

## P5.8 - Relatório de Apuração dos Indicadores - 56° Trimestre (01/07/2024 a 30/09/2024)

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, 25 de novembro de 2024

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

Sra. Raquel Barbosa

**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 56º 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 56º 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 nos relatórios de verificação do Ambiente de Segurança e Diagnóstico de Tecnologias (emitidos em 23/03/2024 e 13/11/2024), 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 56º 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 e outras documentações pertinentes 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 56º trimestre totalizou R\$ 21.731.732,71, conforme a composição demonstrada na sequência.



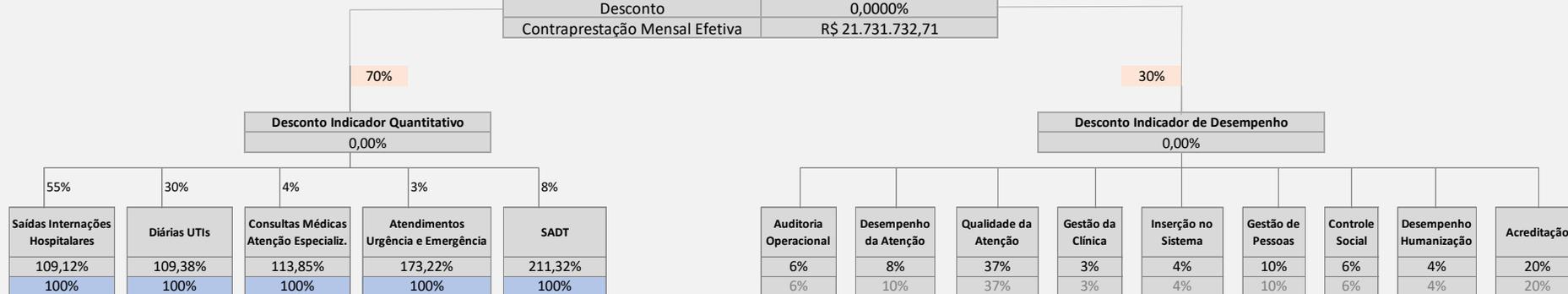
## Relatório Trimestral de Indicadores



56º Trimestre

### Contraprestação Mensal Efetiva

Resultado da Apuração de 01/Julho a 30/Setembro/2024	
Contraprestação Anual Máxima	R\$ 260.780.792,51
Contraprestação Mensal Máxima	R\$ 21.731.732,71
Desconto	0,0000%
Contraprestação Mensal Efetiva	R\$ 21.731.732,71



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	3.804	4.139	4.151	109,12%
1.2 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva (UTI's)	5.670	6.198	6.202	109,38%
2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada	14.112	15.787	16.067	113,85%
2.2 atendimentos Urgência e Emergência	3.600	6.350	6.236	173,22%
3.1 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	24.795	57.966	52.396	211,32%

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)
<b>Auditoria Operacional</b>				
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.	✓
<b>Desempenho da Atenção</b>				
2.1 Intervalo de Substituição	Max. 1 dia	0,5	0,5	✓
2.2 Índice de Renovação	Min. 4,9 saídas/leito	13,7	11,56	✓
2.3 Índice de Resolubilidade na Internação	Min. 90%	73,60%	79,33%	✗
2.4 Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência	Máx. 10%	1%	2,87%	✓
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	Min. 90%	95%	97,37%	✓
2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)	Max. 2,3%	0%	0,34%	✓
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 – 33,44 min. Exames até 2h – 58,21 min. Exames até 6h – 195,38 min.	AVC – 33,44 min. Exames até 2h – 57,95 min. Exames até 6h – 199,07 min.	✓
<b>Qualidade da Atenção</b>				
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	Max. 20/1.000	5,4/1.000	5/1.000	✓
3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto	Max. 4,4/1.000	1,5/1.000	1,47/1.000	✓

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%	5,49%	5,71%	✓
3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória	Max. 0,51%	0,1%	0,26%	✓
3.4.A Taxa de Mortalidade no Pós-operatório	Max. 2%	0,2%	0,44%	✓
3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	Max. 10%	3,9%	2,2%	✓
3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Max. 15%	11%	7,89%	✓
3.7 Taxa de Mortalidade por Sepse	Max. 32,2%	31,9%	30,61%	✓
3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito (Lesão por Pressão)	Max. 3,84%	0,6%	2,61%	✓
3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	Max 3,12/1.000	1/1.000	0,4/1.000	✓
3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	Max. 1,22/1.000	0,3/1.000	0,39/1.000	✓
<b>Gestão da Clínica</b>				
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	✓
<b>Inserção no Sistema de Saúde</b>				
5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador	Min. 2 reportes diários	Realizados os reportes mínimos diários	Realizados os reportes mínimos diários	✓
<b>Gestão de Pessoas</b>				
6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista	Min. 82%	85,3%	82,42%	✓
6.2 Relação Enfermeiro/Leito	Min. 0,54	0,62	0,55	✓

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	8,2/1.000	8,13/1.000	✓
6.4 Taxa de Acidente de Trabalho	Max. 0,30%	0,14%	0,14%	✓
<b>Controle Social</b>				
7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários	100%	97,6%	100%	✓
7.2 Percentual de Satisfação do Paciente	Min. 80%	97,6%	97,55%	✓
<b>Desempenho Humanização</b>				
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.	✓
<b>Acreditação</b>				
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 56º 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	1.038	1.044	150,65%
Clínica Cirúrgica	2.370	2.060	2.065	87,13%
Clínica Pediátrica	465	590	590	126,88%
Clínica Neurológica	345	451	452	131,01%
Regulações não encaminhadas	-69	-	-	-
<b>Total</b>	<b>3.804</b>	<b>4.139</b>	<b>4.151</b>	<b>109,12%</b>
<b>Conclusão da Apuração</b>				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Internação Hospitalar corresponde a 109,12% da meta estabelecida para o 56º trimestre.				

A ficha técnica do indicador define 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.

Conforme é demonstrado na tabela 3, foram subtraídos da meta 69 pacientes autorizados pelo CER sob as codificações SUREM abaixo, mas não encaminhados ao HS:

SUREM	DATA DE CAPTACAO
4093502	01/07/2024 15:50:36
40995832	03/07/2024 18:50:01
4099862	05/07/2024 15:25:33
4094045	06/07/2024 01:53:07
4101260	07/07/2024 02:54:00
4105419	10/07/2024 20:24:00
4099662	11/07/2024 17:56:09
4099026	12/07/2024 10:03:10
4113911	18/07/2024 10:01:42
4114980	19/07/2024 15:13:45
4118537	22/07/2024 22:19:41
4117245	24/07/2024 16:06:18
4120969	25/07/2024 17:36:32
4118876	28/07/2024 10:53:49

SUREM	DATA DE CAPTACAO
4141200	11/08/2024 10:51:36
4140691	12/08/2024 17:03:40
4141662	12/08/2024 17:23:44
4141540	12/08/2024 17:27:30
4140903	12/08/2024 17:32:32
4144451	13/08/2024 18:09:43
4146082	14/08/2024 18:25:39
4145805	14/08/2024 18:28:25
4145988	15/08/2024 15:19:55
4150227	19/08/2024 00:17:10
4145575	19/08/2024 16:31:39
4158228	23/08/2024 20:54:35
4159939	26/08/2024 16:59:04
4160790	27/08/2024 17:54:06

SUREM	DATA DE CAPTACAO
4166482	02/09/2024 15:33:14
4167612	02/09/2024 15:35:35
4170324	05/09/2024 00:37:54
4171451	05/09/2024 17:31:18
4171472	05/09/2024 17:32:47
4175147	09/09/2024 16:31:16
4173001	09/09/2024 16:33:33
4178331	11/09/2024 23:24:39
4178795	16/09/2024 13:21:25
4182091	16/09/2024 15:02:36
4184413	17/09/2024 21:59:49
4185256	18/09/2024 16:52:02
4184337	18/09/2024 19:49:05
4192285	24/09/2024 15:49:50

SUREM	DATA DE CAPTACAO
4126800	31/07/2024 15:19:27
4127554	01/08/2024 02:19:02
4127235	01/08/2024 06:37:34
00000005	01/08/2024 06:59:45
4129264	02/08/2024 17:03:14
4129249	03/08/2024 16:40:34
4131290	03/08/2024 21:06:43
4133605	04/08/2024 23:13:37
4116126	09/08/2024 18:09:12

SUREM	DATA DE CAPTACAO
4159550	27/08/2024 21:52:07
4162207	29/08/2024 09:54:47
4161983	30/08/2024 13:54:25
4164422	30/08/2024 19:00:53
4163599	31/08/2024 09:45:00
4152880	31/08/2024 09:51:36
4155416	31/08/2024 10:32:30
4166977	01/09/2024 15:12:46
4167427	02/09/2024 09:53:02

SUREM	DATA DE CAPTACAO
4191197	24/09/2024 16:07:44
4187604	25/09/2024 14:46:37
4188325	25/09/2024 16:51:29
4179371	26/09/2024 11:43:36
4195278	27/09/2024 15:21:38
4196982	29/09/2024 02:52:42
4197999	30/09/2024 11:32:54
4197868	30/09/2024 13:05:02
4196197	30/09/2024 13:36:59

## 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	4.487	4.490	110,86%
UTI Pediátrica	810	808	808	99,75%
UTI Adulto Neuro	810	903	904	111,60%
<b>Total</b>	<b>5.670</b>	<b>6.198</b>	<b>6.202</b>	<b>109,38%</b>
<b>Conclusão da Apuração</b>				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Diárias de UTI corresponde a 109,38% da meta estabelecida para o 56º 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: 16.068**

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	11255	7	UR	20/08/2024 12:17	✓
2	44919	14	CR	01/08/2024 15:18	✓
3	89170	48	OR	26/08/2024 13:40	✓
4	253107	3	CL	04/07/2024 08:40	✓
5	259200	4	CR	30/09/2024 15:01	✓
6	292174	2	NE	29/08/2024 11:28	✓
7	408068	13	CL	15/08/2024 13:10	✗
8	410329	6	MC	18/09/2024 12:30	✓
9	426321	15	MC	04/09/2024 14:42	✓
10	449448	17	AS	19/09/2024 07:41	✓
11	468806	9	OR	18/07/2024 14:08	✓
12	471389	14	OR	04/07/2024 13:32	✓
13	475581	31	CR	05/09/2024 12:57	✓
14	485718	8	OR	15/07/2024 14:25	✓
15	487580	11	OR	04/09/2024 07:29	✓
16	489070	8	CB	02/08/2024 13:07	✓
17	489549	9	CL	30/08/2024 12:28	✓
18	490886	5	OR	08/07/2024 13:08	✓
19	491885	6	CP	12/09/2024 07:28	✓
20	492610	2	AS	11/07/2024 07:07	✓
21	494036	8	OR	12/09/2024 11:04	✓
22	495041	6	UR	12/08/2024 09:50	✓
23	495645	7	OR	15/07/2024 07:27	✓
24	496803	4	OR	27/08/2024 14:27	✓
25	497947	3	AS	12/08/2024 09:30	✓
26	500126	12	CL	01/07/2024 07:44	✓
27	500204	9	MC	14/08/2024 11:33	✓
28	501523	2	UR	03/09/2024 13:20	✓
29	503062	4	AS	19/09/2024 14:10	✓
30	503619	4	NE	18/07/2024 13:44	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Especialidade	Data da Consulta	Check
31	503923	3	AS	10/09/2024 08:33	✓
32	505458	4	OR	07/08/2024 12:37	✓
33	507524	4	OR	04/09/2024 13:34	✓
34	507684	6	UR	13/08/2024 07:12	✓
35	507958	4	AS	22/08/2024 08:57	✓
36	507969	4	CL	24/07/2024 08:41	✓
37	508101	6	CL	08/08/2024 13:07	✓
38	508281	5	CL	06/08/2024 15:08	✓
39	508318	9	CL	18/07/2024 07:57	✓
40	508470	5	OR	11/09/2024 14:26	✓
41	508632	5	VA	18/09/2024 11:45	✓
42	509858	3	CR	02/08/2024 13:16	✓
43	509911	2	OR	18/09/2024 08:40	✓
44	510737	3	OR	05/08/2024 12:24	✓
45	511154	1	OR	11/07/2024 14:17	✓
46	511191	1	OR	12/07/2024 07:29	✓
47	511315	9	CL	02/09/2024 07:50	✓
48	511426	2	NC	16/07/2024 08:59	✓
49	511497	2	CP	15/08/2024 07:55	✓
50	511510	1	UR	16/07/2024 11:45	✓
51	511650	1	CL	17/07/2024 12:41	✓
52	511785	2	CL	31/07/2024 07:35	✓
53	512600	2	OR	04/08/2024 07:45	✓
54	513279	1	OR	05/08/2024 07:11	✓
55	513381	2	CR	16/09/2024 09:18	✓
56	514297	1	CB	16/08/2024 13:00	✓
57	514552	3	CP	19/09/2024 08:09	✓
58	515627	2	UR	30/09/2024 07:14	✓
59	516127	2	OR	23/09/2024 10:03	✓
60	517667	1	CB	27/09/2024 07:19	✓

Conforme apontado no Check “✗”, em análise de prontuário realizado no dia 22/10/2024, verificamos que o paciente 408068 não realizou o atendimento com a especialidade Cirurgia Geral no dia 15/08/2024, às 13:10h. No prontuário, foi identificado que o paciente desistiu do atendimento, mas sem registro multiprofissional do motivo da desistência.

Tendo em vista que o relatório do sistema PGH denota que houve o atendimento ambulatorial com a especialidade sem ter havido o atendimento de fato, apontamos a irregularidade no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias, posto que o registro indevido reflete em insegurança informacional. Além disso, subtraímos esse caso do resultado do indicador.

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	15.787	16.067	113,85%
<b>Conclusão da Apuração</b>			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Consulta em Atenção Especializada corresponde a 113,85% da meta estabelecida para o 56º 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: 6.236**

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	#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Data do Atendimento	Check
1	8468	7	04/09/2024 18:01	✓	31	511070	1	10/07/2024 19:59	✓
2	14288	6	18/07/2024 07:29	✓	32	511306	1	13/07/2024 18:29	✓
3	14850	6	27/07/2024 19:20	✓	33	511433	1	15/07/2024 13:35	✓
4	48088	17	11/08/2024 10:02	✓	34	511505	1	16/07/2024 12:43	✓
5	48860	5	13/07/2024 23:02	✓	35	511859	1	19/07/2024 13:33	✓
6	101405	2	13/07/2024 02:10	✓	36	511955	1	21/07/2024 12:57	✓
7	124362	3	26/08/2024 12:24	✓	37	512061	1	22/07/2024 15:32	✓
8	147462	3	06/07/2024 08:48	✓	38	512523	3	06/08/2024 12:19	✓
9	227781	12	05/09/2024 00:07	✓	39	512905	1	31/07/2024 12:30	✓
10	321525	12	18/09/2024 09:15	✓	40	513199	1	03/08/2024 23:00	✓
11	323404	2	17/08/2024 14:59	✓	41	513214	1	04/08/2024 09:55	✓
12	327463	4	19/08/2024 17:24	✓	42	513914	1	12/08/2024 23:32	✓
13	337152	15	06/09/2024 09:37	✓	43	514437	2	09/09/2024 04:27	✓
14	369176	2	31/08/2024 17:24	✓	44	514688	1	21/08/2024 10:05	✓
15	376696	2	07/09/2024 11:31	✓	45	514892	1	23/08/2024 15:47	✓
16	390064	10	09/07/2024 12:16	✓	46	515063	1	26/08/2024 10:39	✓
17	401579	2	11/08/2024 09:21	✓	47	515322	1	28/08/2024 16:10	✓
18	414506	9	11/09/2024 14:17	✓	48	515328	1	28/08/2024 17:57	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Data do Atendimento	Check
19	418124	12	24/08/2024 15:16	✓
20	443225	3	19/07/2024 10:36	✓
21	459357	3	04/08/2024 07:56	✓
22	465719	2	14/09/2024 11:24	✓
23	491210	6	30/08/2024 17:33	✓
24	499408	3	20/09/2024 14:15	✓
25	503875	5	30/08/2024 11:50	✓
26	509050	3	13/07/2024 18:26	✓
27	510347	1	01/07/2024 21:23	✓
28	510720	1	06/07/2024 11:42	✓
29	510775	1	07/07/2024 12:22	✓
30	510893	1	08/07/2024 22:07	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Data do Atendimento	Check
49	515414	1	30/08/2024 05:10	✓
50	515607	1	02/09/2024 06:14	✓
51	515637	1	02/09/2024 10:29	✓
52	515679	1	02/09/2024 22:18	✓
53	515874	3	13/09/2024 10:01	✓
54	515971	1	05/09/2024 22:40	✓
55	516083	1	07/09/2024 12:56	✓
56	516281	1	10/09/2024 08:51	✓
57	516385	1	10/09/2024 22:30	✓
58	516752	2	19/09/2024 14:13	✓
59	517283	1	22/09/2024 14:48	✓
60	517618	1	26/09/2024 11:58	✓

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	6.350	6.236	173,22%
<b>Conclusão da Apuração</b>			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Atendimento Urgência e Emergência corresponde a 173,22% da meta estabelecida para o 56º 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:** 52.089

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	510269	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	01/07/2024	✓
2	510326	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	08/07/2024	✓
3	42156	5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	02/07/2024	✓
4	4287	3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	09/07/2024	✓
5	503994	6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	03/07/2024	✓
6	233402	4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	11/07/2024	✓
7	510668	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	12/07/2024	✓
8	510780	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	14/07/2024	✓
9	510975	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	16/07/2024	✓
10	502624	6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	18/07/2024	✓
11	511254	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	19/07/2024	✓
12	511365	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	22/07/2024	✓
13	510540	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	13/07/2024	✓
14	21326	2	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	23/07/2024	✓
15	511089	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	22/07/2024	✓
16	512014	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	02/08/2024	✓
17	512224	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	03/08/2024	✓
18	512516	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	06/08/2024	✓
19	503555	8	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	18/08/2024	✓
20	514320	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	27/08/2024	✓
21	479592	9	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	29/08/2024	✓
22	499137	6	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	11/09/2024	✓
23	430363	7	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	17/09/2024	✓
24	482186	11	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	27/09/2024	✓
25	508711	4	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	02/07/2024	✓
26	511056	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	10/07/2024	✓
27	488622	5	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	22/07/2024	✓
28	512766	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	30/07/2024	✓
29	513607	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	08/08/2024	✓
30	132356	7	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	16/08/2024	✓
31	514840	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	23/08/2024	✓
32	372236	8	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	30/08/2024	✓
33	516058	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	07/09/2024	✓
34	313235	5	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, BILIARES)	13/09/2024	✓
35	471763	30	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	19/09/2024	✓
36	244815	5	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	19/09/2024	✓
37	510262	1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	02/08/2024	✓
38	370410	2	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	02/08/2024	✓
39	323361	12	RADIOGRAFIA DE COXA	02/08/2024	✓
40	389916	2	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	02/08/2024	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Exame	Data do Laudo	Check
41	510382	1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	02/08/2024	✘
42	190093	2	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	02/08/2024	✓
43	237756	5	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	02/08/2024	✓
44	510509	1	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	02/08/2024	✓
45	499110	8	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	02/08/2024	✓
46	510587	1	RADIOGRAFIA DE BACIA	02/08/2024	✓
47	508420	4	RADIOGRAFIA DE COXA	02/08/2024	✓
48	510693	1	RADIOGRAFIA DE PERNA	02/08/2024	✓
49	467847	16	HEMOGRAMA COMPLETO	01/07/2024	✓
50	370410	2	HEMOGRAMA COMPLETO	01/07/2024	✓
51	482116	8	HEMOGRAMA COMPLETO	01/07/2024	✓
52	510326	1	DOSAGEM DE CREATININA	01/07/2024	✓
53	510357	1	DOSAGEM DE CREATININA	02/07/2024	✓
54	509400	5	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	02/07/2024	✓
55	237160	7	DOSAGEM DE LACTATO	02/07/2024	✓
56	494968	2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE )	03/07/2024	✓
57	510504	1	DOSAGEM DE UREIA	03/07/2024	✓
58	510508	1	HEMOGRAMA COMPLETO	03/07/2024	✓
59	510499	1	HEMOGRAMA COMPLETO	03/07/2024	✓
60	396808	2	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	04/07/2024	✓

Conforme apontado no Check “✘”, em análise de prontuário realizado no dia 23/10/2024, verificamos que o paciente 510382 não realizou o exame de Radiografia de tórax solicitado no dia 07/08/2024 e laudado no dia 02/08/2024. No prontuário consta que o paciente recebeu alta antes da realização do exame, a pedido dos familiares.

Tendo em vista que o relatório do sistema PGH denota que houve a realização do exame sem ter havido de fato, apontamos a irregularidade no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias, posto que o registro indevido reflete em inconsistência. Além disso, subtraímos esse caso do resultado do indicador.

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	40.988	41.163	232,40%
Radiologia	3.543	10.602	5.530	156,08%
Ultrassonografia	885	534	515	58,19%
Ressonância Magnética	531	634	399	75,14%
Tomografia	2.124	5.192	4.789	225,47%
<b>Total</b>	<b>24.795</b>	<b>57.966</b>	<b>52.396</b>	<b>211,32%</b>
<b>Conclusão da Apuração</b>				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Serviço de Apoio Diagnóstico corresponde a 211,32% da meta estabelecida para o 56º trimestre.				

## 3.2 Indicadores de Desempenho

A seguir serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados por este Verificador Independente para o 56º 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 25/2024, de 12 de Julho de 2024, referente à designação de membros para composição da Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, a partir de 12/07/2024.

Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 15/07/2024;

Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 05/08/2024;

Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 16/09/2024;

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 56º 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 12/07/2024;

Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 07/08/2024;

Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 11/09/2024;

Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 01/07/2024 a 31/07/2024;

Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 01/07/2024 a 31/08/2024;

Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 01/07/2024 a 30/09/2024.

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 56º 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
<b>Conclusão da Apuração</b>	
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 Hospitalar - 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 24/2024, de 12 de julho de 2024, 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 26/07/2024;

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 29/08/2024;

Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 19/09/2024;

Relatório de Indicadores Epidemiológicos - 4º trimestre Ano: 14 - Período: 01/07/2024 à 30/09/2024.

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 56º 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 (CCIH)	✓ Atendido
<b>Conclusão da Apuração</b>	
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 06/2024, de 27 de março de 2024, 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 31/07/2024:

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300279670;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300280040;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300280783;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300281968;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300283203;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300291977;

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300281975;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300280051;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300281972;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300282031;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300283248;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300280791;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300282035;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300282032;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300283193;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300280800;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300282038;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300283180;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300283536;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300283222;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300283242;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300283175;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300283206;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300283212;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300293209;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300283539;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202407003644;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202401003649;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202407003647;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202408000297;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202407004787;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 20240800304;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202407004780;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202407004785;
- c. Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 30/08/2024:
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300285707;

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300285710;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300285708;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300287350;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300287354;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300287358;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300288191;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300287347;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300287341;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300288193;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300288431;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300288436;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300288196;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300288438;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300288448;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300288199;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 200408005326;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202408005245;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202408005237;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202408005335;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202408005246;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 2024085318;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202408005525;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202408005325;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202408005233;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202408005242;
  - Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202408005466;
- d. Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 30/09/2024:
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300292138;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300292144;
  - Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300292148;

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300292149;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300292130;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300292133;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300292096;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300292900;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300292895;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300293198;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300293439;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300293426;
- Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202409003702;
- Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202409004352;
- Queixa técnica de materiais/equipamentos, registro 202409004748;

e. Fichas de notificações de eventos relacionados a assistência a saúde – Julho de 2024

f. Fichas de notificações de eventos relacionados a assistência a saúde – Agosto de 2024

g. Fichas de notificações de eventos relacionados a assistência a saúde – Setembro de 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 1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância para o 56º 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:

<b>Ficha Técnica 4</b>	
<b>1.5. Comissão de Transplante</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Comissão Intra hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT)</b>                      Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>II - identificar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos;</li> <li>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;</li> <li>IV - organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos;</li> <li>V - garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação;</li> <li>VI - promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos;</li> <li>VII - disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital.</li> </ul> </li> </ul>	
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): <ul style="list-style-type: none"> <li>I - avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;</li> <li>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;</li> <li>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;</li> <li>IV - adotar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado;</li> <li>V - promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; e</li> <li>VI - estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados e encaminhar essas informações a CNCDO.</li> </ul>	

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 18/2024, de 12 de julho de 2024, 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 12/07/2024.
- c. Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 09/08/2024.
- d. Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 06/09/2024.

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 56º 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”

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

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

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

**Ficha Técnica 5**

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

▪ CIPA

**-Características**

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

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

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

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

**- Atuação**

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

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

- 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 6º Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA, realizada em 26/07/2024.
- c. Ata da 7º Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 30/08/2024.
- d. Ata da 8º Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 27/09/2024.

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 56º 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 todo paciente internado (em leito normal ou virtual) no hospital por período menor ou maior que 24 horas. Pacientes internados por período maior que 24 horas serão contabilizados todos os dias de internação (independente da hora de entrada), exceto o dia de saída. Pacientes internados por período menor que 24 horas serão contabilizados como 1 (um) paciente dia. Esta definição é válida em todos os indicadores que esta variável é utilizada.
- **Leito-dia:** será todo leito operacional previsto para o hospital durante determinado período, excluindo-se os leitos extras utilizados. Esta definição é válida em todos os indicadores que esta variável é utilizada.
- **Taxa de ocupação hospitalar:** É a relação percentual entre o número de Clientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período. Excluídos os leitos extras
- **Tempo médio de permanência:** É a relação entre o total de Clientes-dia e o total de saídas do hospital em determinado período, incluindo os óbitos.

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: 26.717

Número de Leitos - dia: 28.796

Total de Saídas do Hospital: 4.151

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

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

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

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

TOH: 0,9278    TMP: 6,4363

Intervalo de Substituição: 0,5 dia

A meta estabelecida para o 56º 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	0,5 dia	0,5 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
<p><b>Objetivo:</b> Acompanhar quantos Clientes ocuparam o mesmo leito no período</p>
<p><b>Definição:</b> 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:</p>
<p>Média de Leitos extras = <math>\frac{\text{Total de Leitos extras Ativados}}{\text{Número de dias do período}}</math></p>
<p>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.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Total de saídas:</b> 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</li> <li>• <b>Número de leitos:</b> 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. <b>Não considerar:</b> leitos de recuperação pós-anestésica ou pós-operatória,</li> <li>• <b>Leito operacional:</b> É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.</li> <li>• <b>Notas técnicas:</b> Inclui o leito extra que estiver sendo utilizado.</li> </ul>

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:** 359

Total de Saídas do Hospital: 4.151

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 56º 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	13,7	11,56 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:

<p><b>Ficha Técnica 8</b></p> <p><b>2.3. índice de Resolubilidade na Internação</b></p> <p><b>Objetivo:</b> 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.</p> <p><b>Definição:</b> Relação entre as saídas em até 5 (cinco) dias e o total de saídas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Total de saídas em até 5 (cinco) dias:</b> 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</li> <li>• <b>Total de saídas:</b> É número total de saídas dos Clientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito.</li> </ul>
--

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

**Total de saídas em até 5 dias:** 2.563

**Número de Saídas:** 3.231

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

**Índice de Resolubilidade da Internação**

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

A meta estabelecida para o 56º 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%	73,6%	79,33%

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	x 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:** 179

**Classificação Azul:** 15

**Classificação Verde:** 164

**Número total de atendimentos médicos no Serviço de Urgência e Emergência:** 6.234

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 45 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	7792	06/07/2024 19:39	2	✓
2	5420248	28/07/2024 20:12	2	✓
3	127963	09/09/2024 01:29	1	✓
4	1846915	11/07/2024 06:12	1	✓
5	245982	25/07/2024 23:39	2	✓
6	322132	29/07/2024 04:20	2	✓
7	479579	23/08/2024 09:47	1	✓
8	595318	10/09/2024 00:29	2	✓
9	697264	13/09/2024 18:45	1	✓
10	7953812	02/09/2024 22:40	2	✓
11	9015532	16/08/2024 15:49	2	✓
12	1019063	28/09/2024 10:50	2	✓
13	11120836	20/08/2024 12:48	2	✓
14	1225264	10/09/2024 13:41	2	✓
15	1337133	20/08/2024 16:02	2	✓
16	14497073	25/09/2024 09:48	2	✓
17	1563143	10/07/2024 19:07	1	✓
18	1664342	23/07/2024 08:25	1	✓
19	17896711	12/07/2024 14:02	2	✓
20	1902414	24/07/2024 08:52	2	✓
21	2015796	16/09/2024 07:16	2	✓
22	2125636	22/09/2024 21:16	2	✓
23	2248746	20/09/2024 09:52	2	✓

#	PRON_SEQ + PACI_SEC	Data do atendimento	Class. de Risco	Check
24	2347682	19/07/2024 05:15	2	✓
25	24266617	29/08/2024 09:34	2	✓
26	2510327	29/07/2024 03:46	2	✓
27	2652675	23/08/2024 11:03	2	✓
28	27689213	22/07/2024 13:26	2	✓
29	28514717	17/08/2024 18:16	2	✓
30	2944537	12/07/2024 09:18	2	✓
31	30643416	04/08/2024 07:42	1	✓
32	3174734	03/07/2024 13:42	2	✓
33	33078132	02/07/2024 10:36	2	✓
34	34530615	22/08/2024 20:26	2	✓
35	3607273	11/07/2024 11:44	2	✓
36	3740014	16/08/2024 07:40	1	✓
37	3885214	16/07/2024 18:49	2	✓
38	4015112	18/07/2024 18:31	2	✓
39	4203042	22/07/2024 11:54	2	✓
40	4344002	20/07/2024 04:29	2	✓
41	4475223	14/08/2024 19:48	2	✓
42	4557114	27/08/2024 16:44	2	✓
43	4605264	21/09/2024 17:52	1	✓
44	4676103	27/08/2024 20:02	2	✓
45	4724894	01/09/2024 16:13	2	✓

A meta estabelecida para o 56º 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%	1%	2,87%

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:

<p><b>Ficha Técnica 10</b></p> <p><b>2.5. Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência</b></p> <p><b>Objetivo:</b> 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.</p> <p><b>Definição:</b> Relação de tempo entre a notificação da necessidade de cirurgia e o início do procedimento anestésico, em todas as cirurgias classificadas como de emergência.</p>
--

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: 74  
 Total de Cirurgias de Emergência: 76

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)	
29327	140520	517769	E		28/09/2024 15:57	28/09/2024 17:00	62,95
29309	140412	517577	E		26/09/2024 07:39	26/09/2024 08:45	65,67

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 29 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	513180	138255	04/08/2024 00:05	✓
2	512592	138015	28/07/2024 23:20	✓
3	23654	139960	15/09/2024 01:20	✓
4	332154	139426	01/09/2024 23:15	✓
5	516762	139967	15/09/2024 19:20	✓
6	321865	137734	20/07/2024 23:13	✓
7	512973	138149	01/08/2024 04:15	✓
8	516069	139644	07/09/2024 09:40	✓
9	513264	138271	05/08/2024 07:50	✓
10	330186	138405	07/08/2024 12:04	✓
11	514719	138976	21/08/2024 14:53	✓
12	512294	137943	25/07/2024 17:10	✓
13	515346	139293	29/08/2024 08:40	✓
14	515993	139619	06/09/2024 10:55	✓
15	424933	138423	07/08/2024 16:00	✓
16	516982	140226	21/09/2024 14:25	✓
17	514464	138828	19/08/2024 09:00	✓
18	514970	139102	25/08/2024 13:40	✓
19	512485	137977	27/07/2024 03:05	✓
20	516467	139826	11/09/2024 18:30	✓
21	516115	140181	20/09/2024 11:00	✓
22	509924	138220	02/08/2024 13:00	✓
23	512707	138054	29/07/2024 19:35	✓
24	513260	138286	05/08/2024 11:45	✓
25	86892	138824	19/08/2024 00:35	✓
26	95712	137975	26/07/2024 22:15	✓
27	81704	139424	01/09/2024 20:28	✓
28	511986	137754	22/07/2024 07:55	✓
29	513548	138427	07/08/2024 19:45	✓

A meta estabelecida para o 56º 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%	97,37%

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:

<p><b>Ficha Técnica 11</b></p> <p><b>2.6. Taxa de Reingresso na UTI- Adulto durante a mesma internação.</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Acompanhar as reinternações na UTI – Adulto em até 24 horas após alta</p> <p><b>Definição:</b> 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,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de reingresso na UTI Adulto, em até 24h pós alta:</b> É o número de reingressos nas UTI Adulto, inclusive em outros hospitais, em até 24 horas após a alta.</li> <li>• <b>Número de saídas da UTI Adulto:</b> É o número total de saídas das UTI (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).</li> </ul>
--

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:** 3

**Número de saídas da UTI Adulto:** 881

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 3 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)
190241	6	05/08/2024 09:30	05/08/2024 21:08	11,63	UTI Neurológica
423628	8	11/08/2024 16:13	11/08/2024 21:24	5,19	UTI Adulto 1 e 2
491806	5	15/07/2024 13:30	15/07/2024 18:56	5,43	UTI Adulto 1 e 2

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	Nome do setor	Data/hora da saída da UTI	Avaliação
MOPA_PACI_PRON_SEQ	MOPA_PACI_SEQ	MOPA_DT_ENTRADA	SETO_NOME	MOPA_DT_SAIDA	
190241	6	31/07/2024 00:00	UTI Neurológica	05/08/2024 09:30	
190241	6	05/08/2024 09:30	Internação Neurológica	05/08/2024 21:08	
190241	6	05/08/2024 21:08	UTI Neurológica	10/08/2024 15:46	Reingresso < 24h
423628	8	10/08/2024 00:00	UTI Neurológica	11/08/2024 16:13	
423628	8	11/08/2024 16:13	Internação Adulto Terreo	11/08/2024 21:24	
423628	8	11/08/2024 21:24	UTI Adulto 1 e 2	19/08/2024 14:24	Reingresso < 24h
491806	5	13/07/2024 18:05	UTI Adulto 1 e 2	15/07/2024 13:30	
491806	5	15/07/2024 13:30	Internação Neurológica	15/07/2024 18:56	
491806	5	15/07/2024 18:56	UTI Adulto 1 e 2	17/07/2024 13:40	Reingresso < 24h

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 12 prontuários cujas movimentações denotavam 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)”

#	Paciente	Data do reingresso	Avaliação
1	1902416	05/08/2024 21:08	✓
2	3735348	18/09/2024 02:04	✗
3	4236288	11/08/2024 21:24	✓
4	45752821	21/07/2024 12:52	✗
5	47031520	04/08/2024 14:19	✗
6	4918065	15/07/2024 18:56	✓
7	5089287	23/08/2024 19:46	✗
8	5117815	14/08/2024 11:58	✗
9	5149812	09/09/2024 18:50	✗
10	5152552	08/09/2024 10:32	✗
11	5154692	01/09/2024 15:45	✗
12	5165832	17/09/2024 13:01	✗

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 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias.

A meta estabelecida para o 56º 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%	0,34%

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:

<p><b>Ficha Técnica 34</b>  <b>2.7 Taxa de realização de checklist de cirurgia segura.</b>  <b>Objetivo do Indicador:</b> Acompanhar a verificação de itens essenciais à segurança do paciente durante a realização das cirurgias  <b>Fórmula de Cálculo:</b> Número de checklists realizados /Número total de cirurgias realizadas dentro de Centro Cirúrgico, excluindo do cálculo procedimento cirúrgicos de emergência.  <b>Detalhamento da Fórmula de Cálculo:</b>                      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  <b>Meta:</b> 100%</p>
---

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:** 586

Número total de cirurgias realizados dentro de Centro Cirúrgico: 586

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

Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura

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

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	510239	28647	01/07/2024 08:00	✓
2	506415	28679	05/07/2024 13:16	✓
3	510378	28742	14/07/2024 12:40	✓
4	493143	28761	16/07/2024 15:38	✓
5	508888	28781	18/07/2024 13:38	✓
6	488769	28814	24/07/2024 10:19	✓
7	512205	28818	24/07/2024 13:14	✓
8	512243	28827	26/07/2024 09:21	✓
9	512489	28836	27/07/2024 04:25	✓
10	513140	28895	03/08/2024 06:11	✓
11	513147	28902	04/08/2024 07:28	✓
12	511580	28924	07/08/2024 08:07	✓
13	238389	28952	11/08/2024 13:03	✓
14	386716	29017	19/08/2024 16:37	✓
15	393043	29074	26/08/2024 06:01	✓
16	514969	29075	26/08/2024 06:21	✓
17	515577	29130	01/09/2024 20:43	✓
18	383755	29174	08/09/2024 11:58	✓
19	483487	29181	09/09/2024 08:07	✓
20	515604	29195	11/09/2024 09:43	✓
21	2502	29197	11/09/2024 11:28	✓
22	516584	29216	13/09/2024 06:07	✓
23	516648	29221	13/09/2024 18:39	✓
24	516716	29228	15/09/2024 07:31	✓
25	516857	29244	17/09/2024 10:29	✓
26	512341	29249	18/09/2024 09:40	✓
27	492888	29256	19/09/2024 08:05	✓
28	512950	29285	22/09/2024 11:52	✓
29	124753	29307	25/09/2024 18:39	✓
30	271926	29318	27/09/2024 14:44	✓

#	PRON_SEQ	Checklist	Data do Procedimento	Check
31	517732	29322	28/09/2024 09:50	✓
32	517728	29341	30/09/2024 08:14	✓
33	200110	29342	30/09/2024 11:06	✓
34	517648	29347	30/09/2024 20:26	✓
35	510246	28644	01/07/2024 06:44	✓
36	223168	28680	05/07/2024 14:56	✓
37	235619	28716	11/07/2024 06:33	✓
38	173145	28749	15/07/2024 10:51	✓
39	511577	28784	19/07/2024 07:28	✓
40	511580	28824	25/07/2024 12:31	✓
41	512590	28868	30/07/2024 18:25	✓
42	513229	28908	04/08/2024 21:50	✓
43	512392	28950	10/08/2024 13:52	✓
44	514025	28970	13/08/2024 17:05	✓
45	476868	28987	15/08/2024 18:15	✓
46	308382	29024	20/08/2024 14:05	✓
47	514673	29046	22/08/2024 14:55	✓
48	514907	29063	24/08/2024 05:58	✓
49	355463	29103	29/08/2024 08:25	✓
50	476893	29140	03/09/2024 09:25	✓
51	515864	29156	05/09/2024 12:22	✓
52	516115	29175	08/09/2024 12:36	✓
53	510005	29193	11/09/2024 07:19	✓
54	295403	29212	13/09/2024 01:13	✓
55	516465	29236	16/09/2024 11:53	✓
56	517003	29255	19/09/2024 00:36	✓
57	517177	29274	21/09/2024 12:52	✓
58	516291	29295	24/09/2024 10:37	✓
59	517650	29315	27/09/2024 05:50	✓
60	517810	29335	29/09/2024 17:12	✓

A meta estabelecida para o 56º 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:** 67, em 2.240,32 minutos – média de 33,44 minutos

**Total de exames de Tomografia para Politrauma, TCE, Abdômen Agudo Obstrutivo, Embolia Pulmonar e Dissecção de aorta:** 72, em 5.774,55 minutos – média de 80,20 minutos.

**Total de exames de Tomografia para demais casos:** 2.595, em 514.196,43 minutos – média de 198,15 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

$$= \text{Data/hora de registro do primeiro laudo no sistema} - \text{Data/hora de registro da solicitação da tomografia}$$

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 60 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	475827	07/07/2024 12:36	07/07/2024 14:06	✓
2	511030	10/07/2024 12:52	10/07/2024 14:07	✓
3	389738	04/08/2024 10:33	04/08/2024 11:21	✓
4	513747	10/08/2024 20:09	10/08/2024 21:41	✓
5	450046	25/08/2024 17:02	25/08/2024 18:01	✓
6	515682	02/09/2024 19:54	02/09/2024 21:05	✓
7	328143	03/09/2024 03:02	03/09/2024 06:15	✓
8	51491	03/09/2024 20:50	03/09/2024 21:50	✓
9	516573	12/09/2024 19:13	12/09/2024 20:11	✓
10	181153	23/09/2024 10:02	23/09/2024 10:55	✓
11	517466	24/09/2024 19:12	24/09/2024 20:25	✓
12	512511	27/07/2024 12:35	27/07/2024 13:20	✓
13	513638	08/08/2024 23:32	09/08/2024 00:15	✓
14	512525	27/07/2024 16:28	27/07/2024 17:10	✓
15	516660	13/09/2024 18:37	13/09/2024 19:18	✓*
16	516385	10/09/2024 22:18	10/09/2024 22:58	✓
17	514507	19/08/2024 10:32	19/08/2024 11:11	✓
18	514829	22/08/2024 23:02	22/08/2024 23:37	✓
19	512466	26/07/2024 14:19	26/07/2024 14:53	✓
20	423628	06/07/2024 13:55	06/07/2024 14:28	✓
21	13197	04/07/2024 08:29	04/07/2024 09:03	✓
22	18346	11/09/2024 14:04	11/09/2024 14:35	✓
23	64576	01/07/2024 21:03	02/07/2024 03:09	✓
24	323800	01/07/2024 22:32	02/07/2024 01:23	✓
25	511251	12/07/2024 14:23	12/07/2024 16:34	✓
26	512986	01/08/2024 09:39	01/08/2024 16:22	✗
27	513200	03/08/2024 23:07	04/08/2024 16:07	✗
28	514662	20/08/2024 18:57	20/08/2024 21:29	✗
29	517910	30/09/2024 22:01	01/10/2024 00:33	✓
30	515291	28/08/2024 13:05	28/08/2024 14:54	✓
31	95712	26/07/2024 20:13	26/07/2024 22:01	✓
32	514790	22/08/2024 13:28	22/08/2024 15:16	✓
33	514790	22/08/2024 13:33	22/08/2024 15:08	✓
34	517910	30/09/2024 22:14	30/09/2024 23:48	✓
35	517302	23/09/2024 04:11	23/09/2024 05:36	✓
36	435386	01/07/2024 05:31	01/07/2024 06:54	✓
37	159073	08/07/2024 13:38	08/07/2024 14:58	✓
38	517299	22/09/2024 23:34	23/09/2024 00:53	✓
39	510975	09/07/2024 21:55	09/07/2024 23:12	✓
40	514152	14/08/2024 17:49	14/08/2024 18:32	✓
41	510737	06/07/2024 21:42	Exame não realizado	⊘
42	510980	10/07/2024 02:07	Exame não laudado	⊘
43	512590	29/07/2024 00:47	Exame não laudado	⊘
44	466580	02/08/2024 15:28	Exame não realizado	⊘

#	Paciente	Solicitação do exame	Emissão do laudo	Avaliação
45	513314	05/08/2024 11:05	Exame não laudado	⊘
46	304540	21/08/2024 00:35	Exame não realizado	⊘
47	244375	21/08/2024 13:28	Exame não realizado	⊘
48	514854	23/08/2024 14:58	Exame não realizado	⊘
49	478984	25/08/2024 22:03	Exame não realizado	⊘
50	515368	29/08/2024 11:23	Exame não realizado	⊘
51	515490	30/08/2024 22:40	Exame não realizado	⊘
52	516857	17/09/2024 00:54	Exame não realizado	⊘
53	5066703	04/07/2024 10:33	04/07/2024 16:33	✓
54	5140771	14/08/2024 08:09	14/08/2024 14:08	✓
55	5149541	24/08/2024 23:19	25/08/2024 05:18	✓
56	3474372	16/09/2024 20:13	17/09/2024 02:09	✓
57	5107371	06/07/2024 17:56	06/07/2024 23:49	✓
58	3987367	15/07/2024 20:56	16/07/2024 02:49	✓
59	5129891	01/08/2024 10:43	01/08/2024 16:36	✓
60	804493	06/08/2024 21:03	07/08/2024 02:55	✓

Conforme apontado no Check “✘”, em análise de prontuário realizado entre os dias 30/10/2024 e 01/11/2024, verificamos que as tomografias realizadas foram de angiotomografia. 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, estes não se enquadram como exames de urgência, motivo pelo qual foram subtraídos da base de dados.

Conforme apontado no Check “⊘”, em análise de prontuário realizado entre os dias 30/10/2024 e 01/11/2024, verificamos que as tomografias não foram realizadas ou não foram laudadas, motivo pelo qual foram subtraídos da base de dados, por não ser possível calcular o tempo entre a solicitação e o laudo.

Conforme apontado no Check “✓✘”, em análise de prontuário realizado entre os dias 30/10/2024 e 01/11/2024, verificamos que o laudo anexado ao prontuário não estava assinado pelo médico devido a uma falha na importação entre o sistema MEZZOW e PGH.

Tendo em vista que os aspectos acima demonstrados, apontamos a irregularidade no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias, posto que o registro indevido/falha de importação reflete em insegurança informacional.

Feitas as exclusões mencionadas, obtivemos o seguinte resultado:

**Total de exames de Tomografia para AVC:** 67, em 2.240,32 minutos – média de 33,44 minutos

**Total de exames de Tomografia para Politrauma, TCE, Abdômen Agudo Obstrutivo, Embolia Pulmonar e Dissecção de aorta:** 69, em 3.998,72 minutos – média de 57,95 minutos.

**Total de exames de Tomografia para demais casos:** 2.583, em 514.196,43 minutos – média de 199,07 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 – 33,44 min. Exames até 2h – 58,21 min. Exames até 6h – 195,38 min.	AVC – 33,44 min. Exames até 2h – 57,95 min. Exames até 6h – 199,07 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
<b>Conclusão da Apuração</b>	
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:

<p><b>Ficha Técnica 12</b></p> <p><b>3.1. Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Acompanhar a ocorrência de todos os episódios de infecção hospitalar na UTI adulto.</p> <p><b>Definição:</b> 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de episódios de infecção hospitalar:</b> 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.</li> <li>• <b>Número de Clientes-dia:</b> 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.</li> </ul>
--

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:** 31  
**Número de pacientes/dia:** 6.202

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

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

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

Tabela 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	Descrição da infecção
(INHO_P RON_SE Q)	(INHO_SE Q)	(INHO_DTHR)	(MOPA_DT_ENTRAD A)	(SIPR_DESC_COMPLETA)
505987	10997	13/07/2024	29/06/2024 00:00	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
413288	11002	14/07/2024	06/07/2024 04:01	Infecção do trato respiratório inferior
509806	10996	14/07/2024	25/06/2024 01:16	Infecção do trato respiratório inferior
510831	11017	14/07/2024	08/07/2024 09:53	Infecção do trato respiratório inferior
413288	11001	15/07/2024	06/07/2024 04:01	Infecção de sítio cirúrgico
508860	10998	17/07/2024	10/07/2024 15:34	Infecção do trato urinário
370410	11007	18/07/2024	08/07/2024 23:17	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
349312	11058	20/07/2024	13/07/2024 13:32	Infecção do trato respiratório inferior
423628	11013	20/07/2024	06/07/2024 18:21	Infecção do trato respiratório inferior
509731	11005	22/07/2024	04/07/2024 14:15	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
13366	11003	23/07/2024	16/07/2024 23:25	Infecção do trato respiratório inferior
473193	11000	28/07/2024	11/07/2024 17:34	Infecção do trato respiratório inferior
502667	11004	28/07/2024	24/07/2024 18:02	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
511316	11054	01/08/2024	13/07/2024 23:47	Infecção do trato respiratório inferior
510757	11045	06/08/2024	07/07/2024 03:33	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
510193	11025	10/08/2024	30/06/2024 04:26	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
513348	11048	10/08/2024	06/08/2024 14:09	Infecção do trato respiratório inferior
513147	11014	11/08/2024	03/08/2024 11:55	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
512593	11047	13/08/2024	02/08/2024 21:51	Infecção do trato respiratório inferior
513348	11050	13/08/2024	06/08/2024 14:09	Infecção de sítio cirúrgico
512731	11055	24/08/2024	30/07/2024 17:45	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
514544	11052	30/08/2024	20/08/2024 16:12	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
513149	11057	31/08/2024	03/08/2024 09:47	Infecção do trato respiratório inferior
511464	11080	02/09/2024	27/08/2024 13:05	Infecção do trato respiratório inferior
472973	11072	04/09/2024	22/08/2024 21:20	Infecção do trato respiratório inferior
507274	11083	17/09/2024	08/08/2024 12:38	Infecção do trato respiratório inferior
122526	11074	19/09/2024	10/09/2024 18:28	Infecção do trato respiratório inferior
3463	11070	25/09/2024	22/08/2024 13:46	Infecção do trato urinário
509834	11075	25/09/2024	21/09/2024 02:12	Infecção de sítio cirúrgico
508928	11071	29/09/2024	31/07/2024 23:22	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
517093	11081	29/09/2024	20/09/2024 01:39	Infecção do trato urinário

A meta estabelecida para o 56º 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	5,4/1.000	5/1.000

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
<b>Conclusão da Apuração</b>	
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:** 7

**Número de CVC/dia:** 4.758

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

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

Abaixo, o registro dos 7 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 (INHO_PRO N_SEQ)	Registro da infecção (INHO_SEQ)	Data de diagnóstico da infecção (INHO_DTHR)	Data do primeiro uso de CATETEEN (Min of CPPI_CPCC_DT)	Cód. Da infecção INHO_RE CN_REGI STRO	Descrição da infecção (SIPR_DESC_COMPLETA)
505987	10997	13/07/2024	01/07/2024 10:59	40409	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
509731	11005	22/07/2024	04/07/2024 14:33	36863	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
510757	11045	06/08/2024	07/07/2024 06:47	36538	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
510193	11025	10/08/2024	01/07/2024 00:05	29498	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
513147	11014	11/08/2024	03/08/2024 18:23	32308	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
512731	11055	24/08/2024	30/07/2024 18:11	37719	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
514544	11052	30/08/2024	20/08/2024 17:47	18802	Infecção Primária da Corrente Sanguínea

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 7 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	505987	13/07/2024	01/07/2024 10:59	✓
2	509731	22/07/2024	04/07/2024 14:33	✓
3	510757	06/08/2024	07/07/2024 06:47	✓
4	510193	10/08/2024	01/07/2024 00:05	✓
5	513147	11/08/2024	03/08/2024 18:23	✓
6	512731	24/08/2024	30/07/2024 18:11	✓
7	514544	30/08/2024	20/08/2024 17:47	✓

A meta estabelecida para o 56º 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	1,5/1.000	1,47/1.000

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:** 237  
**Total de saídas das unidades de internação:** 4.151

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 56º 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%	5,49%	5,71%

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
<b>Conclusão da Apuração</b>	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida para o indicador, concluímos pelo atendimento do indicador.	

### 3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória

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

**Ficha Técnica 15**

**3.4. Taxa de Mortalidade transoperatória**

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

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

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

**Legenda:**

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

TAC = Total de Atos Cirúrgicos no mesmo período

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

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

Número de óbitos transoperatórios: 5  
 Total de cirurgias realizadas: 2.705

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

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 25 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção direcionada. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foi verificado se os óbitos foram no transoperatório:

#	Paciente	Data do Óbito	Data de liberação do paciente do CC	Check
1	321865	21/07/2024 03:29	21/07/2024 03:53	✓
2	513200	04/08/2024 14:37	04/08/2024 16:00	✓
3	330186	07/08/2024 13:58	07/08/2024 14:15	✓
4	332154	02/09/2024 01:58	02/09/2024 03:30	✓
5	23654	15/09/2024 02:55	15/09/2024 03:30	✓
6	509827	03/07/2024 17:05	03/07/2024 16:45	⊘
7	510170	04/07/2024 17:06	03/07/2024 19:03	⊘
8	510142	15/07/2024 01:01	15/07/2024 01:00	⊘
9	370410	22/07/2024 04:35	22/07/2024 03:26	⊘
10	512592	29/07/2024 09:50	29/07/2024 06:25	⊘
11	512485	31/07/2024 11:28	31/07/2024 10:50	⊘
12	513200	04/08/2024 14:37	04/08/2024 06:00	✓
13	512997	06/08/2024 08:06	05/08/2024 19:05	⊘
14	511347	11/08/2024 14:30	10/08/2024 16:53	⊘
15	513638	20/08/2024 17:10	20/08/2024 16:00	⊘

#	Paciente	Data do Óbito	Data de liberação do paciente do CC	Check
16	514916	28/08/2024 15:56	28/08/2024 14:00	⊘
17	515346	29/08/2024 23:15	29/08/2024 13:54	⊘
18	515235	02/09/2024 18:34	02/09/2024 13:30	⊘
19	6988	05/09/2024 00:20	04/09/2024 17:20	⊘
20	393672	11/09/2024 11:46	10/09/2024 15:00	⊘
21	516762	16/09/2024 11:49	16/09/2024 00:50	⊘
22	517003	19/09/2024 21:14	19/09/2024 06:30	⊘
23	517092	20/09/2024 15:54	20/09/2024 04:15	⊘
24	517120	21/09/2024 01:09	21/09/2024 00:20	✓
25	517577	27/09/2024 00:23	26/09/2024 14:10	⊘

Conforme demonstrado acima, os itens sinalizados com “⊘” não se referem a óbitos não relacionados ao transoperatório e, portanto, não representam situação de exceção no âmbito deste indicador. A partir da análise dos demais prontuários, foram identificados mais 2 óbitos transoperatórios, os quais não foram identificados através da etapa de análise do relatório sistêmico devido a divergências nas datas/horas registradas nas tabelas do sistema PGH e nos prontuários:

- O paciente 513200, cuja saída do Centro Cirúrgico se deu no dia 04/08/2024 às 06:00h, conforme tabela do PGH, consta no prontuário como retirado do Centro Cirúrgico no dia 04/08/2024 às 15:33h.
- O paciente 517120, cujo óbito foi registrado no sistema PGH no dia 21/09/2024, às 01:09h, ocorreu, conforme denota o prontuário, no dia 20/09/2024, às 23:37h. Enquanto a saída do CC foi registrada no PGH em 21/09/2024 às 00:20h, mas o registro feito no prontuário denota que a saída ocorreu em 20/09/2024, às 23:40h.

As inconsistências acima foram apontadas no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias, posto que o registro indevido/falha de importação reflete inconsistência de dados e impacta nos resultados da apuração trimestral.

Abaixo, o registro dos 7 óbitos ocorridos no transoperatório, até a liberação do paciente do centro cirúrgico:

Tabela 50 - Registro dos casos dos óbitos ocorridos até a saída do paciente do CRPA

Identificação (ACIC_PACI_PRON_SEQ)	Registro da cirurgia (ACIC_SEQ)	Tipo de alta (PACI_TIPO_ALTA)	Data/hora de liberação do paciente ACIC_DT_LIB_PACIENTE_CC	Data/hora do óbito (PACI_DT_ALTA_MEDICA)
321865	137734	O	21/07/2024 03:53	21/07/2024 03:29
513200	138262	O	04/08/2024 16:00	04/08/2024 14:37
330186	138405	O	07/08/2024 14:15	07/08/2024 13:58
332154	139426	O	02/09/2024 03:30	02/09/2024 01:58
23654	139960	O	15/09/2024 03:30	15/09/2024 02:55
513200	138257	O	04/08/2024 15:33	04/08/2024 14:37
517120	140218	O	20/09/2024 23:40	20/09/2024 23:37

Dados os registros acima, concluímos pelo seguinte resultado:

**Número de óbitos transoperatórios: 7**

**Total de cirurgias realizadas: 2.705**

A meta estabelecida para o 56º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 0,51%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

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

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 0,51%	0,1%	0,26%

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

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

<p><b>3.4 A- Taxa de Mortalidade Pós-Operatória (TxMPO).</b></p> <p>Objetivo: Acompanhar o total de óbitos ocorridos após a saída do paciente do CRPA, até 24 horas após o ato cirúrgico.</p> <p>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.</p> <p><math>Tx\ MPO = \frac{NOPO}{NAC} \times 100</math></p> <p>Legenda:</p> <p>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)</p> <p>NAC = Número de Atos Cirúrgicos no mesmo período, excluindo os pacientes que foram a óbito durante o ato cirúrgico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de óbitos pós-operatórios:</b> 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.</li> <li>• <b>Número de cirurgias realizadas:</b> 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.</li> </ul>
---

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:** 20  
**Total de cirurgias realizadas:** 2.705

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

## Taxa de Mortalidade Pós-Operatória

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção direcionada. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foi verificado se os óbitos foram no pós-operatório:

#	Paciente	Data do Óbito	Data de liberação do paciente do CC	Check
1	509827	03/07/2024 17:05	03/07/2024 16:45	⊘
2	510170	04/07/2024 17:06	03/07/2024 19:03	✓
3	510142	15/07/2024 01:01	15/07/2024 01:00	⊘
4	370410	22/07/2024 04:35	22/07/2024 03:26	✓
5	512592	29/07/2024 09:50	29/07/2024 06:25	✓
6	512485	31/07/2024 11:28	31/07/2024 10:50	⊘
7	513200	04/08/2024 14:37	04/08/2024 06:00	⊘
8	512997	06/08/2024 08:06	05/08/2024 19:05	✓
9	511347	11/08/2024 14:30	10/08/2024 16:53	✓
10	513638	20/08/2024 17:10	20/08/2024 16:00	⊘
11	514916	28/08/2024 15:56	28/08/2024 14:00	⊘
12	515346	29/08/2024 23:15	29/08/2024 13:54	✓
13	515235	02/09/2024 18:34	02/09/2024 13:30	⊘
14	6988	05/09/2024 00:20	04/09/2024 17:20	✓
15	393672	11/09/2024 11:46	10/09/2024 15:00	✓
16	516762	16/09/2024 11:49	16/09/2024 00:50	✓
17	517003	19/09/2024 21:14	19/09/2024 06:30	✓
18	517092	20/09/2024 15:54	20/09/2024 04:15	✓
19	517120	21/09/2024 01:09	21/09/2024 00:20	⊘
20	517577	27/09/2024 00:23	26/09/2024 14:10	✓

Conforme demonstrado acima, a partir da análise de prontuários, foram confirmados apenas 12 óbitos no pós-operatório, os demais enquadram-se nas seguintes situações:

- O paciente 513200, cuja saída do Centro Cirúrgico se deu no dia 04/08/2024 às 06:00h, conforme tabela do PGH, consta no prontuário como retirado do Centro Cirúrgico no dia 04/08/2024 às 15:33h. Configura-se, portanto, óbito transoperatório.
- O paciente 517120, cujo óbito foi registrado no sistema PGH no dia 21/09/2024, às 01:09h, ocorreu, conforme denota o prontuário, no dia 20/09/2024, às 23:37h. Enquanto a saída do CC foi registrada no PGH em 21/09/2024 às 00:20h, mas o registro feito no prontuário denota que a saída ocorreu em 20/09/2024, às 23:40h. Configura-se, portanto, óbito transoperatório.
- Os demais pacientes com Check “⊘” foram ao centro cirúrgico apenas para captação de órgãos para doação, tendo em vista que seus óbitos foram decorrentes de morte encefálica.

As inconsistências acima foram apontadas no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias, posto que o registro indevido reflete em insegurança informacional e impacta nos resultados da apuração trimestral.

Abaixo, o registro dos 12 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 (ACIC_PACI_PRON_SEQ)	Tipo de alta (PACI_TIPO_ALTA)	Data/hora de liberação do paciente ACIC_DT_LIB_PACIENTE_CC	Data/hora do óbito (PACI_DT_ALTA_MEDICA)	Tempo entre liberação do paciente e alta médica (horas)
510170	O	03/07/2024 19:03	04/07/2024 17:06	22,06
370410	O	22/07/2024 03:26	22/07/2024 04:35	1,15
512592	O	29/07/2024 06:25	29/07/2024 09:50	3,42
512997	O	05/08/2024 19:05	06/08/2024 08:06	13,03
511347	O	10/08/2024 16:53	11/08/2024 14:30	21,62
515346	O	29/08/2024 13:54	29/08/2024 23:15	9,35
6988	O	04/09/2024 17:20	05/09/2024 00:20	7,01
393672	O	10/09/2024 15:00	11/09/2024 11:46	20,78
516762	O	16/09/2024 00:50	16/09/2024 11:49	10,98
517003	O	19/09/2024 06:30	19/09/2024 21:14	14,73
517092	O	20/09/2024 04:15	20/09/2024 15:54	11,65
517577	O	26/09/2024 14:10	27/09/2024 00:23	10,22

Dados os registros acima, concluímos pelo seguinte resultado:

**Número de óbitos pós-operatórios: 12**

**Total de cirurgias realizadas: 2.705**

A meta estabelecida para o 56º 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%	0,44%

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.	



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%	3,9%	2,2%

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:

<p><b>Ficha Técnica 17</b></p> <p><b>3.6. Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico</b></p> <p><b>Objetivo:</b> 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.</p> <p><b>Definição:</b> Relação percentual entre o número de óbitos por AVCi e o número de saídas de Clientes com diagnóstico principal de AVCi, em determinado período.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de óbitos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico:</b> É o número total de óbitos por AVCi ocorridos no mês.</li> </ul> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de saídas de Clientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico:</b> 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.</li> </ul>
---

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: 48  
 Total de saídas de pacientes com AVCi: 279

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**

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 48 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção direcionada. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foi verificado se os óbitos foram no pós-operatório:

Identificação Atendimento (CIPA_PACI_PRON_SEQ)	(CIPA_PACI_SEQ)	CID			Data/hora internação	Data/hora do óbito	Data de nascimento	Check
		CIPA_CI_DD_CO	CIPA_I_ND_PRI_NCPAL	CIPA_IN_D_ENTR_ADA_SA_IDA				
					MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDICA	PRON_DT_NASC	
55138	3	I63	S	S	19/08/2024 18:09	26/08/2024 17:50	23/09/1942	✓
57972	15	I64	S	S	07/08/2024 19:18	18/08/2024 15:44	15/11/1953	✓
80449	4	I619	S	S	06/08/2024 22:53	03/09/2024 00:10	15/05/1951	✗
99991	10	I64	S	S	03/07/2024 00:00	05/07/2024 10:46	03/01/1968	✓
191091	13	I64	S	S	03/07/2024 00:00	31/07/2024 20:46	25/02/1973	✗
344021	3	I64	S	S	04/09/2024 04:38	12/09/2024 12:01	02/09/1963	✓
357468	3	I671	S	S	15/08/2024 17:50	22/08/2024 14:17	05/08/1943	✗
389738	3	I64	S	S	04/08/2024 17:45	07/08/2024 09:13	20/03/1946	✓
430363	8	I61	S	S	09/09/2024 21:32	15/09/2024 18:48	29/12/2000	✗
459060	5	I64	S	S	02/08/2024 00:00	08/08/2024 12:20	08/01/1948	✓
472973	12	I63	S	S	16/09/2024 00:00	19/09/2024 23:33	14/03/1974	✓
489187	9	I619	S	S	31/05/2024 21:50	20/07/2024 17:00	21/11/1953	✗
508610	2	I639	S	S	07/06/2024 21:11	05/08/2024 11:09	24/11/1949	✓
508953	3	I61	S	S	03/07/2024 00:00	10/07/2024 15:15	11/08/1968	✗
509126	3	I64	S	S	28/07/2024 04:55	06/09/2024 05:24	15/10/1959	✓
509655	3	I64	S	S	07/08/2024 12:20	11/08/2024 17:27	31/03/1967	✗
509773	2	I614	S	S	24/06/2024 01:58	01/07/2024 14:51	20/06/1961	✗
510142	3	I609	S	S	03/07/2024 00:00	15/07/2024 01:01	10/11/1966	✗
510171	2	I619	S	S	29/06/2024 13:59	08/07/2024 07:08	16/05/1956	✗
510455	2	I61	S	S	03/07/2024 13:23	03/08/2024 00:56	22/07/1941	✗
510605	2	I64	S	S	05/07/2024 08:55	10/07/2024 19:14	16/09/1967	✗
511165	3	I64	S	S	18/07/2024 00:00	10/08/2024 06:21	09/09/1962	✗
511252	4	I64	S	S	26/07/2024 17:00	28/07/2024 05:28	06/03/1951	✗
511710	4	I61	S	S	31/07/2024 00:00	08/08/2024 21:30	11/05/1975	✗
511887	2	I61	S	S	20/07/2024 02:10	27/07/2024 07:00	23/10/1963	✗
511970	2	I64	S	S	21/07/2024 22:53	13/08/2024 18:09	20/03/1944	✓
512485	2	I60	S	S	27/07/2024 00:10	31/07/2024 11:28	28/03/1983	✗
512525	3	I61	S	S	04/08/2024 00:00	09/08/2024 06:48	19/08/1967	✗
512973	2	I63	S	S	01/08/2024 04:03	07/08/2024 14:24	22/12/1986	✓
513149	2	I639	S	S	03/08/2024 09:10	27/09/2024 12:40	25/11/1952	✗
513168	2	I64	S	S	03/08/2024 13:49	17/08/2024 01:42	13/09/1949	✓
513260	3	I64	S	S	15/08/2024 00:00	18/08/2024 01:57	11/11/1973	✗
513341	4	I64	S	S	20/08/2024 00:00	29/08/2024 20:44	12/05/1950	✓
513638	2	I69	S	S	09/08/2024 01:06	20/08/2024 17:10	16/09/1959	✓
513767	2	I639	S	S	11/08/2024 06:42	18/08/2024 11:46	03/07/1967	✗
514130	2	I64	S	S	14/08/2024 14:41	29/08/2024 14:32	15/08/1983	✗

Identificação Atendimento (CIPA_PACI_ PRON_SEQ)	(CIPA_P ACI_SEQ)	CID			Data/hora internação de	Data/hora do óbito	Data de nascimento de	Check
		CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA				
					MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDICA	PRON_DT_NASC	
514391	2	I64	S	S	17/08/2024 21:17	23/08/2024 18:53	25/07/1940	✓
514460	2	I64	S	S	19/08/2024 01:15	23/08/2024 10:54	21/04/1942	✓
514745	2	I61	S	S	21/08/2024 21:55	25/08/2024 12:37	03/05/1938	✗
515235	2	I611	S	S	27/08/2024 17:54	02/09/2024 18:34	20/03/1961	✗
515414	2	I64	S	S	30/08/2024 05:41	01/09/2024 21:02	15/09/1932	✓
515580	3	I64	S	S	08/09/2024 00:00	15/09/2024 09:45	03/10/1947	✓
515993	2	I62	S	S	06/09/2024 10:24	10/09/2024 13:10	10/03/1999	✗
516049	2	I64	S	S	06/09/2024 23:36	20/09/2024 12:07	16/02/1936	✓
516059	2	I62	S	S	07/09/2024 14:04	10/09/2024 16:27	25/12/1977	✗
516076	2	I64	S	S	07/09/2024 14:44	17/09/2024 19:57	27/10/1935	✓
516116	2	I64	S	S	08/09/2024 08:50	18/09/2024 13:48	10/10/1974	✓
516155	2	I64	S	S	08/09/2024 19:13	20/09/2024 23:20	23/08/1953	✓

Conforme demonstrado acima, a partir da análise de prontuários, foram confirmados apenas 22 óbitos por AVCi, tendo em vista que os demais registros sob Check "✗" correspondem a óbitos motivados por AVC Hemorrágico, apesar de terem sido registrados no PGH como AVC Isquêmico.

As inconsistências acima foram apontadas no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias, posto que o registro indevido reflete em insegurança informacional e impacta nos resultados da apuração trimestral.

Abaixo, o registro dos 22 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_PACI_ PRON_SEQ)	(CIPA_P ACI_SEQ)	CID			Data/hora internação de	Data/hora do óbito	Data de nascimento de
		CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA			
					PACI_DT_ALTA_MEDICA	PRON_DT_NASC	
55138	3	I63	S	S	19/08/2024 18:09	26/08/2024 17:50	23/09/1942
57972	15	I64	S	S	07/08/2024 19:18	18/08/2024 15:44	15/11/1953
99991	10	I64	S	S	03/07/2024 00:00	05/07/2024 10:46	03/01/1968
344021	3	I64	S	S	04/09/2024 04:38	12/09/2024 12:01	02/09/1963
389738	3	I64	S	S	04/08/2024 17:45	07/08/2024 09:13	20/03/1946
459060	5	I64	S	S	02/08/2024 00:00	08/08/2024 12:20	08/01/1948
472973	12	I63	S	S	16/09/2024 00:00	19/09/2024 23:33	14/03/1974
508610	2	I639	S	S	07/06/2024 21:11	05/08/2024 11:09	24/11/1949
509126	3	I64	S	S	28/07/2024 04:55	06/09/2024 05:24	15/10/1959
511970	2	I64	S	S	21/07/2024 22:53	13/08/2024 18:09	20/03/1944
512973	2	I63	S	S	01/08/2024 04:03	07/08/2024 14:24	22/12/1986
513168	2	I64	S	S	03/08/2024 13:49	17/08/2024 01:42	13/09/1949
513341	4	I64	S	S	20/08/2024 00:00	29/08/2024 20:44	12/05/1950
513638	2	I69	S	S	09/08/2024 01:06	20/08/2024 17:10	16/09/1959
514391	2	I64	S	S	17/08/2024 21:17	23/08/2024 18:53	25/07/1940
514460	2	I64	S	S	19/08/2024 01:15	23/08/2024 10:54	21/04/1942

Identificação de Atendimento	CID	Data/hora de internação	Data/hora do óbito	Data de nascimento			
(CIPA_PACI_ PRON_SEQ)	(CIPA_P ACI_SEQ)	CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA	MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDI CA	PRON_DT_NASC
515414	2	I64	S	S	30/08/2024 05:41	01/09/2024 21:02	15/09/1932
515580	3	I64	S	S	08/09/2024 00:00	15/09/2024 09:45	03/10/1947
516049	2	I64	S	S	06/09/2024 23:36	20/09/2024 12:07	16/02/1936
516076	2	I64	S	S	07/09/2024 14:44	17/09/2024 19:57	27/10/1935
516116	2	I64	S	S	08/09/2024 08:50	18/09/2024 13:48	10/10/1974
516155	2	I64	S	S	08/09/2024 19:13	20/09/2024 23:20	23/08/1953

Dados os registros acima, concluímos pelo seguinte resultado:

**Número de óbitos por AVCi: 22**

**Total de saídas de pacientes com AVCi: 279**

A meta estabelecida para o 56º 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%	11%	7,89%

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: 55  
 Total de saídas de pacientes com Sepse: 147

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 55 pacientes cujo CID registrado no sistema foi relativo a Sepse, 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 Sepse”

Identificação Atendimento (CIPA_PACI_ PRON_SEQ)	(CIPA_P ACI_SE Q)	CID			Data/hora de internação MOPA_DT_ENTRADA	Data/hora do óbito PACI_DT_ALTA_MEDICA	Data de nascimento PRON_DT_NASC	Check
		CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA				
55080	9	A41	S	S	14/08/2024 10:51	22/08/2024 02:14	08/09/1942	✓
73973	10	A41	S	S	22/07/2024 23:14	28/07/2024 17:45	25/07/1942	✓
90242	14	A419	S	S	02/08/2024 23:38	05/08/2024 05:36	19/03/1944	✓
139032	8	A419	S	S	23/06/2024 22:03	05/07/2024 17:18	08/08/1957	✓
143754	8	A419	S	S	03/07/2024 00:00	07/07/2024 03:45	21/03/1958	✗
165275	3	A419	S	S	06/09/2024 15:01	10/09/2024 07:52	30/06/1936	✓
193493	6	A419	S	S	22/08/2024 16:43	26/08/2024 07:24	08/12/1954	✓
240214	4	A419	S	S	22/06/2024 01:31	12/07/2024 22:21	15/08/1942	✓
281947	9	A41	S	S	15/07/2024 22:23	20/07/2024 16:06	03/06/1950	✓
282077	4	A419	S	S	04/08/2024 12:23	12/08/2024 21:15	04/08/1943	✓
329870	9	A41	S	S	02/08/2024 17:06	17/08/2024 19:27	15/04/1948	✓
413288	6	A419	S	S	12/07/2024 00:00	26/07/2024 09:12	21/06/1951	✓
447951	21	A419	S	S	21/07/2024 00:00	27/07/2024 23:59	01/08/1947	✓
450310	15	A419	S	S	14/06/2024 21:57	12/07/2024 16:15	06/01/1939	✓
457528	23	A419	S	S	30/07/2024 00:00	06/08/2024 11:05	25/03/1951	✓
467762	3	A419	S	S	16/08/2024 17:42	22/08/2024 10:20	20/09/1996	✗

Identificação Atendimento	CID	CIPA_IN			Data/hora de internação	Data/hora do óbito	Data de nascimento	Check
		(CIPA_P ACI_SE Q)	CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL				
(CIPA_PACI_ PRON_SEQ)					MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDICA	PRON_DT_NASC	
467833	9	A419	S	S	03/08/2024 04:28	05/08/2024 00:22	12/01/1961	✓
473193	6	A419	S	S	25/07/2024 00:00	30/07/2024 16:36	20/04/1964	✓
485230	23	A419	S	S	27/08/2024 00:00	29/08/2024 08:37	26/02/1980	✗
493904	10	A41	S	S	31/08/2024 17:10	03/09/2024 00:29	19/10/1979	✓
495762	8	A418	S	S	16/08/2024 17:44	17/08/2024 19:41	16/04/1948	✓
504316	3	A419	S	S	15/09/2024 15:51	18/09/2024 09:20	26/10/1956	✗
505775	11	A419	S	S	03/07/2024 00:00	06/07/2024 03:43	21/06/1978	✓
505816	13	A415	S	S	31/08/2024 15:21	04/09/2024 00:46	02/06/1946	✓
506243	9	A419	S	S	29/07/2024 00:00	05/08/2024 06:27	29/08/1954	✓
507322	3	A419	S	S	01/07/2024 22:13	03/07/2024 10:36	15/11/1964	✓
508035	4	A419	S	S	08/07/2024 14:06	12/07/2024 08:51	06/09/1934	✓
508080	3	A419	S	S	21/06/2024 13:11	06/07/2024 13:39	18/07/1936	✓
508084	11	A419	S	S	26/07/2024 00:00	31/07/2024 20:28	17/07/1960	✓
508618	4	A41	S	S	17/07/2024 09:34	18/07/2024 22:55	05/05/1977	✗
509423	5	A419	S	S	04/08/2024 16:05	25/08/2024 02:25	12/01/1941	✓
509959	2	A419	S	S	26/06/2024 23:24	02/07/2024 01:50	24/02/1944	✗
510170	2	A419	S	S	29/06/2024 13:05	04/07/2024 17:06	09/12/1952	✓
510510	4	A419	S	S	16/07/2024 15:50	21/07/2024 06:49	02/05/1960	✓
510675	2	A419	S	S	05/07/2024 18:16	10/07/2024 21:18	14/02/1931	✓
510852	5	A419	S	S	18/07/2024 04:36	20/07/2024 18:40	09/11/2002	✓
510980	2	A419	S	S	10/07/2024 08:30	29/07/2024 21:37	15/07/1933	✓
511347	4	A419	S	S	10/08/2024 00:00	11/08/2024 14:30	30/10/1960	✓
511444	3	A418	S	S	09/09/2024 18:05	30/09/2024 15:38	05/04/1966	✓
511568	3	A419	S	S	24/07/2024 00:00	01/08/2024 18:42	29/01/1935	✓
511683	6	A419	S	S	25/08/2024 00:00	31/08/2024 03:21	25/11/1950	✓
511705	2	A41	S	S	18/07/2024 05:14	21/07/2024 06:08	18/08/1970	✗
511815	2	A419	S	S	19/07/2024 02:00	22/07/2024 15:13	26/08/1933	✓
512088	2	A419	S	S	23/07/2024 01:44	26/07/2024 09:24	03/09/1963	✓
512381	4	A419	S	S	29/08/2024 18:22	14/09/2024 05:37	15/04/1960	✓
512593	4	A419	S	S	13/08/2024 00:00	21/08/2024 13:35	04/10/1959	✓
512713	4	A415	S	S	09/09/2024 17:13	17/09/2024 10:42	23/04/1934	✓
513153	2	A41	S	S	03/08/2024 09:56	15/08/2024 17:23	15/09/1943	✓
513294	2	A419	S	S	05/08/2024 10:02	12/08/2024 14:08	02/02/1944	✗
513880	4	A419	S	S	28/08/2024 00:00	02/09/2024 17:02	10/08/1980	✓
514544	3	A41	S	S	27/08/2024 00:00	04/09/2024 03:46	01/11/1952	✓
514638	2	A419	S	S	21/08/2024 00:53	10/09/2024 13:22	24/12/1955	✗
514748	2	A41	S	S	22/08/2024 08:12	24/08/2024 23:00	09/01/1937	✓
514992	2	A419	S	S	25/08/2024 20:10	27/08/2024 23:10	10/02/1958	✗
515666	2	A419	S	S	02/09/2024 17:46	28/09/2024 04:35	14/10/1955	✓

Conforme demonstrado acima, a partir da análise de prontuários, foram confirmados apenas 45 óbitos por SEPSE, tendo em vista que os demais registros sob Check "✗" correspondem a óbitos por outras motivações (Neoplasia, Cirrose, Insuficiência respiratória, abdômen agudo entre outros), em linha com dados de auditoria dos prontuários feita pela Concessionária e

compartilhada com o VI via Connect (Anexo XVII), e embasados em consideração aos resultados dos exames laboratoriais com resultado de cultura negativo.

As inconsistências acima foram apontadas no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias, posto que o registro indevido reflete em insegurança informacional e impacta nos resultados da apuração trimestral.

A meta estabelecida para o 56º 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 Sepsis”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 32,2%	31,9%	30,61%

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 Sepsis”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.7 Taxa de Mortalidade por Sepsis	✓ 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.	

### 3.8 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:

<p><b>Ficha Técnica 19</b></p> <p><b>3.8. Taxa de ocorrência de Lesão por Pressão</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Acompanhar a incidência de Lesão por Pressão, incluindo a análise das características quanto ao número, localização e estadiamento da doença.</p> <p><b>Definição:</b> 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.</p> <p><b>Lesão por Pressão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>As lesões por pressão são definidas</b> 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).</li> <li>• <b>Caso não conste na admissão do Cliente</b> relato no prontuário sobre o exame da pele, a ocorrência de lesão por pressão será classificada com adquirida no hospital.</li> </ul> <p><b>Número de saídas:</b> Número de saídas hospitalares com permanência superior a 05 dias.</p>
--

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: 11  
 Número de saídas com permanência superior a 5 dias: 997

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

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

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	Data de Internação	Avaliação
1	5098984	11/07/2024 15:46	⊗
2	5149110	04/09/2024 14:57	⊗
3	3822563	21/06/2024 18:31	⊗
4	5094084	09/07/2024 23:15	⊗
5	5060555	04/08/2024 10:40	✓
6	5129952	26/08/2024 22:22	⊗
7	4807113	26/08/2024 17:24	⊗
8	858798	07/09/2024 01:00	⊗
9	5109802	12/07/2024 11:25	✓
10	5080356	21/06/2024 14:44	⊗
11	5103782	02/07/2024 20:52	⊗
12	1419796	15/07/2024 16:05	⊗
13	5129346	10/09/2024 23:32	✓
14	5129342	31/07/2024 20:12	⊗
15	27535	12/07/2024 12:56	✓
16	5089292	15/06/2024 12:59	⊗
17	777836	13/07/2024 00:00	⊗
18	5086522	10/06/2024 15:44	⊗
19	5137352	10/08/2024 20:51	✓
20	5130782	02/08/2024 11:29	⊗
21	5136662	11/08/2024 15:42	⊗
22	5095194	13/09/2024 13:54	✓
23	4867686	14/08/2024 12:30	✓
24	3974007	20/06/2024 20:10	⊗
25	17830810	27/08/2024 20:47	✓
26	5137472	23/08/2024 17:14	✓
27	5058403	22/06/2024 00:46	⊗

#	Paciente	Data de Internação	Avaliação
31	46660931	19/08/2024 17:55	✓
32	50621015	06/09/2024 19:07	⊗
33	5096852	27/06/2024 13:00	⊗
34	46660929	25/07/2024 16:47	⊗
35	5062107	10/07/2024 20:07	⊗
36	4359656	07/09/2024 15:59	⊗
37	5138053	27/08/2024 17:37	⊗
38	5135452	08/08/2024 18:15	⊗
39	5100502	30/06/2024 15:47	⊗
40	2601505	28/06/2024 00:15	⊗
41	5108455	07/08/2024 11:27	⊗
42	2315498	30/07/2024 12:44	✓
43	5119702	22/07/2024 00:33	✓
44	3607274	24/08/2024 12:30	⊗
45	3699305	16/08/2024 10:23	⊗
46	48992210	07/07/2024 15:14	⊗
47	48413712	19/07/2024 12:29	⊗
48	3768683	22/07/2024 10:59	⊗
49	5155412	01/09/2024 08:35	⊗
50	5089562	16/06/2024 16:51	⊗
51	3659473	29/06/2024 10:25	⊗
52	4593576	16/08/2024 10:34	⊗
53	36031911	05/07/2024 14:00	⊗
54	3005554	07/08/2024 16:54	⊗
55	5097882	14/07/2024 14:47	⊗
56	33357114	05/07/2024 16:55	⊗
57	5071402	14/06/2024 20:39	⊗

#	Paciente	Data de Internação	Avaliação
28	4572409	06/09/2024 14:01	✓
29	4411024	14/09/2024 15:39	⊘
30	3801067	07/08/2024 22:18	⊘

#	Paciente	Data de Internação	Avaliação
58	451136	06/09/2024 01:29	✓
59	2171993	09/08/2024 12:41	⊘
60	103377	31/07/2024 15:06	✓

Dos prontuários acima analisados, identificamos mais 15 pacientes que desenvolveram lesão por pressão durante a internação, os quais foram acrescidos aos 11 já identificados na tabela NOTIFICACOES\_RISCOS. Ademais, 5 pacientes já chegaram ao hospital com lesão por pressão, e os 39 demais não desenvolveram o quadro.

As avaliações “⊘” não representam exceções com impacto no resultado do indicador, mas em inconformidades processuais que já foram pontuadas no produto P6.1 a P6.3, emitido por este Verificador Independente.

Abaixo, o registro dos 26 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	254332	10/09/2024
2	2159	09/09/2024
3	447860	06/09/2024
4	511568	06/09/2024
5	358767	06/09/2024
6	497159	06/09/2024
7	274809	06/09/2024
8	447951	15/07/2024
9	254332	06/08/2024
10	507556	06/08/2024
11	139032	06/08/2024
12	506055	06/08/2024
13	510980	27/07/2024
14	512934	01/09/2024
15	2753	31/07/2024
16	513735	23/08/2024
17	509519	19/09/2024
18	486768	28/08/2024
19	178308	10/09/2024
20	513747	31/08/2024
21	457240	01/09/2024
22	466609	21/08/2024
23	231549	09/08/2024
24	511970	01/08/2024
25	45113	10/09/2024
26	10337	03/08/2024

A meta estabelecida para o 56º 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%	0,6%	2,61%

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:

<p><b>Ficha Técnica 32</b></p> <p><b>3.9. Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Acompanhar a ocorrência de todos os episódios de Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI adulto, durante o período.</p> <p><b>Definição:</b> 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de Pneumonias associadas a Ventilador Mecânico (PAV):</b> É o número total de ocorrências de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica PAV diagnosticada após 48H de ventilação mecânica até a sua suspensão.</li> <li>• <b>Paciente com ventilação mecânica (VM) - dia:</b> Soma do número total de pacientes que usaram ventilação mecânica, a cada dia, em Unidade de Terapia Intensiva adulto, durante o período.</li> </ul> <p>Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal</p>
---

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional do Hospital do Subúrbio, o PGH, a partir das tabelas SITIOS\_PRINCIPAIS, INFECCOES\_HOSPITALARES, CARAC\_PROC\_PACIENTES\_ITENS, MOVIMENTACOES\_PACIENTES e SETORES, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de episódios de PAV em pacientes da UTI adulto: 2  
 Número de pacientes em ventilação mecânica - dia: 4.879

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

**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 2 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	512289	25/07/24 11:04	10/08/24 08:00	30/07/2024	✓
2	503387	24/07/24 14:34	13/08/24 01:50	09/08/2024	✓

A meta estabelecida para o 56º 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	1/1.000	0,4/1.000

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:

<p><b>Ficha Técnica 33</b>  <b>3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Acompanhar a ocorrência de todos os episódios de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical em UTI adulto, durante o período.</p> <p><b>Definição:</b> 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.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias calendário;</li> <li>• O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior;</li> <li>• Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas.</li> </ul> <p><b>Critérios de exclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que utilizam cateter duplo J;</li> <li>• Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico).</li> </ul> <p>• <b>Número de episódios de Infecções do Trato Urinário (ITU):</b> É Número total de pacientes com Infecções do Trato Urinário (ITU) associadas ao uso de cateter vesical de demora, por Unidade de Terapia Intensiva</p> <p>• <b>Paciente com cateter vesical de demora - dia:</b> Soma do número total de pacientes que usaram cateter vesical de demora, a cada dia, por Unidade de Terapia Intensiva, durante o período.</p>
---

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: 2  
 Número de pacientes em uso de cateter vesical - dia: 5.068

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, foram selecionados os prontuários dos pacientes diagnosticados 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	508860	10/07/2024 15:34	26/07/2024 12:51	17/07/2024	✓
2	3463	22/08/2024 13:46	24/09/2024 18:54	25/09/2024	✓

A meta estabelecida para o 56º 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	0,3/1.000	0,39/1.000

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:

<p><b>Ficha Técnica 20</b></p> <p><b>4.1. Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em urgência e emergência</b></p> <p><b>Objetivo:</b> 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.</p> <p><b>Definições:</b> 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.</p>
--

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 setembro/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
<b>Protocolos Assistenciais Interdisciplinares</b>		
Meningite - Atendimento ao Paciente com Suspeita Diagnóstica	24/01/2011	26/09/2024
Tuberculose Pulmonar	17/01/2011	25/07/2024
Dor Torácica	17/01/2011	16/04/2024
Linha do cuidado do acidente vascular cerebral (AVC)	17/02/2011	10/09/2024
Traumatismo Cranioencefálico (TCE) - Atendimento ao paciente	17/01/2011	15/03/2024
Edema Agudo de Pulmão	10/02/2011	21/09/2024
SEPSE - Atendimento aos Pacientes com Suspeita Diagnóstica	21/03/2011	04/12/2023
Hemorragia Digestiva - Atendimento ao Paciente com Suspeita	23/04/2011	06/09/2024
Atendimento ao Paciente Politraumatizado	09/07/2015	12/09/2024
Crise Hipertensiva	21/02/2012	31/08/2024
Prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica - PAV	04/06/2012	24/07/2024
Crise Hipoglicêmica no Paciente com Diabetes Mellitus: Cetoacidose diabética e síndrome hiperglicêmica hiperosmolar	01/10/2012	25/09/2024
Diabetes Mellitus Descompensada: Conduitas nos Pacientes não Críticos	16/11/2012	30/09/2024
Insuficiência Cardíaca	18/09/2012	24/09/2024
Prevenção de Trombolismo Venoso (TEV)	25/02/2013	03/11/2023
Pneumonia Comunitária	01/03/2013	30/09/2024
Insuficiência Hepática Crônica	20/12/2012	30/09/2024
Intoxicação Exógena	18/02/2013	21/04/2023
Insuficiência Respiratória	09/04/2013	27/09/2024
Influenza - Atendimento ao paciente com suspeita diagnóstica	21/06/2013	30/08/2021
Protocolo de Atendimento da Leptospirose	16/08/2013	25/07/2024
Protocolo para Atendimento das Síndromes Colestáticas	22/09/2015	31/08/2023
Dor Abdominal	04/05/2015	14/03/2024
Atendimento ao Paciente com Urolitíase/Litíase Urinária	03/12/2015	01/10/2024
Condução do Paciente com Síndrome de Fournier	03/12/2015	01/10/2024
Condução do Paciente com Orquialgia	03/12/2015	01/10/2024
Condução do Paciente com Priapismo	03/12/2015	01/10/2024
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	11/04/2024
Protocolo de Abuso Sexual	13/12/2010	10/09/2024
<b>Serviço de Controle de Infecção</b>		
Protocolo para doença COVID-19	24/03/2020	08/08/2024
Protocolo de Profilaxia para Tétano Acidental (CID 10:A35)	05/01/2022	25/07/2024
Protocolo de Profilaxia para Raiva Humana	03/05/2022	25/07/2024
Protocolo de Monkeypox	30/05/2022	27/08/2022
<b>Unidade de Internação Adulto</b>		
Manejo do Paciente com Rebaixamento do Nível de Consciência	26/07/2012	12/09/2024

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:

<p><b>Ficha Técnica 21</b></p> <p><b>5.1. Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador</b></p> <p><b>Objetivo:</b> 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.</p> <p><b>Definições:</b> 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.</p> <p><b>Meta:</b> 2 reportes diários contendo a relação de vagas ofertadas pela Unidade Hospitalar e de vagas ocupadas por pacientes encaminhados pelo Complexo Regulador</p>
--

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 julho a setembro/2024. 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 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 CER”

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

## 6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista

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

<b>Ficha Técnica 23</b>
<b>6.1. Percentual de Médicos com Título de Especialista</b>
<b>Objetivos:</b> Acompanhar o percentual de médicos especialistas no Hospital. A maior quantidade de profissionais com título de especialista é indicativa de qualificação do corpo clínico.
<b>Definições:</b> Relação percentual entre o número de médicos com título de especialista e o número de médicos.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de médicos com título de especialista:</b> 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.</li> <li>• <b>Número de médicos:</b> É o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo empregatício.</li> </ul>

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:** 347

**Número de médicos com título de especialista (apenas com residência concluída):** 286

**Número de médicos sem título de especialista:** 61

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.

A meta estabelecida para o 56º 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%	85,3%	82,42%

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
<b>Conclusão da Apuração</b>	
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:

<p><b>Ficha Técnica 24</b></p> <p><b>6.2. Relação Enfermeiro /Leito</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Acompanhar o número de enfermeiros por leito. O atendimento de enfermagem ganha em qualidade quando a relação de enfermeiro/leito atinge uma proporção adequada</p> <p><b>Definições:</b> Relação entre o número de enfermeiros e o número de leitos.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">Nº Enf: = <math display="block">\frac{\text{Somatório do total de dias que cada enf. permaneceu contratado no período}}{\text{Total de dias no período}}</math></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de enfermeiros:</b> É o número total de enfermeiros registrados no COREN, independente do vínculo empregatício e que estejam ligados a área assistencial.</li> <li>• <b>Número de leitos:</b> 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.</li> </ul> <p><b>Não considerar:</b> leitos de recuperação pós-anestésica ou pós-operatória.</p>
--

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 - julho: 6.090  
 Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - agosto: 6.053  
 Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - setembro: 5.934  
 Número total de dias do período: 92  
 Número de leitos: 359

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 56º 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	0,62	0,55

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:

<b>Ficha Técnica 25</b>
<b>6.3. Índice de Atividades de Educação Permanente</b>
<b>Objetivo:</b> Instituir e acompanhar as atividades de educação permanente do hospital. Qualificar a força de trabalho.
<b>Definições:</b> 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:
$\text{N}^\circ \text{ horas diárias: } = \frac{\text{Carga horária mensal prevista}}{30}$
$\text{N}^\circ \text{ horas/homem trab.: } = (\text{Dias func. 1 ficou contratado} \times \text{horas diárias func. 1}) + (\text{Dias func. n ficou contratado} \times \text{horas diárias func. n})$
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de colaboradores ouvintes em todos os cursos do hospital:</b> 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.</li> <li>• <b>Carga horária do curso:</b> 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.</li> <li>• <b>Número de horas/homem trabalhadas:</b> É o número de colaboradores ativos no cadastro do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho.</li> </ul>

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:** 7.891

**Somatório de horas/homem trabalhadas:** 970.579

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 56º 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	8,2/1.000	8,13/1.000

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 julho e setembro ocorreram 9 acidentes de trabalho. Conforme relação de colaboradores ativos, foram obtidos os números a seguir:

Número de funcionários ativos em julho: 1.745  
 Número de funcionários ativos em agosto: 1.771  
 Número de funcionários ativos em setembro: 1.760  
 Número de acidentes de trabalho em julho: 5  
 Número de acidentes de trabalho em agosto: 1  
 Número de acidentes de trabalho em setembro: 3

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

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

A meta estabelecida para o 56º 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%	0,14%	0,14%

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:

<p><b>Ficha Técnica 27</b></p> <p><b>7.1. Prover meios de escuta dos usuários</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Realizar as atividades pertinentes à atenção e atendimento ao usuário, responsável pela organização do sistema de reclamações, sua canalização dentro da instituição e encaminhamento aos órgãos diretivos do hospital.</p> <p><b>Definições:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• As reclamações recebidas devem ser registradas em sistema próprio de registro.</li> <li>• Deve existir também um instrumento de informação aos usuários que lhes dê conhecimento dos procedimentos relativos a queixas, reclamações e sugestões.</li> </ul>
---

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: 61

Total de demandas respondidas em até 10 dias: 61

A meta estabelecida para o 56º 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%	97,6%	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:

<p><b>Ficha Técnica 28</b></p> <p><b>7.2. Avaliação da satisfação do usuário</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Avaliar a opinião dos usuários sobre o atendimento prestado pelo hospital</p> <p><b>Definições:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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.</li> </ul>
---

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 julho a setembro de 2024, por meio do qual obtivemos os seguintes números:

**Total de pesquisas respondidas:** 2.779  
**Total de respostas afirmativas:** 2.711

Para obtenção do total de pacientes internados, recorreremos ao relatório do PGH “PACIENTES”, com filtro = “1” no campo “PACI\_IND\_ENTRADA”, por meio do qual chegamos aos seguintes números:

**Total de pacientes internados:** 4.862

Considerando as definições apresentadas e os números acima, obtemos que as pesquisas foram respondidas por 57,16% dos pacientes de internação, atendendo à primeira parte da meta, que prevê no 6º Termo Aditivo a aplicação das pesquisas para 55% dos pacientes internados. Das pesquisas respondidas, 97,55% representam respostas afirmativas aos questionamentos de satisfação.

A meta estabelecida para o 56º 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%	97,6%	97,55%

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:

<p><b>Ficha Técnica 29</b></p> <p><b>8.1. Implantar e manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa HUMANIZASUS</b></p> <p><b>Objetivo:</b> 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.</p> <p><b>Definições:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Princípios norteadores da Política de Humanização:</b> (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.</li> </ul>
--

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 09/07/2024;

Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 06/08/2024;

Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 10/09/2024;

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 56º 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:

<p><b>Ficha Técnica 30</b></p> <p><b>9.1. Processo de acreditação, em até 24 (vinte e quatro) meses após o início da operação, através de uma das organizações certificadoras</b></p> <p><b>Objetivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
---

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 N° 496-007-993. Adicionalmente, este Verificador Independente consultou no sítio online da ONA ([www.ona.org.br](http://www.ona.org.br)).

A meta estabelecida para o indicador é a Unidade Hospitalar acreditada após 24 meses do início da operação, conforme definição apresentada na Tabela 14 do Anexo 1 ao Termo Aditivo N° 02 ao contrato de Concessão Administrativa N° 030/2010.

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

Tabela 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 Sepsis	4%
			3.8	Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão	4%
			3.9	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	3%
		3.10	Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	3%	
		Gestão da Clínica	4.1	Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência	3%
		Inserção no Sistema de Saúde	5.1	Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador	4%
		Gestão de Pessoas	6.1	Percentual de médicos com Título de Especialista	2%
			6.2	Relação Enfermeiro/Leito	2%
			6.3	Índice de atividade de Educação Permanente	3%
			6.4	Taxa de Acidente de Trabalho	3%
		Controle Social	7.1	Prover Meios de Escuta dos Usuários	3%
			7.2	Percentual de Satisfação do Paciente	3%
		Desempenho Humanização	8.1	Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do programa HUMANIZASUS	4%
		Acreditação	9.1	Manutenção da Acreditação Hospitalar	20%

# Anexos

## Anexo I a XVI – 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 56° 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 – Auditoria dos casos de SEPSE

Solicitações 6 Portal

Connect will be unavailable due to system upgrades between Dec 6 7pm CT - Dec 7 5am CT (Dec 7 02:00 - 12:00 CET; Dec 7 10:00 - 20:00 JST)

### Verificador Independente - Prodal Saú... Aprovado Agosto 2023

Solicitações Tarefas Painel Documentos adicionais Espaço de trabalho Deloitte Calendário Equipe

Status do pedido Vencido Não iniciado Submetido pelo cliente Pedido Aceito Não Aplicável

Solicitações 103

ID	Categoria	Área	Solicitação	Status	Data de V...
0103	Apuração	56° TRI	Solicitamos, por gentileza, o envio da apuração do 56° trimestre, contemplando os indicadores manuais e sistêmicos.	Submetido pelo cliente	10/14/20...

#### Detalhes da solicitação

Arraste e solte seus arquivos ou [Navegar](#)

arquivos

Arquivos a serem baixados

Arquivo ou nome de usuário

Arquivos recentes

**CASOS EXCLUÍDOS DADE POR SEPSE E MESTRE**

por Lins, Cyntia  
47.96 KB

**Lins, Cyntia**

Coordenador do cliente

cyntia.lins@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](http://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](http://www.deloitte.com).

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