas. A elaboração, implantação de protocolos e capacitação contínua dos profissionais voltado para a gestão da clínica e do cuidado se constitui em ferramenta, imprescindível, da melhoria da qualidade de atenção.
--

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Concessionária os seguintes documentos, os quais constam no anexo VII, 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 junho/2024.

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

Tabela 76 – 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	16/04/2024
Linha do cuidado do acidente vascular cerebral (AVC)	17/02/2011	18/03/2024
Traumatismo Cranioencefálico (TCE) - Atendimento ao paciente	17/01/2011	15/03/2024
Edema Agudo de Pulmão	10/02/2011	21/05/2021
SEPSE - Atendimento aos Pacientes com Suspeita Diagnóstica	21/03/2011	04/12/2023
Hemorragia Digestiva - Atendimento ao Paciente com Suspeita	23/04/2011	15/05/2019
Atendimento ao Paciente Politraumatizado	09/07/2015	08/12/2023
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	05/09/2018
Diabetes Mellitus Descompensada: Condutas nos Pacientes não Críticos	16/11/2012	31/08/2021
Insuficiência Cardíaca	18/09/2012	25/05/2021
Prevenção de Trombolismo Venoso (TEV)	25/02/2013	03/11/2023
Pneumonia Comunitária	01/03/2013	31/05/2021
Insuficiência Hepática Crônica	20/12/2012	31/08/2021
Intoxicação Exógena	18/02/2013	10/02/2024
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	10/02/2024
Dor Abdominal	04/05/2015	14/03/2024
Atendimento ao Paciente com Urolitíase/Litíase Urinária	03/12/2015	29/02/2024
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 Hipertermia 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	06/03/2024
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

Protocolo	Data de Emissão	Data de Revisão
Protocolos Assistenciais Interdisciplinares		
Serviço de Controle de Infecção		
Protocolo para doença COVID-19	24/03/2020	25/11/2022
Protocolo de Profilaxia para Tétano Acidental (CID 10:A35)	05/01/2022	-
Protocolo de Profilaxia para Raiva Humana	03/05/2022	28/09/2023
Protocolo de Monkeypox	30/05/2022	26/07/2022
Unidade de Internação Adulto		
Manejo do Paciente com Rebaixamento do Nível de Consciência	26/07/2012	20/02/2024

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

Tabela 77 - 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 identificados ao menos dois reportes diários no período de maio a junho/2024.

No dia 19/04/2024, no entanto, houve apenas 1 reporte, do período da manhã. O reporte da noite foi enviado apenas no dia 20/04/2024, à 1h. A referida documentação consta no anexo VIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

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

Tabela 78 - 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	Reportes realizados	Reportes parcialmente realizados

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

Tabela 79 - 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	x Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada não encontrou resultado atendente à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo não 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 IX, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, foram obtidos os números a seguir:

Número de médicos cadastrados: 308

Número de médicos com título de especialista (apenas com residência concluída): 279

Número de médicos sem título de especialista: 29

No entanto, em análise à listagem dos médicos relacionados pela Concessionária, foram realizadas consultas ao Portal do CFM, à AMB e à CNRM, a fim de validar o devido cadastro do profissional, bem como a regularidade de sua situação e de seu título de especialista. Nessas análises, identificamos os registros de especialização de 255 profissionais, confirmamos que 29 profissionais não possuem título de especialização, enquanto os 23 restantes se enquadram nas seguintes situações:

- 3 Bucomaxilos, os quais não aderem ao título de médico;
- 17 Profissionais sem registro de especialidade cadastrado no CNRM/AMB;
- 3 Títulos de especialista em área diversa da especialidade de atuação no hospital.

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 e-mail 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.

Dito isto, este Verificador Independente considera os números a seguir para fins de apuração do indicador:

Número de médicos (subtraindo os Bucomaxilo): 304

Número de médicos com título de especialista (apenas com residência concluída e especialidade compatível com atuação no hospital): 255

Número de médicos sem título de especialista: 49

A meta estabelecida para o 55º 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 80 - Quadro-resumo do indicador “6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 82%	91%	83,88%

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

Tabela 81 - 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 superior 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 X, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, foram calculados os números a seguir:

Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - abril: 6.204

Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - maio: 6.919

Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - junho: 6.875

Número total de dias do período: 91

Número de leitos: 337

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 55º 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 82 - Quadro-resumo do indicador “6.2 Relação Enfermeiro/Leito”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 0,54	0,74	0,65

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

Tabela 83 - 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: $\text{Nº horas diárias} = \frac{\text{Carga horária mensal prevista}}{30}$ Nº horas/homem trab.: = (Dias func. 1 ficou contratado X horas diárias func. 1) + (Dias func. n ficou contratado X horas diárias func. n) Número de colaboradores ouvintes em todos os cursos do hospital: É a somatória de todos os colaboradores participantes dos cursos no período determinado, incluindo os cursos realizados em convênio com Instituições de Ensino Superior. Obs. Caso o colaborador participe de vários cursos, será computado o total de horas de todos os cursos. Carga horária do curso: É a somatória das horas de todos os cursos ministrados no período determinado. Deverão ser contabilizados cursos realizados no hospital; cursos externos pagos integralmente pelo hospital e treinamento para operação de novos equipamentos. Os cursos de graduação, pós-graduação financiados pelo hospital deverão ser informados na época da sua conclusão. Número de horas/homem trabalhadas: É o número de colaboradores ativos no cadastro do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho.
--

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: 6.594

Somatório de horas/homem trabalhadas: 886.864

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 55º 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 84 - 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	7,6/1.000	7,4/1.000

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

Tabela 85 - Resultado da apuração do indicador "6.3 Índice de atividade de Educação Permanente"

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

6.4 Taxa de Acidente de Trabalho

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

Ficha Técnica 26

6.4. Taxa de Acidente de Trabalho

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

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

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

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

- Número de funcionários ativos em abril: 1.996
- Número de funcionários ativos em maio: 2.138
- Número de funcionários ativos em junho: 2.148
- Número de acidentes de trabalho em abril: 3
- Número de acidentes de trabalho em maio: 2
- Número de acidentes de trabalho em junho: 0

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

Taxa de Acidente de Trabalho

=

Número de Acidentes de Trabalho

Número de Funcionários Ativos

A meta estabelecida para o 55º 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 86 - Quadro-resumo do indicador “6.4 Taxa de Acidente de Trabalho”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 0,30%	0,08%	0,079%

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

Tabela 87 - 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 a atividades pertinentes à atenção e atendimento ao usuário, responsável pela organização do sistema de reclamações, sua canalização dentro da instituição e encaminhamento aos órgãos diretivos do hospital.

Definições:

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

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: 43
Total de demandas respondidas em até 10 dias: 43

A meta estabelecida para o 55º 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 88 - Quadro-resumo do indicador “7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários”

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

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

Tabela 89 - 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 privadas, e seus usuários. Esta inter-relação é constituída, fundamentalmente, pela dependência entre a qualidade do serviço oferecido e a satisfação do usuário que o recebe. O funcionamento adequado do serviço converte-se em alta satisfação do usuário. E essa satisfação, por conseguinte, é refletida nas ações do usuário como a adesão ao tratamento, continuidade dos cuidados em longo prazo, procura por prevenção de agravos à saúde e indicação do serviço a outros. O contrário, isto é, a insatisfação por parte do Cliente, prejudica tanto seu tratamento, como a existência da instituição. Desse modo, o usuário passa a ter participação ativa no funcionamento do serviço, sendo co-responsável, juntamente com a prestadora, pelo êxito ou fracasso do processo terapêutico
- O Sistema Único de Saúde (SUS) considera que a incorporação do usuário no modelo participativo de atenção à saúde tem início por meio da avaliação subjetiva deste quanto à assistência prestada. Esta avaliação oferece subsídios para a implantação dos direitos, necessidades e perspectivas dos usuários no quadro de metas do serviço. Qualquer estabelecimento de saúde que prime pela qualidade deve incluir, constantemente, na sua prática a avaliação da opinião de seus usuários, para repensar os métodos executados e intervir sobre a forma de organização, visando seu aperfeiçoamento. Desse modo, a avaliação da satisfação do usuário é parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde.

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 XIV, 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 abril a junho de 2024, por meio do qual obtivemos os seguintes números:

Total de atendimentos realizados: 4.033
Total de pesquisas respondidas: 2.665
Total de respostas afirmativas: 2.581

Considerando as definições apresentadas e os números acima, obtemos que as pesquisas foram respondidas por 66,08% dos pacientes de internação, atendendo à primeira parte da meta, que prevê no 6º Termo Aditivo a aplicação das pesquisas para 55% dos pacientes internados. Das pesquisas respondidas, 96,85% representam respostas afirmativas aos questionamentos de satisfação.

A meta estabelecida para o 55º 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 91 - Quadro-resumo do indicador “7.2 Percentual de Satisfação do Paciente”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Mínimo de 80%	97%	96,85%

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

Tabela 92 - Resultado da apuração do indicador “7.2 Percentual de Satisfação do Paciente”

Indicador	Indicação do Atendimento
7.2 Percentual de Satisfação do Paciente	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada atendeu à meta estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

8.1 Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do programa HUMANIZASUS

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

Ficha Técnica 29 8.1. Implantar e manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa HUMANIZASUS Objetivo: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH no hospital tem caráter multidisciplinar. É uma instância de discussão da dinâmica das equipes de trabalho; das relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde/usuários e responsável pelas ações de educação permanente relacionadas à humanização da atenção. Definições: • Princípios norteadores da Política de Humanização: (i) Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; (ii) Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; (iii) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; (iv) Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS e (v) Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia.
--

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

Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 09/04/2024;

Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 07/05/2024;

Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 11/06/2024;

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 55º 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.

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

Tabela 93 - 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 XVI, 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 94 - 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 95 - 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 109 - Distribuição de pesos dos Indicadores de Desempenho na Contraprestação Mensal Efetiva (CME)

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

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

Anexos

Anexo I 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 55º 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 DGE COP 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 Car
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 não credenciadas ao CNRM, estágios credenciados por Sociedades, etc. Neste caso a apresentação de t
1. Sendo certo que, por força das Leis 6.932/1981 e 12.871/2013, somente existem duas formas de obter o título de es
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: "cyntia lins" <cyntia.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 Carvall
Enviadas: Segunda-feira, 5 de fevereiro de 2024 11:41:50
Assunto: Re: APURAÇÃO 53° 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

vtorisilva@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 **Indicadores Qualitativos** 25/07/2024 09:23
GERE0160A Pag 1 de 1

Período: 01/04/2024 a 30/06/2024 Dias: 91 Ano: 14 Trimestre: 55 % Conclusão: 100,0%

2 Desempenho da Atenção		
Indicadores	Meta Trimestral / Memória de Cálculo	Valor
2.1 Intervalo de Substituição	1 dia - Memória de Cálculo: $(1 - \text{taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{tempo médio de permanência} / \text{Taxa de ocupação hospitalar}$.	0,1 dia(s)
2.2 Índice de Renovação	Mínimo de 4,9 - Memória de Cálculo: $\text{Total de Saídas} / \text{Número de leitos (excluindo leitos COVID)}$	13,8
2.3 Índice de Resolubilidade	Mínimo de 90% - Memória de Cálculo: $\text{Número de Clientes saídos em até 5 dias} / \text{número total de saídas} \times 100$.	71,9 %
2.4 Taxa de Atendimentos de Usuários em Regime de Não Urgência e Emergência	$\leq 10\%$ - Memória de Cálculo: $\text{Número de usuários em regime de não urgência e emergência atendidos} / \text{total de usuários atendidos} \times 100$.	2,3 %
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	≤ 60 minutos em 90% dos casos - Memória de Cálculo: $\text{Intervalo de tempo entre a notificação da necessidade de cirurgia e a realização do procedimento anestésico para usuários que necessitam de cirurgia de emergência}$.	95,5 %
2.6 Taxa de Reingresso na UTI - Adulto Durante a Mesma Internação	Máximo de 2,3% - Memória de Cálculo: $\text{Número de reingressos na UTI Adulto durante a mesma internação} / \text{Número de saídas da UTI Adulto} \times 100$.	0,2 %
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: 45,75 Ex. ate 2hs: 45,22 Ex. ate 6hs: 177,97
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)	6,7/1.000
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.	2,1/1.000
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional	Máximo de 6,28% Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos registrados EXCETO Leitos COVID após 24hrs de internação} / \text{Total de Saídas registrados EXCETO Leitos COVID}$.	5,31 %
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: $\text{Número de óbitos ocorridos até 24h após o ato cirúrgico} / \text{Total de Atos Cirúrgicos} \times 100$.	0,2 %
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)	14,3 %
3.6A Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral isquêmico	Máximo de 15% - Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos por AVCI} / \text{Número de saídas hospitalares com código de diagnósticos de AVCI} \times 100$ (CIDs I630, I636, I638, I639 e I64).	8,3 %
3.7 Taxa de Mortalidade de Clientes com Seps	Máximo de 32,2% - Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos por Seps} / \text{Número de saídas hospitalares com diagnóstico de Seps} \times 100$.	30,9 %
3.8 Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão	Máximo de 5% - Memória de Cálculo: $\text{Número de Clientes com diagnóstico de Lesão por Pressão} / \text{Número de saídas hospitalares com permanência superior a 05 dias. (Max. 4,29% para o 7º TA)}$	1,0 %
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 - $(\text{Número de episódios de PAV em pacientes internados em UTI}) / (\text{Número de pacientes em Ventilação Mecânica dia}) \times 1.000$	2,0/1.000
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 - $(\text{Número de episódios de ITU associados a SVD}) / (\text{Número de SVD dia}) \times 1.000$	0,0/1.000

Planilha1

INDICADORES QUALITATIVOS – 55º Trimestre (C

Indicadores	Meta	Reporte
Taxa de Acidente de Trabalho	Máximo 0,30	0,08
Enfermeiro Leito	Mínimo 0,54	0,74
Índice Educação Permanente	Mínimo 6,5	7,60
Médicos com Títulos de Especialistas	Mínimo 82%	0,91
Taxa de Satisfação do Usuário	Mínimo 80%	0,97

Complementação da apresentação dos Indicadores Manuais do Trimestre.
Ressaltamos que os mesmos também estão apresentados junto com os documentos de cada in

INDICADORES QUANTITATIVOS – 55º TRIMESTRE (01/04/24 a 30/06/24)

1. SAÍDAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – Fase I (01/04/24 a 29/05/24)							
Saídas – peso 55% de 70%							
	Início	Fim	dias	Realizado	Previsto	Não Encaminhados	Meta Ajustada % Atingido
Clinica Médica	01/04/24	29/05/24	59	755	449		
Clinica Cirúrgica	01/04/24	29/05/24	59	1306	1537		
Pediatria	01/04/24	29/05/24	59	397	301		
TOTAL	01/04/24	29/05/24	59	2458	2287	-96	2191 112,19%

Observação: Para o total do trimestre, utilizou-se o valor correspondente a 3528 (91 DIAS)

1.2 DIÁRIAS DE TERAPIA INTENSIVA – Fase I (01/04/24 a 29/05/24)						
	Início	Fim	dias	Realizado	Previsto	% Atingido
1.2.1 UTI Adulto	01/04/24	29/05/24	59	2896	2626	110,28%
1.2.3 UTI Ped.	01/04/24	29/05/24	59	544	525	103,62%
TOTAL	01/04/24	29/05/24	59	3440	3151	109,17%

Observação: Para o cálculo do % Atingimento, foi considerado o total do trimestre, utilizou-se o valor correspondente a 4050 (UTI adulto) e 810 (UTI PED).

2. CONSULTAS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - Fases I e II (01/04/24 a 30/06/24)						
	Período			Quantitativo		
	Início	Fim	Dias	Realizado	Previsto	% Atingido
Consultas Médicas em Atenção Especializada (Todas especialidades)	01/04/04	30/06/24	91	14687	14112	104,07%
Atendimentos Urgência e Emergência (Profissionais Médicos)	01/04/04	30/06/24	91	6408	3600	178,00%
TOTAL	01/04/04	30/06/24	91	21095	17712	119,10%

Observação: O indicador foi considerado para o período por não haver mudança da META no decorrer do Trimestre.

3. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT) – Fase I (01/04/24 a 29/05/24)						
	Período			Quantitativo		
	Início	Fim	Dias	Realizado	Previsto	% Atingido
TOTAL	01/04/04	29/05/24	59	37685	15753	239,22%
3.1 Diagnóstico Laboratório Clínico				26719		
3.2 Diagnóstico Radiologia				7212		
3.4 Diagnóstico por Ultra- Sonografia				387		
3.5 Diagnóstico Ressonância Nuclear Magnética				13		
3.6 Diagnóstico Tomografia Computadorizada				3354		
3.7 Diagnóstico por Endoscopia				13		
3.8 Métodos Diagnósticos Especialidades (Eletrocardiograma e Eletro encefalograma)				655		

Utilizado o Valor de 24.297 para cálculo da proporção

1. SAÍDAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – Fase II (30/05/24 a 30/06/24)							
Saídas – peso 55% de 70%							
	Início	Fim	dias	Realizado	Previsto	Não Encaminhados	Meta Ajustada % Atingido
Clinica Médica	30/05/24	30/06/24	32	410	244		
Clinica Cirúrgica	30/05/24	30/06/24	32	564	833		
Pediatria	30/05/24	30/06/24	32	181	164		
Clinica Neurológica	30/05/24	30/06/24	32	110	121		
TOTAL	30/05/24	30/06/24	32	1265	1362	-72	1290 98,06%

Observação: Para o total do trimestre, utilizou-se o valor correspondente a 3873 (91 DIAS)

1.2 DIÁRIAS DE TERAPIA INTENSIVA – Fase II (30/05/24 a 30/06/24)						
	Início	Fim	dias	Realizado	Previsto	% Atingido
1.2.1 UTI Adulto	30/05/24	30/06/24	32	1550	1424	108,85%
1.2.2 UTI Adulto Neuro	30/05/24	30/06/24	32	313	276	113,41%
1.2.3 UTI Ped.	30/05/24	30/06/24	32	291	276	105,43%
TOTAL	30/05/24	30/06/24	32	2154	1976	109,01%

Observação: Para o total do trimestre, utilizou-se o valor correspondente a 4050 (UTI adulto) , 810 (UTI PED) e 810 (UTI Adulto Neuro)

3. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT) – Fase II (30/05/24 a 30/06/24)						
	Período			Quantitativo		
	Início	Fim	Dias	Realizado	Previsto	% Atingido
TOTAL	30/05/24	30/06/24	32	19709	8719	226,06%
3.1 Diagnóstico Laboratório Clínico				14581		
3.2 Diagnóstico Radiologia				3101		
3.4 Diagnóstico por Ultra- Sonografia				184		
3.5 Diagnóstico Ressonância Nuclear Magnética				162		
3.6 Diagnóstico Tomografia Computadorizada				1681		
3.7 Diagnóstico por Endoscopia				9		
3.8 Métodos Diagnósticos Especialidades (Eletrocardiograma e Eletro encefalograma)				335		

Utilizado o Valor de 24.795 para cálculo da proporção

Anexo XIX – Considerações 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 - 55º 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, tomando como base o Relatório Preliminar de Apuração dos Indicadores, elaborado pelo Verificador Independente Deloitte Touche Tohmatsu Consultores LTDA., referente ao 55º Trimestre de Operação, período compreendido de 01 de abril de 2024 a 30 de junho de 2024, recebido em 22/08/2024 (evento SEI nº 00096913720).

II. METODOLOGIA:

Trata-se de análise das informações apresentadas pelo Verificador Independente - VI por meio do Relatório Preliminar de Apuração dos Indicadores 55º Trimestre (01/04/2024 a 30/06/2024). Conforme consta no citado Relatório, a apuração do VI foi fundamentada nas bases de dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio - PGH

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

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."

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.

IV - ANÁLISE DO RELATÓRIO PRELIMINAR DE APURAÇÃO DOS INDICADORES EMITIDO PELO VERIFICADOR INDEPENDENTE DO 55º TRIMESTRE DE OPERAÇÃO.

Nesta seção são apresentados os resultados da apuração pelo Verificador Independente dos 40 indicadores atualmente presentes do contrato de Concessão 030/2010, destes 05 indicadores são quantitativos (produção) e 35 de desempenho, conforme detalhamento a seguir:

INDICADORES DE QUANTITATIVOS

1.1 Saídas de Internações Hospitalares

Considerando o quanto previsto no Anexo 5 do 12º Termo Aditivo ao Contrato 030/2010, este indicador visa obter o quantitativo de saídas por alta, evasão, transferência externa ou óbito, antes ou após 24 horas da internação de pacientes internados na Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Clínica Pediátrica.

Consoante ao quanto previsto na Cláusula Quarta do Termo Aditivo nº12, que trata da alteração do perfil assistencial do Hospital do Subúrbio, a fim de compor a rede de atenção à saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, a partir de 29/05/2024 a Unidade Hospitalar passou para a fase 02 de operação com a inclusão de 34 leitos de Clínica neuroclínica e cirúrgica.

Nesta seara, observamos que houve a proporcionalidade nos números de saídas Clínica Neurológica, para o adequado cômputo do indicador.

Para a apuração o Termo Aditivo mencionado 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.

Dessa forma deve ser subtraído da meta o quantitativo de transferências de pacientes autorizadas pela CER, porém não efetivamente enviados à Unidade Hospitalar.

Conforme relatório do verificador independente, 168 pacientes autorizados não foram efetivamente encaminhados pelo Complexo Regulador ao Hospital do Subúrbio (evento SEI nº00096913720).

Para conferência dos dados, a listagem foi encaminhada a CER (evento SEI nº 00097133483), que em contato telefônico solicitou complementação dos dados com o número do SUREM dos pacientes relacionados, solicitação esta, encaminhada ao VI.

Do exposto, diante da falta de dados até a conclusão deste relatório não foi possível a verificação, pela Central Estadual de Regulação - CER, dos pacientes autorizados e não efetivamente encaminhados pelo Poder Concedente.

Por conseguinte, informamos que após verificação pela CER dos dados apresentados pela VI, caso seja necessário, deverá ser realizados ajustes na apuração do indicador.

1.2 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva

O referido indicador visa obter o quantitativo de diárias de pacientes internado nas Unidades de Terapia Intensiva adulto e pediátrico do Hospital do Subúrbio, no trimestre.

Consoante ao quanto previsto na Cláusula Quarta do Termo Aditivo nº12, que trata da alteração do perfil assistencial do Hospital do Subúrbio, a fim de compor a rede de atenção à saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, a partir de 29/05/2024 a Unidade Hospitalar passou para a fase 02 de operação com a inclusão de 10 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo Adulto Tipo III – UTI Neuro.

Nesta seara, observamos que houve a proporcionalidade nos números de saídas da UTI Neuro para o adequado compute do indicador.

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 (CIHDOOT).

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 **acata** 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

O indicador visa acompanhar os dias de ociosidade dos leitos. 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

Tem como objetivo acompanhar quantos clientes ocuparam o mesmo leito no período. 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.

Conforme Anexo 1 ao Termo Aditivo nº 07, este indicador visa acompanhar a resolubilidade do Hospital no que se refere ao encaminhamento dos clientes internados.

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 tendo em vista o resultado inferior à meta mínima estabelecida para o indicador.

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

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.

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 traz como meta a Média de Tempo de disponibilização do laudo, a partir da solicitação do exame, em três categorias:

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

Observou-se que para os laudos com disponibilidade em até 45 minutos (AVC), foi reportado pelo VI 45,56 minutos, tempo superior ao estipulado de 45 minutos. No entanto, o indicador encontra-se atingido na análise do Verificador, conforme tabela abaixo:

Relatório Preliminar de Apuração - 55 Trimestre (01/04/2024 a 30/06/2024)

Tabela 39 - Quadro-resumo do indicador "2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia"

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Até 45min 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.	AVC – 45,75 min. Exames até 2h – 45,22 min. Exames até 6h – 177,97 min.	AVC – 45,56 min. Exames até 2h – 60,54 min. Exames até 6h – 181,60 min.

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

Tabela 40 - 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 inferior à meta máxima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

Nesta esteira, solicitamos ao VI revisão do quanto pontuado.

3. Qualidade da Atenção

3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto

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

3.3 Taxa de Mortalidade Institucional

3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória

3.4 A Taxa de Mortalidade Pós-operatória

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 com o **atingimento da meta** estabelecida conforme informado pelo VI.

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

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

3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

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

3.7 Taxa de Mortalidade Por Seps

A apuração do indicador visa acompanhar os óbitos por seps, salienta-se que o indicador está relacionado a qualidade da atenção, e tem como um dos objetivos auxiliar a unidade hospitalar a planejar suas ações e a ampliarem a qualidade da atenção prestada ao cliente.

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

Tendo em vista a importância da temática, esta Comissão sugere à Concessionária a revisão e treinamentos dos protocolos institucionais relacionados ao tema, visando diminuir desfechos negativos e proporcionar melhor efetividade no manejo da Seps.

3.8 Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão

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

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 dos indicadores, e que foi pautada a luz do contrato e seus aditivos, esta Comissão acata a conclusão do VI quanto ao **atendimento dos indicadores 3.8, 3.9, 3.10**.

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 constando o demonstrativo de reportes diários de disponibilidade de vagas (evento SEI nº00096916242).

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 **não atendimento do indicador pela ausência um reporte no dia 19/04/2024.**

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 Conselho Federal de Medicina – CFM, no portal da Associação Médica Brasileira e no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica - 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, considerando a base de profissionais fornecida pela Concessionária para o 55º trimestre, entretanto não foram identificados 17 profissionais.

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, realizou consulta com a Procuradoria Geral do Estado – PGE, conforme processo SEI nº 019.8743.2024.0030866-12, que é o órgão de assessoramento Jurídico do Estado, a quem compete a interpretação de cláusulas contratuais, visando dirimir a referida divergência de entendimento, tanto em relação aos títulos que devem ser contabilizados pelo VI na apuração do referido indicador como em relação à necessidade de formalização de Termo Aditivo para classificar o que restar definido por esse i. órgão.

Do exposto, 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

O referido indicador visa acompanhar a qualidade no atendimento de enfermagem. Tomando como base que o Verificador Independente 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 quanto ao **atingimento da meta.**

6.3 Índice de Atividades de Educação Permanente

A mensuração visa deste indicador visa acompanhar a qualificação da força de trabalho da Unidade Hospitalar. Considerando que o Verificador Independente 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 quanto ao **atingimento do indicador.**

6.4 Taxa de Acidente de Trabalho

A avaliação do indicador visa avaliar o número e as condições de ocorrência dos acidentes de trabalho no hospital, dito isto e tomando como base que o Verificador Independente 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 quanto ao **atingimento da meta.**

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 ao **atingimento da meta estabelecida**.

7.2 Avaliação da Satisfação do Cliente ou Sua Família

A avaliação do indicar tem como intuito avaliar a opinião dos usuários sobre o atendimento prestado pelo hospital. Levando em 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**.

Cumprir 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

Do exposto, este é o Parecer acerca da análise do Relatório Preliminar de Apuração dos Indicadores Quantitativos e Qualitativos do Contrato nº 030/2010 apurado pelo Verificador Independente, para o 55º trimestre de Operação do Hospital do Subúrbio, cuja apreciação 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 – DGECOP.

Salvador, 28 de agosto 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 **Luciana Fernandes Moura Macedo, Coordenador II**, em 28/08/2024, às 11:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Débora Grasielle Campos Bahia, Enfermeiro**, em 28/08/2024, às 11:55, 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 28/08/2024, às 11:59, 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 **00097133667** e o código CRC **358CCE76**.

Anexo XX – Considerações da Concessionária



Salvador, 28 de agosto de 2024

Ofício Dir. Técnica nº 287/24

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 o parecer da Concessionária Prodal Saúde ao **Produto P5.8 – Relatório Preliminar de Apuração dos Indicadores - 55º Trimestre (01/04/2024 a 30/06/2024)**, elaborado pelo Verificador Independente (VI) do Contrato de Concessão nº 030/2010 e recepcionado por esta Concessionária dia 22/08/2024.

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”*.

I Indicadores Quantitativos

1.1 Saídas de Internações Hospitalares

Neste indicador, os valores apresentados pela Concessionária e apurados pelo VI mostraram divergência significativa, conforme quadro abaixo.

Meta do Indicador	Reporte da Concessionária	Apuração do Verificador Independente
3.481	3.723	3.386

Diante disto, a Concessionária solicitou ao VI a disponibilização da relação das Saídas Hospitalares identificadas, sendo observada diferença quanto a metodologia na obtenção dos dados, que requerem alinhamento entre as partes.

Desta forma, a Concessionária **NÃO ACATA** o indicador como meta não atingida no percentual apresentado pelo VI e solicita reunião para melhor entendimento das metodologias de obtenção dos dados e alinhamento.

II Indicadores de Desempenho

2.3 Índice de Resolubilidade na Internação

Para a apuração deste indicador não houve mudança no 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 55º Trimestre, os valores apresentados pela Concessionária e o apurado pelo VI demonstraram pequena diferença, conforme descrição abaixo. No entanto, os dois reportes foram 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%	71,90%	75,28%

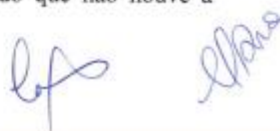
A Concessionária ACATA a apuração do Indicador como Meta Não Atingida, mas **ressalta a necessidade de revisão da meta, uma vez que o histórico do indicador sempre manteve próximos dos valores relatados, refletindo o perfil dos pacientes internados de maior gravidade, incompatível com o alcance da meta 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 N° 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 – 55º Trimestre (01/04/24 a 30/06/24)**, página 7, o VI considera o indicador como **meta não atingida**, sinalizando que não houve a



disponibilização do laudo conforme a meta no grupo “AVC”, onde o Tempo Médio foi de **45,56 minutos**.

No entanto, a Concessionária ressalta que na análise dos casos onde não houve o cumprimento do tempo definido, pode-se observar que um dos casos, o paciente já tinha diagnóstico de Hemorragia Subaracnoídea (HSA) por tomografia inicialmente realizada, e o exame solicitado foi de “**angiotomografia**”, visando a complementação diagnóstica pela suspeita de aneurisma cerebral, justificando o tempo de laudo encontrado.

NÚMERO DO PRONTUARIO	NÚMERO DA SOLICITAÇÃO	DATA DA SOLICITAÇÃO	TEMPO ENTRE LAUDO - SOLICITACAO (MIN)
506626	1281323	15/05/2024 10:22:26	626,80

A Concessionária ressalta que este caso deveria ser excluído da análise do indicador, e observa que ao ser excluído, o indicador teria sua meta atingida. Desta forma, a Concessionária **NÃO ACATA** o indicador como não atingido e solicita a sua revisão pelo VI.

3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio

Neste período, o indicador de Taxa de Mortalidade por IAM não atingiu a meta definida, conforme demonstrado no quadro abaixo, com identificação de **06** casos de óbitos pelo VI.

Meta do Indicador	Reporte da Concessionária	Apuração do Verificador Independente
Máximo de 10%	14,3%	17,14%

No entanto, a Concessionária ressalta que na análise dos 06 casos, pode-se observar que foram situações de gravidade e alto risco, onde inclusive a solicitação de Cateterismo Cardíaco foi definida pelo médico em **04 casos**.

O Infarto do Miocárdio é uma condição clínica que tem prognóstico influenciado diretamente pela identificação do padrão da doença coronariana e tratamento do vaso, especialmente em situações de maior risco, onde a indicação de Cateterismo deve ser feita de forma precoce, mesmo no Infarto sem supra de ST, conforme recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia.



Estratégia invasiva de urgência – Sumário de recomendações e evidências

A estratégia invasiva urgente/imediata está indicada em pacientes com SCASSST com angina refratária ou instabilidade hemodinâmica ou elétrica (sem comorbidades graves ou contraindicações para estes procedimentos).

I A

Tabela 1.8 – Indicação de estratégia invasiva de urgência
Instabilidade hemodinâmica ou choque cardiogênico
Dor torácica refratária ao tratamento medicamentoso
Arritmias malignas ou parada cardiorrespiratória
Complicações mecânicas do infarto
Insuficiência cardíaca aguda
Alterações recorrentes do segmento ST-T com elevação intermitente do segmento ST

Nicolau et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST, 2021

Abaixo estão discriminados os 04 casos com solicitação de Regulação para Cateterismo Cardíaco, com a data da solicitação pelo médico e o código da Regulação na CER, bem como a data da constatação do óbito.

Número do Prontuário	Data e Hora da Internação Hospitalar	Data e Hora Solicitação da Regulação pelo Médico	Data e Hora do Óbito constatado pelo médico	Descrição do Caso e Código da Regulação (CER)
261266	31/05/24 16:26	31/05/24 11:37	03/06/24 23:00	Paciente de 81 anos, hipertensa e diabética, com passado de AVC e IAM, deu entrada com IAM sem supra de ST Killip 3. ALTO RISCO. Cód Regulação 3735474
508024	01/06/24 13:22	03/06/2024 09:21	05/06/2024 05:11	Paciente de 62 anos, portador de HAS, DM 2, DAC com passado de IAM em 2020, internado por IAM SSST Killip 4, chegando ao HS em PCR, com RCP por 15 minutos e encaminhado para UTI em Choque Cardiogênico. ALTO RISCO. Cód Regulação 3732909 e 3738398
509139	14/06/24 23:28	15/06/2024 01:06	17/06/24 22:01	Paciente de 66 anos, hipertenso, deu entrada no hospital sob demanda espontânea, com IAM sem Supra de ST, mantendo angina refratária, sendo solicitado Cateterismo Cardíaco. ALTO RISCO. Cód Regulação 3750009

[Handwritten signatures]

509160	15/06/24 19:13	19/06/2024 13:07	21/06/24 16:30	Paciente 56 anos, hipertenso, com passado de IAM e angioplastia (2007). Admitido no HS com Infecção urinária e insuficiência renal, necessitando terapia dialítica. Em 18/06 paciente apresentou quadro de precordialgia, com alteração de ECG e elevação dos marcadores de necrose miocárdica, associado a dessaturação e congestão pulmonar, configurando IAM sem supra de ST de ALTO RISCO. Cód Regulação 3754835
--------	----------------	---------------------	-------------------	--

A Concessionária entende que estes 04 casos não devam ser considerados na análise do indicador, uma vez que o recurso diagnóstico terapêutico indicado para os casos (Cateterismo Cardíaco) não é disponível na instituição, sendo um risco atribuído ao Poder Concedente. Desta forma, a Concessionária **NÃO ACATA** o indicador como não atingido e solicita sua revisão.

3.7 Taxa de Mortalidade por Sepses

A Concessionária apresenta **Taxa de Mortalidade por Sepses com valor de 30,9%**, diferente do encontrado pelo VI. A Concessionária ressalta que os dados apresentados são obtidos pelo Sistema Informatizado do hospital (PGH), após as auditorias dos óbitos realizadas pela Comissão de Revisão e Análise de Óbitos.

Meta do Indicador	Reporte da Concessionária	Apuração do Verificador Independente
Máximo de 32,2%	30,9%	52,21%

A Concessionária **NÃO ACATA** a apuração do Indicador como Meta Não Atingida e solicita a revisão e alinhamento da metodologia de cálculo do indicador.

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

No Relatório Preliminar de Apuração dos Indicadores – 55º Trimestre (01/04/24 a 30/06/24), página 63, o VI considera o indicador como **meta não atingida**, e aponta que este resultado reflete a ocorrência do não cumprimento em apenas um dia dos 91 do trimestre, onde um dos dois reportes

foi realizado após as ZERO hora. A Concessionária ressalta que isto ocasionou 01 reporte em um dia, mas 03 reportes no dia seguinte, não gerando impacto no processo assistencial.

Ainda assim, a Concessionária ACATA a apuração do Indicador como Meta Não Atingida.

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”*.

Cordialmente,

Licia Maria Cavalcanti Silva
Diretora Geral
CREMEX 3063
Hospital do Subúrbio


Cyntia Maria Lins S. de Lima
Gerente de Qualidade e Segurança
CREMEX 9880
Hospital do Subúrbio

Anexo XXI – Email da CER sobre o SUREM

Sales, Alana Patricia de Oliveira

De: Debora Grasielle Campos Bahia <debora.bahia@saude.ba.gov.br>
Enviado em: quinta-feira, 29 de agosto de 2024 10:16
Para: Sales, Alana Patricia de Oliveira
Assunto: [EXT] ENC: Oficio Diretoria Técnica 287-24 - referente ao 55º Trimestre - urgente

Sinalizador de acompanhamento:

Acompanhar

Status do sinalizador:

Sinalizada

Débora Grasielle Campos Bahia

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

SESAB/SAIS/SGECOP/CGPPP

Contato: (71) 3115-8438 / 3115-9619



De: Silvio Alves de Souza Neto <silvio.neto@saude.ba.gov.br>
Enviado: quarta-feira, 28 de agosto de 2024 17:41
Para: Debora Grasielle Campos Bahia <debora.bahia@saude.ba.gov.br>
Assunto: RE: Oficio Diretoria Técnica 287-24 - referente ao 55º Trimestre - urgente

Boa tarde!

Segue data de inserção das ocorrências no SUREM. Mais informações, oriento que seja solicitado a Diretoria de Regulação e Atenção a Saúde.

Ocorrência 3735474 – Inserida no SUREM em 01/06/2024

Ocorrência 3738398 – Inserida no SUREM em 03/06/2024

Ocorrência 3750009 – Inserida no SUREM em 16/06/2024

Ocorrência 3754835 – Inserida no SUREM em 21/06/2024

Atenciosamente,



Silvio Alves de Souza Neto
Coordenador
Núcleo de Tecnologia e Informática - NTI
CER/DIREG/SUREGS
Telefone - (71) 3118-8334

De: Debora Grasielle Campos Bahia <debora.bahia@saude.ba.gov.br>
Enviado: quarta-feira, 28 de agosto de 2024 17:13

Para: Silvio Alves de Souza Neto <silvio.neto@saude.ba.gov.br>

Cc: Luciana Fernandes Moura Macedo <luciana.macedo@saude.ba.gov.br>; Sales, Alana Patricia de Oliveira <asales@deloitte.com>

Assunto: ENC: Ofício Diretoria Técnica 287-24 - referente ao 55º Trimestre - urgente

Silvio boa tarde, por gentileza poderia verificar se os pacientes contidos no item **3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) do Ofício em anexo, tiveram solicitação por parte do Hospital do Subúrbio de regulação conforme informado no Ofício mencionado? quando? bem como os motivos das negativas?**

Débora Grasielle Campos Bahia

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

SESAB/SAIS/SGECOP/CGPPP

Contato: (71) 3115-8438 / 3115-9619



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

Enviado: quarta-feira, 28 de agosto de 2024 10:43

Para: asales <asales@deloitte.com>; pvitale <pvitale@deloitte.com>; brppphs <brppphs@deloitte.com>; Priscilla Magalhães <priscilla.magalhaes@saude.ba.gov.br>; Luciana Fernandes Moura Macedo <luciana.macedo@saude.ba.gov.br>; Debora Grasielle Campos Bahia <debora.bahia@saude.ba.gov.br>; Raquel Cerqueira Barbosa <raquel.barbosa1@saude.ba.gov.br>

Cc: Cyntia Lins <cyntia.lins@prodalsaude.com.br>; Gabriel de Carvalho Cunha

<gabriel.cunha@prodalsaude.com.br>; Caio Matos <caio.matos@prodalsaude.com.br>

Assunto: Ofício Diretoria Técnica 287-24 - referente ao 55º Trimestre

Prezados, bom dia!

Segue em anexo Ofício Diretoria Técnica 287-24, referente ao 55º Trimestre - **Período 01/04/2024 á 30/06/2024**

Favor acusar o recebimento.

Atenciosamente,



Luci Souza

Assistente Diretoria

(71) 3217-8608

luci.souza@prodalsaude.com.br

www.prodalsaude.com.br



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.