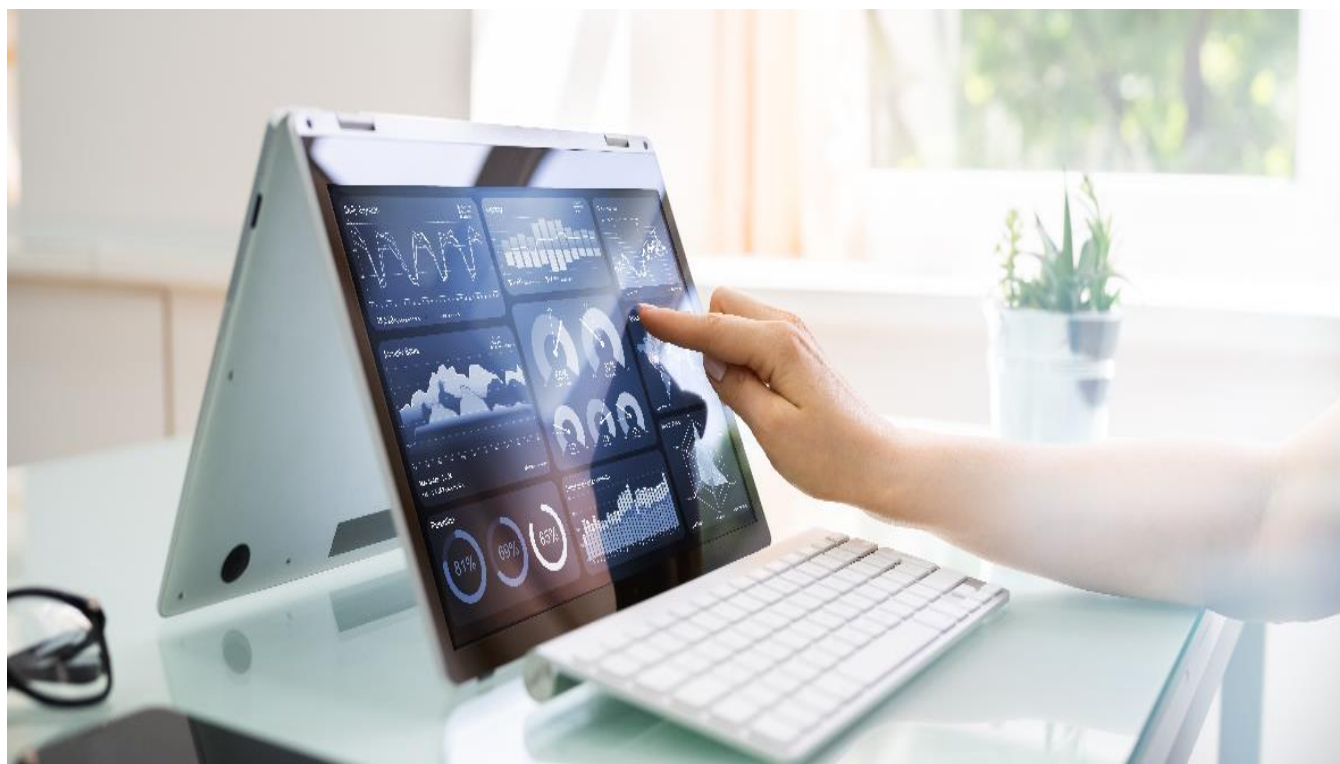




P5.8 - Relatório de Apuração dos Indicadores - 57º Trimestre (01/10/2024 a 31/12/2024)

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, 27 de fevereiro de 2025

À

Diretoria de Gestão em Unidades Consorciadas e em Parceria Público-Privada (DGECOP/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 57º 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 MARCIO
VITALE:11175045810

Paulo M. Vitale

Sócio – Risk Advisory

 Digitally signed by PAULO MARCIO
VITALE:11175045810
Adobe Acrobat Reader version: 2024.005.20399

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	76
Anexos	78

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 57º trimestre da Concessão, tendo como foco os seguintes aspectos:

- Demonstrar o processo de apuração dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de desempenho
- 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, incluindo o último termo assinado (12.o Aditivo).

3. Apuração dos Indicadores

Nesta seção serão apresentados os indicadores apurados para o 57º 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 57º trimestre totalizou R\$ 21.601.342,31, conforme a composição demonstrada na sequência.

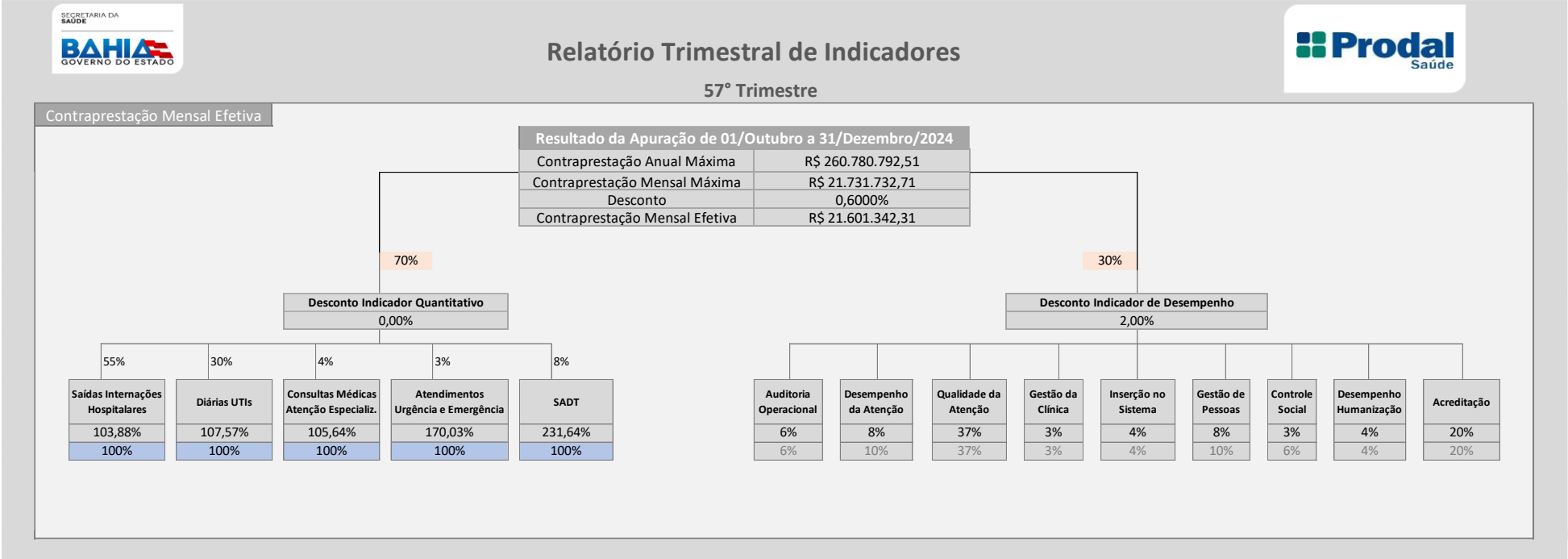


Tabela 1 -Quadro resumo de atendimento dos Indicadores Quantitativos

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Percentual de atendimento apurado (IV)
1.1 Saídas de Internação Hospitalares	3.819	3.949	3.967	103,88%
1.2 Diárias de Unidades de Terapia Intensiva (UTI's)	5.670	6.091	6.099	107,57%
2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada	14.112	14.822	14.908	105,64%
2.2 Atendimentos Urgência e Emergência	3.600	6.121	6.121	170,03%
3.1 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT	24.795	60.530	57.435	231,64%

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

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
Auditoria Operacional				
1.1 Revisão de Prontuários	Realização de reuniões mensais, com registro em ata do número de prontuários analisados, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
1.2 Avaliação e Revisão dos Óbitos	Realização de reuniões mensais, com registro em ata e 80% dos óbitos investigados.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospital - CCIH	Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância	Realização de reuniões mensais com registro em ata e análise crítica dos casos notificados. Ações realizadas, segundo as orientações da rotina implantada.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
1.5 Comissão de Transplante	Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA	Realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
Desempenho da Atenção				
2.1 Intervalo de Substituição	Max. 1 dia	0,6	0,69	✓
2.2 Índice de Renovação	Min. 4,9 saídas/leito	13,2	11,37	✓
2.3 Índice de Resolubilidade na Internação	Min. 90%	73,30%	79,33%	✗
2.4 Taxa de atendimento de usuários em regime de não urgência e emergência	Máx. 10%	0,50%	2,63%	✓
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	Min. 90%	94,00%	92,00%	✓
2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)	Max. 2,3%	0,20%	0,33%	✓
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 – 38,61 min. Exames até 2h – 75,08 min. Exames até 6h – 176,77 min.	AVC – 38,67 min. Exames até 2h – 83,63 min. Exames até 6h – 178,74 min.	✓
Qualidade da Atenção				
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	Max. 20/1.000	5,1/1.000	5,74/1.000	✓
3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto	Max. 4,4/1.000	1,4/1.000	1,7/1.000	✓

Indicador	Meta Trimestre (I)	Reporte da Concessionária (II)	Apuração do Verificador Independente (III)	Atendimento apurado (V)
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional	Max. 6,28%	4,56%	4,97%	✓
3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória	Max. 0,51%	0,0%	0,00%	✓
3.4.A Taxa de Mortalidade no Pós-operatório	Max. 2%	0,63%	0,56%	✓
3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	Max. 10%	9,10%	9,38%	✓
3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Max. 15%	11,20%	11,43%	✓
3.7 Taxa de Mortalidade por Sepsis	Max. 32,2%	29,90%	26,67%	✓
3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito (Lesão por Pressão)	Max. 3,84%	0,8%	2,77%	✓
3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	Max 3,12/1.000	1,2/1.000	0,32/1.000	✓
3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	Max. 1,22/1.000	1,2/1.000	0,77/1.000	✓
Gestão da Clínica				
4.1 Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência	Documentação de protocolo	Protocolos elaborados e implementados	Protocolos elaborados e implementados	✓
Inserção no Sistema de Saúde				
5.1 Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador	Min. 2 reportes diários	Realizados os reportes mínimos diários	Realizados os reportes mínimos diários	✓
Gestão de Pessoas				
6.1 Percentual de médicos com Título de Especialista	Min. 82%	84,37%	77,72%	✗
6.2 Relação Enfermeiro/Leito	Min. 0,62	0,62	0,56	✓

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	6,7/1.000	5,77/1.000	✗
6.4 Taxa de Acidente de Trabalho	Max. 0,30%	0,14%	0,14%	✓
Controle Social				
7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários	100%	100%	100%	✓
7.2 Percentual de Satisfação do Paciente	Min. 55% e 80%	62,70% e 97,5%	35,21% e 98,53%	✗
Desempenho Humanização				
8.1 Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do programa HUMANIZASUS	Realização de pelo menos 3 reuniões trimestrais abordando os 5 temas	Realizadas as reuniões mensais.	Realizadas as reuniões mensais.	✓
Acreditação				
9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar	Acreditação Vigente	Certificado de acreditação vigente	Certificado de acreditação vigente	✓

3.1 Indicadores Quantitativos

A seguir serão apresentados os Indicadores Quantitativos apurados por este Verificador Independente para o 57º 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	787	1.180	170,27%
Clínica Cirúrgica	2.370	2.156	1.780	75,11%
Clínica Pediátrica	465	545	545	117,20%
Clínica Neurológica	345	461	462	133,91%
Regulações não encaminhadas	-54	-	-	-
Total	3.819	3.949	3.967	103,88%
Conclusão da Apuração				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Internação Hospitalar corresponde a 103,88% da meta estabelecida para o 57º 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 54 pacientes autorizados pelo CER sob as codificações SUREM abaixo, mas não encaminhados ao HS:

SUREM	DATA DE CAPTACAO	SUREM	DATA DE CAPTACAO	SUREM	DATA DE CAPTACAO
4199180	01/10/2024 15:01:09	4242937	23/11/2024 10:15:04	4285488	19/12/2024 14:00:57
4197486	01/10/2024 15:21:44	4236133	23/11/2024 10:28:00	4286910	20/12/2024 09:20:58
4203396	04/10/2024 13:22:23	4246735	23/11/2024 18:03:03	4285705	20/12/2024 16:45:42
4203649	04/10/2024 13:28:19	4258128	25/11/2024 08:59:17	4288589	21/12/2024 22:20:19
4203037	08/10/2024 17:16:37	4260420	26/11/2024 15:37:14	4288766	22/12/2024 11:24:30
4209305	09/10/2024 18:43:13	4264972	29/11/2024 15:33:03	4289610	23/12/2024 10:02:07
4201525	10/10/2024 21:54:04	4265714	30/11/2024 11:54:46	4279445	24/12/2024 11:28:07
4212748	13/10/2024 01:58:36	4254622	02/12/2024 12:20:55	4291358	24/12/2024 22:04:40
4216360	16/10/2024 08:52:52	4260813	02/12/2024 21:12:13	4285840	25/12/2024 19:45:21
4217767	17/10/2024 06:30:34	4268501	03/12/2024 09:03:31	4292369	26/12/2024 09:21:07
4237780	06/11/2024 15:56:31	4269790	04/12/2024 08:30:43	4292263	26/12/2024 09:25:38
4238861	07/11/2024 09:25:45	4260009	05/12/2024 10:30:58	4292368	26/12/2024 10:15:54
4238855	07/11/2024 10:22:45	4270310	06/12/2024 08:55:37	4270874	26/12/2024 10:47:52
4235775	09/11/2024 15:14:02	4273546	10/12/2024 13:39:50	4292440	27/12/2024 11:07:34

SUREM	DATA DE CAPTACAO
4254588	20/11/2024 09:02:52
4257597	23/11/2024 09:26:41
4238063	23/11/2024 09:33:00
4250318	23/11/2024 09:36:53

SUREM	DATA DE CAPTACAO
4277746	12/12/2024 08:38:18
4268114	13/12/2024 13:47:59
4282813	16/12/2024 09:16:24
4271658	16/12/2024 14:28:22

SUREM	DATA DE CAPTACAO
4294204	27/12/2024 23:55:18
4295260	31/12/2024 08:51:14
4295426	31/12/2024 10:59:20
4297609	31/12/2024 21:07:07

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	4.442	4.450	109,88%
UTI Pediátrica	810	746	746	92,10%
UTI Adulto Neuro	810	903	903	111,48%
Total	5.670	6.091	6.099	107,57%
Conclusão da Apuração				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Diárias de UTI corresponde a 107,57% da meta estabelecida para o 57º trimestre.				

2.1 Consultas Médicas em Atenção Especializada

Este indicador tem como objetivo avaliar 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: 14.908

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	#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Especialidade	Data da Consulta	Check
1	152637	8	OR	18/11/2024 13:18	✓	31	508954	6	CL	09/12/2024 08:05	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Especialidade	Data da Consulta	Check
2	172763	9	OR	02/10/2024 12:59	✓
3	295265	11	OR	11/11/2024 12:10	✓
4	306237	14	CL	01/11/2024 07:01	✓
5	329078	9	CB	27/12/2024 08:46	✓
6	330014	17	NE	10/10/2024 13:46	✓
7	382256	15	VA	23/12/2024 12:25	✓
8	390547	49	MC	17/10/2024 07:34	✓
9	397400	13	MC	22/10/2024 11:22	✓
10	401908	9	AS	30/10/2024 08:08	✓
11	433455	16	OR	05/12/2024 07:19	✓
12	462596	18	NE	03/12/2024 13:29	✓
13	466547	26	CL	21/10/2024 13:27	✓
14	476200	19	OR	03/10/2024 13:07	✓
15	482420	13	UR	19/12/2024 06:24	✓
16	483972	18	NE	04/12/2024 07:15	✓
17	489057	14	CL	03/12/2024 14:10	✓
18	494488	9	CL	22/10/2024 07:11	✓
19	494616	7	CL	18/11/2024 07:35	✓
20	496792	8	CL	28/11/2024 08:38	✓
21	497226	7	OR	13/12/2024 09:39	✓
22	499211	9	OR	09/12/2024 06:24	✓
23	502276	9	CL	12/11/2024 07:50	✓
24	502296	10	OR	04/11/2024 07:07	✓
25	503857	6	CL	05/12/2024 06:50	✓
26	503885	5	CL	10/12/2024 13:51	✓
27	504040	10	OR	30/12/2024 11:16	✓
28	504699	5	NC	29/10/2024 08:49	✓
29	505583	7	CL	13/12/2024 12:40	✓
30	507832	7	CL	13/11/2024 07:00	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Especialidade	Data da Consulta	Check
32	509385	3	AS	07/11/2024 07:21	✓
33	509905	5	OR	06/12/2024 07:57	✓
34	510412	9	OR	18/11/2024 11:51	✓
35	510417	2	CP	09/10/2024 07:11	✓
36	512846	5	AS	03/10/2024 07:33	✓
37	513428	3	AS	17/10/2024 07:44	✓
38	514589	5	CL	10/12/2024 07:08	✓
39	514742	8	MC	28/10/2024 12:47	✓
40	515138	2	CR	21/10/2024 10:57	✓
41	515820	7	AS	10/12/2024 08:02	✓
42	516212	2	UR	08/10/2024 07:27	✓
43	517150	4	OR	26/11/2024 07:36	✓
44	517917	3	CL	14/10/2024 07:06	✓
45	518742	1	UR	11/10/2024 07:42	✓
46	519060	1	NC	16/10/2024 07:26	✓
47	519247	1	NE	18/10/2024 10:57	✓
48	519461	3	CL	27/10/2024 08:04	✓
49	519551	3	UR	22/11/2024 12:41	✓
50	519676	2	CP	03/12/2024 07:18	✓
51	520097	7	CL	26/11/2024 13:26	✓
52	520296	5	OR	20/12/2024 14:03	✓
53	520890	1	CB	08/11/2024 08:00	✓
54	521165	5	CL	12/12/2024 12:09	✓
55	521497	4	OR	17/12/2024 14:17	✓
56	521745	5	OR	23/12/2024 12:48	✓
57	521828	1	CL	21/11/2024 09:38	✓
58	523716	1	UR	17/12/2024 12:09	✓
59	523878	1	UR	19/12/2024 13:28	✓
60	524167	1	UR	23/12/2024 08:10	✓

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

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

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
14.112	14.822	14.908	105,64%
Conclusão da Apuração			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Consulta em Atenção Especializada corresponde a 105,64% da meta estabelecida para o 57º 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: 6.121

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 60 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos atendimentos.

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

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Data do Atendimento	Check
1	12697	14	08/12/2024 09:41	✓
2	22783	7	24/11/2024 20:53	✓
3	69022	14	28/10/2024 20:03	✓
4	104246	9	09/10/2024 18:36	✓
5	123598	2	31/10/2024 18:24	✓
6	132381	2	22/12/2024 23:11	✓
7	136412	5	26/10/2024 23:30	✓
8	191926	4	18/10/2024 22:02	✓
9	211160	3	31/10/2024 12:26	✓
10	309205	6	03/10/2024 15:14	✓
11	340952	2	05/11/2024 19:28	✓
12	342872	18	04/12/2024 14:20	✓
13	361607	9	30/11/2024 16:58	✓
14	407382	6	09/11/2024 23:41	✓
15	412054	9	02/11/2024 11:19	✓
16	436832	2	24/10/2024 14:47	✓
17	470701	5	08/12/2024 08:22	✓
18	498628	20	20/11/2024 00:16	✓
19	516685	10	14/12/2024 00:29	✓
20	517277	4	06/10/2024 23:41	✓
21	517591	5	26/11/2024 01:44	✓
22	518247	2	04/10/2024 23:36	✓
23	518856	1	12/10/2024 23:22	✓
24	518948	1	14/10/2024 13:09	✓
25	519245	1	18/10/2024 11:05	✓
26	519466	1	21/10/2024 18:31	✓
27	519889	3	31/10/2024 12:54	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Data do Atendimento	Check
31	520747	1	06/11/2024 12:05	✓
32	521002	6	02/12/2024 08:27	✓
33	521013	1	10/11/2024 14:22	✓
34	521030	1	10/11/2024 19:44	✓
35	521247	1	13/11/2024 11:57	✓
36	521297	1	13/11/2024 21:04	✓
37	521470	1	16/11/2024 08:11	✓
38	521498	1	16/11/2024 15:25	✓
39	521631	1	19/11/2024 03:27	✓
40	521797	1	20/11/2024 20:30	✓
41	521803	1	21/11/2024 06:51	✓
42	521903	1	21/11/2024 22:08	✓
43	522529	1	30/11/2024 16:57	✓
44	522647	1	02/12/2024 11:23	✓
45	522736	1	03/12/2024 14:52	✓
46	522744	1	03/12/2024 21:48	✓
47	522798	3	12/12/2024 21:29	✓
48	522817	1	04/12/2024 23:19	✓
49	522892	1	05/12/2024 14:28	✓
50	522893	1	05/12/2024 14:55	✓
51	522984	1	06/12/2024 18:13	✓
52	523086	2	11/12/2024 19:51	✓
53	523098	1	09/12/2024 07:21	✓
54	523278	1	11/12/2024 17:19	✓
55	523376	1	12/12/2024 18:44	✓
56	523454	1	13/12/2024 16:00	✓
57	524031	1	21/12/2024 14:17	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Data do Atendimento	Check
28	520386	1	01/11/2024 17:20	✓
29	520557	1	04/11/2024 11:04	✓
30	520637	1	05/11/2024 10:35	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Data do Atendimento	Check
58	524107	1	22/12/2024 16:24	✓
59	524114	1	22/12/2024 18:31	✓
60	524129	1	22/12/2024 20:49	✓

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	6.121	6.121	170,03%
Conclusão da Apuração			
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Atendimento Urgência e Emergência corresponde a 170,03% da meta estabelecida para o 57º 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: 57.435

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	499042	10	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	05/11/2024	✓
2	46711	12	RADIOGRAFIA DE BRACO	05/11/2024	✓
3	495035	11	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	04/11/2024	✓
4	516366	3	RADIOGRAFIA DE PERNA	05/11/2024	✓
5	518086	1	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	04/11/2024	✓
6	518170	1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	04/11/2024	✓
7	511333	8	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	05/11/2024	✓
8	518317	1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	04/11/2024	✓
9	9400	18	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	04/11/2024	✓
10	518418	1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	04/11/2024	✓
11	454142	8	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	04/11/2024	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Exame	Data do Laudo	Check
12	518535	1	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	04/11/2024	✓
13	518307	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	21/10/2024	✓
14	519015	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	25/10/2024	✓
15	519108	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	27/10/2024	✓
16	39930	29	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	04/11/2024	✓
17	204408	9	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	15/11/2024	✓
18	521833	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	02/12/2024	✓
19	522173	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	04/12/2024	✓
20	522527	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	16/12/2024	✓
21	523147	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	17/12/2024	✓
22	523637	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	23/12/2024	✓
23	451163	11	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	29/12/2024	✓
24	524670	1	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	09/01/2025	✓
25	90748	7	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	08/10/2024	✓
26	518621	2	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	14/10/2024	✓
27	519555	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	22/10/2024	✓
28	520351	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	01/11/2024	✓
29	373563	3	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	18/11/2024	✓
30	459773	2	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	30/11/2024	✓
31	381262	2	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	02/12/2024	✓
32	516907	8	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA)	09/12/2024	✓
33	400634	2	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	13/12/2024	✓
34	523773	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	18/12/2024	✓
35	524390	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	26/12/2024	✓
36	524669	1	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA)	31/12/2024	✓
37	517941	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	08/10/2024	✓
38	518065	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	09/10/2024	✓
39	512516	5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ S/ CONTRASTE	11/10/2024	✓
40	184421	5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	12/10/2024	✓
41	518254	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	12/10/2024	✓
42	518353	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ S/ CONTRASTE	14/10/2024	✓
43	518376	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	14/10/2024	✓
44	493195	5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	09/10/2024	✓
45	518618	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPER	16/10/2024	✓
46	518731	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	11/10/2024	✓
47	518905	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	21/10/2024	✓
48	519046	1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	15/10/2024	✓
49	351776	2	DOSAGEM DE CREATININA	01/10/2024	✓
50	425767	5	DOSAGEM DE UREIA	01/10/2024	✓
51	370638	10	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	01/10/2024	✓
52	518006	1	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	01/10/2024	✓
53	235127	2	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	01/10/2024	✓

#	Paciente (PRON_SEQ)	Sequencial (PACI_SEQ)	Exame	Data do Laudo	Check
54	518003	1	DOSAGEM DE POTASSIO	01/10/2024	✓
55	157522	19	ANTIBIOGRAMA	02/10/2024	✓
56	518018	1	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	02/10/2024	✓
57	518159	1	DOSAGEM DE CREATININA	03/10/2024	✓
58	514626	8	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	03/10/2024	✓
59	518206	1	HEMOCULTURA	04/10/2024	✓
60	501153	5	DOSAGEM DE CREATININA	05/10/2024	✓

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

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

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente	Percentual de Atendimento do Indicador
Laboratório Clínico	17.712	43.469	43.620	246,27%
Radiologia	3.543	10.744	8.068	227,72%
Ultrassonografia	885	517	513	57,97%
Ressonância Magnética	531	409	106	19,96%
Tomografia	2.124	5.391	5.128	241,43%
Total	24.795	60.530	57.435	231,64%
Conclusão da Apuração				
O resultado da apuração dos indicadores quantitativos de Serviço de Apoio Diagnóstico corresponde a 231,64% da meta estabelecida para o 57º trimestre.				

3.2 Indicadores de Desempenho

A seguir serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados por este Verificador Independente para o 57º 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:

- a. 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.
- b. Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 23/10/2024;
- c. Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 27/11/2024;
- d. Ata de Reunião Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente, realizada em 16/12/2024;

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 57º 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 26/2024, de 12 de julho 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 09/10/2024;
- Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 06/11/2024;
- Ata de reunião da Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos, realizada em 04/12/2024;
- Relatório da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos, referente ao período 01/10/2024 a 31/12/2024.

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 57º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de reuniões mensais com registro em ata e relação dos óbitos investigados. Abaixo é apresentada a indicação sobre o atendimento do indicador e a conclusão da apuração:

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

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

1.3 Comissão de Controle de Infecção Hospital - CCIH

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

Ficha Técnica 2

1.3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH

- CCIH**

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

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

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

- a. 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);
- b. Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 30/10/2024;
- c. Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 29/11/2024;
- d. Ata de reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizada em 17/12/2024;
- e. Relatório de Indicadores Epidemiológicos - 1º trimestre Ano: 15 - Período: 01/10/2024 a 31/12/2024.

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 57º 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
Conclusão da Apuração	
Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com a identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância

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

Ficha Técnica 3

1.4. Comitê de Fármaco, tecno e hemo Vigilância

- **Comitê de Farmacovigilância**

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

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

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

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

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

Hemovigilância:

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

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

a. Portaria nº 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 31/10/2024:

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300296345;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300296344;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300296347;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300296333;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300296351;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300297681;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300297667;

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300298282;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300298300;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300298291;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300298296;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300298320;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300298334;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300298341;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300299503;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300299512;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300299505;
- Notificação de saneantes, caixa de perfuro, registro 202410003636;
- Notificação de saneantes, caixa de perfuro, registro 2024105120;
- Notificação de materiais/equipamentos, falha/quebra ao usar, problema na composição/apresentação, registro 2024105118.

c. Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 29/11/2024:

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300302774;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300302805;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300302822;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300302817;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300302834;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300304295;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300304286;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300304269;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300304279;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300305621;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300305616;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300305854;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300305857;
- Notificação de materiais/equipamentos, problema na apresentação/composição, registro 2024005093;
- Notificação de materiais/equipamentos, problema na apresentação/composição, registro 202412000134.

d. Ata de reunião do Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância, realizada em 27/12/2024:

- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300308889;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300309023;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300308884;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300309028;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300309029;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300309030;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300309075;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300309839;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 30030983;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300309077;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300309837;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300309919;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300309916;
- Notificação de materiais/equipamentos, falha/quebra ao usar, problema na composição/apresentação, sem aderência, registro 202412004196;
- Notificação de reação adversa a medicamento, registro 300309945.

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 57º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de reuniões mensais com registro em ata, e análise crítica dos casos notificados.

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

Tabela 14 - Quadro-resumo do indicador “1.4 Comitê de Fármaco, Tecno e Hemo Vigilância”

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

1.5 Comissão de Transplante

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

Ficha Técnica 4 1.5. Comissão de Transplante ▪ Comissão Intra hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT) Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: I - articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado da Bahia (CNCDO/BA), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos; II - identificar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos; III - articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos; IV - organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos; V - garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação; VI - promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos; VII - disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital. Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO): I - avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos; II - definir, juntamente com o diretor médico da Unidade Hospitalar, os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características; III - definir os parâmetros a serem adotados no acompanhamento das metas da contratualização determinadas pela Portaria nº 1.702/GM de 2004, e encaminhar ao gestor local os indicadores de desempenho estabelecidos para o hospital; IV - adotar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado; V - promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; e VI - estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados e encaminhar essas informações a CNCDO.
--

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

- 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);
- Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 18/10/2024.
- Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 08/11/2024.
- Ata de reunião da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgão, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), realizada em 06/12/2024.

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 57º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de reuniões mensais com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

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

Tabela 15 - Quadro-resumo do indicador "1.5 Comissão de Transplante"

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

1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA

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

Ficha Técnica 5 1.6. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho- CIPA ▪ CIPA <u>-Características</u> A CIPA tem suporte legal no artigo 163 da Consolidação das Leis do Trabalho e na Norma Regulamentadora nº 5 (NR 5), aprovada pela Portaria nº 08/99 da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego. A NR 5 trata do dimensionamento, processo eleitoral, treinamento e atribuições da CIPA. As empresas devem constituir Comissão Interna de Prevenção de Acidentes nos estabelecimentos que se enquadrem no Quadro I da NR 5, de acordo com a atividade econômica e o número de empregados. A CIPA deverá ter mandato de um ano e ser assim constituída: - igual número de representantes do empregador (indicados pela empresa) e de representantes dos empregados (eleitos); - o presidente da CIPA deve ser escolhido pela empresa, dentre os membros por ela indicados; - o vice-presidente da CIPA deve ser eleito dentre os representantes eleitos titulares, em eleição de que participam todos os representantes eleitos, inclusive os suplentes; - o secretário da CIPA pode ser escolhido entre os membros da Comissão ou até mesmo ser um funcionário que dela não faça parte, mas seu nome precisa ser necessariamente aprovado por todos os cipeiros, eleitos e indicados <u>- Atuação</u> O objetivo da CIPA é "observar e relatar as condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para reduzir até eliminar o riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos". Sua missão é, portanto, a preservação da saúde e integridade física dos trabalhadores.
--

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

- a. Ata de Posse da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio - CIPA PRODAL SAÚDE- Hospital do Subúrbio - Gestão 2024, realizada em 29/01/2024.
- b. Ata da 6ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA, realizada em 31/10/2024.
- c. Ata da 7ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 29/11/2024.
- d. Ata da 8ª Reunião Ordinária da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA, realizada em 26/12/2024.

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 57º 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: 26.022
Número de Leitos - dia: 28.796
Total de Saídas do Hospital: 3.967

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

Intervalo de Substituição

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

Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)

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

Tempo Médio de Permanência (TMP)

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

TOH: 0,9037 TMP: 6,5596
Intervalo de Substituição: 0,69 dia

A meta estabelecida para o 57º 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	0,6 dia	0,69 dia

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

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

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

2.2 Índice de Renovação

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

2.2. Índice de Renovação

Objetivo: Acompanhar quantos Clientes ocuparam o mesmo leito no período

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

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

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

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

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

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

Número de Leitos Operacionais: 349

Total de Saídas do Hospital: 3.967

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 57º 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	13,2	11,37 saídas/leito

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

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

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

2.3 Índice de Resolubilidade da Internação

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

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

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

Total de saídas em até 5 dias: 2.375

Número de Saídas (sem passagem pela UTI): 3.013

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 57º 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%	73,3%	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	✖ 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: 161

Classificação Azul: 11

Classificação Verde: 150

Número total de atendimentos médicos no Serviço de Urgência e Emergência: 6.121

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

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

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

A meta estabelecida para o 57º 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%	0,5%	2,63%

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

Tabela 25 - Resultado de apuração do indicador "2.4 Taxa de atendimento dos usuários em regime de não urgência e emergência"

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

2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência

Conforme termos definidos na Ficha Técnica 10 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 do Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, este indicador visa avaliar a agilidade da equipe de saúde no encaminhamento e no atendimento dos clientes portadores de patologias que exigem intervenção cirúrgica em regime de emergência. Vide Ficha Técnica abaixo:

Ficha Técnica 10
2.5. Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência
Objetivo: Avaliar a agilidade da equipe de saúde no encaminhamento e no atendimento dos Clientes portadores de patologias que exigem intervenção cirúrgica em regime de emergência.
Definição: Relação de tempo entre a notificação da necessidade de cirurgia e o início do procedimento anestésico, em todas as cirurgias classificadas como de emergência.

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

Total (Início Proced. Anestésico - Notif. Cirúrgica) ≤ 60 min: 89

Total de Cirurgias de Emergência: 97

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)	
29652	142144	520724	E	06/11/2024 15:15	06/11/2024 17:00	104,18
29561	141704	519920	E	27/10/2024 13:10	27/10/2024 14:45	95,00
29597	141885	520226	E	31/10/2024 04:30	31/10/2024 05:45	74,37

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)	
29911	143468	523015	E	07/12/2024 14:32	07/12/2024 15:45	72,45
29429	140954	518552	E	09/10/2024 02:17	09/10/2024 03:30	72,42
29843	143150	387943	E	29/11/2024 21:44	29/11/2024 22:55	70,35
29725	142570	35967	E	16/11/2024 17:39	16/11/2024 18:45	65,62
29621	141996	520462	E	03/11/2024 10:39	03/11/2024 11:45	65,37

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 30 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	520958	142277	09/11/2024	✓
2	524667	144343	31/12/2024	✓
3	519491	141468	22/10/2024	✓
4	519843	141714	27/10/2024	✓
5	520958	142277	09/11/2024	✓
6	80657	142882	24/11/2024	✓
7	465438	144123	24/12/2024	✓
8	387943	143150	29/11/2024	✓
9	517288	141397	19/10/2024	✓
10	518364	141809	29/10/2024	✓
11	522504	144001	19/12/2024	✓
12	516385	140806	05/10/2024	✓
13	522545	143438	06/12/2024	✓
14	524496	144336	31/12/2024	✓
15	519843	141769	28/10/2024	✓
16	519843	141714	27/10/2024	✓
17	519053	141598	24/10/2024	✓
18	523040	143578	10/12/2024	✓
19	522532	143277	03/12/2024	✓
20	463054	141284	16/10/2024	✓
21	517610	140783	04/10/2024	✓
22	518432	141060	11/10/2024	✓
23	520724	142144	06/11/2024	✓
24	519920	141704	27/10/2024	✓
25	520226	141885	31/10/2024	✓
26	523015	143468	07/12/2024	✓
27	518552	140954	09/10/2024	✓
28	523133	143529	09/12/2024	✓
29	35967	142570	16/11/2024	✓
30	520462	141996	03/11/2024	✓

A meta estabelecida para o 57º 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%	94%	92%

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

Tabela 29 - Resultado da apuração do indicador “2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência”

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

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

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

Ficha Técnica 11
2.6. Taxa de Reingresso na UTI- Adulto durante a mesma internação.
Objetivo: Acompanhar as reinternações na UTI – Adulto em até 24 horas após alta
Definição: Relação percentual entre o número de reingressos na UTI - Adulto, em até 24 horas após alta e o número de saídas da UTI - Adulto no mesmo período,
• Número de reingresso na UTI Adulto, em até 24h pós alta: É o número de reingressos nas UTI Adulto, inclusive em outros hospitais, em até 24 horas após a alta. • Número de saídas da UTI Adulto: É o número total de saídas das UTI (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta ou óbito).

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

Número de reingressos na UTI adulto em até 24h: 4

Número de saídas da UTI Adulto: 1.210

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 4 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)
519559	2	25/10/2024 15:09	26/10/2024 12:45	21,59	UTI Adulto Cirúrgica
521718	2	03/12/2024 16:40	04/12/2024 11:53	19,21	UTI Adulto 1 e 2
522077	2	26/11/2024 17:07	27/11/2024 08:59	15,87	UTI Adulto Cirúrgica
522916	3	12/12/2024 10:21	12/12/2024 21:04	10,72	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	
519559	2	23/10/2024 14:43	UTI Adulto 1 e 2	25/10/2024 15:09	
519559	2	25/10/2024 15:09	Internação Adulto Terreo	26/10/2024 12:45	
519559	2	26/10/2024 12:45	UTI Adulto Cirúrgica	01/11/2024 20:36	Reingresso < 24h
521718	2	01/12/2024 18:17	UTI Adulto 1 e 2	03/12/2024 16:40	
521718	2	03/12/2024 16:40	Internação Adulto Terreo II	04/12/2024 11:53	
521718	2	04/12/2024 11:53	UTI Adulto 1 e 2	08/12/2024 14:37	Reingresso < 24h
522077	2	24/11/2024 15:30	UTI Adulto 1 e 2	26/11/2024 17:07	
522077	2	26/11/2024 17:07	Internação Adulto Terreo	27/11/2024 07:48	
522077	2	27/11/2024 07:48	Internamento REA	27/11/2024 08:59	
522077	2	27/11/2024 08:59	UTI Adulto Cirúrgica	02/12/2024 10:07	Reingresso < 24h
522916	3	09/12/2024 12:38	UTI Adulto 3	12/12/2024 10:21	
522916	3	12/12/2024 10:21	Internação Adulto I	12/12/2024 14:57	
522916	3	12/12/2024 14:57	Internação Adulto II	12/12/2024 21:04	
522916	3	12/12/2024 21:04	UTI Adulto 1 e 2	19/12/2024 10:51	Reingresso < 24h

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 27 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	2344209	16/11/2024 13:20	✗

#	Paciente	Data do reingresso	Avaliação
2	2958313	25/10/2024 18:54	✖
3	34287217	11/11/2024 20:37	✖
4	37237	28/12/2024 21:44	✖
5	38263423	06/11/2024 22:17	✖
6	47251125	04/12/2024 17:39	✖
7	48274014	17/12/2024 18:15	✖
8	5103637	31/10/2024 23:35	✖
9	5135474	10/10/2024 20:33	✖
10	5157634	30/09/2024 16:42	✖
11	5177534	11/10/2024 11:38	✖
12	5181602	03/10/2024 18:19	✖
13	5192642	25/11/2024 22:57	✖
14	5195592	23/10/2024 14:43	✔
15	5197984	16/11/2024 22:46	✖
16	5198903	29/10/2024 01:48	✖
17	5201503	05/11/2024 00:00	✖
18	5201712	31/10/2024 16:37	✖
19	5202832	04/11/2024 13:10	✖
20	5203932	01/11/2024 22:00	✖
21	5214162	17/11/2024 18:43	✖
22	5217182	01/12/2024 18:17	✔
23	5217972	21/11/2024 14:21	✖
24	5220772	24/11/2024 15:30	✔
25	5229163	09/12/2024 12:38	✔
26	5234792	14/12/2024 05:11	✖
27	5245042	28/12/2024 16:24	✖

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 relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias. A meta estabelecida para o 57º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 2,3%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

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

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 2,3%	0,2%	0,33%

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

Tabela 34 - Resultado da apuração do indicador “2.6 Taxa de Reingresso nas UTIs Adulto durante a mesma Internação (24h)”

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

2.7 Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura

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

Ficha Técnica 34

2.7 Taxa de realização de checklist de cirurgia segura.

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

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

Detalhamento da Fórmula de Cálculo:

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

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

Meta: 100%

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

Número de checklists de cirurgias seguras realizados: 628
Número total de cirurgias realizados dentro de Centro Cirúrgico: 628

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

Taxa de Realização de checklist de cirurgia segura

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

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

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

#	PRON_SEQ	Checklist	Data do Procedimento	Check
1	517935	294292	01/10/2024	✓
2	518018	294444	02/10/2024	✓
3	518093	294662	03/10/2024	✓
4	518205	294809	04/10/2024	✓
5	470933	294985	06/10/2024	✓
6	518267	294907	06/10/2024	✓
7	518470	295266	08/10/2024	✓
8	139494	295286	08/10/2024	✓
9	258422	295422	09/10/2024	✓

#	PRON_SEQ	Checklist	Data do Procedimento	Check
31	520633	300073	10/11/2024	✓
32	520995	300146	10/11/2024	✓
33	521108	300499	12/11/2024	✓
34	521105	300447	13/11/2024	✓
35	126826	300942	15/11/2024	✓
36	484348	301036	16/11/2024	✓
37	519341	301372	19/11/2024	✓
38	521627	301362	19/11/2024	✓
39	521616	301754	21/11/2024	✓

#	PRON_SEQ	Checklist	Data do Procedimento	Check
10	518608	295548	10/10/2024	✓
11	518450	295947	12/10/2024	✓
12	518841	295995	13/10/2024	✓
13	463054	296423	15/10/2024	✓
14	519015	296556	16/10/2024	✓
15	519199	296729	18/10/2024	✓
16	519297	296915	19/10/2024	✓
17	518388	297065	21/10/2024	✓
18	464226	297240	21/10/2024	✓
19	479194	297563	23/10/2024	✓
20	519654	297643	24/10/2024	✓
21	519837	297991	26/10/2024	✓
22	519909	298072	27/10/2024	✓
23	200655	298311	29/10/2024	✓
24	517629	298485	30/10/2024	✓
25	520296	298786	01/11/2024	✓
26	520427	298975	02/11/2024	✓
27	517720	299237	04/11/2024	✓
28	520384	299136	04/11/2024	✓
29	520668	299575	06/11/2024	✓
30	520782	299659	07/11/2024	✓

#	PRON_SEQ	Checklist	Data do Procedimento	Check
40	521228	301795	21/11/2024	✓
41	510695	302090	23/11/2024	✓
42	88053	302131	23/11/2024	✓
43	99915	302234	25/11/2024	✓
44	1477	302444	25/11/2024	✓
45	521209	302631	27/11/2024	✓
46	521653	302773	27/11/2024	✓
47	522409	303061	29/11/2024	✓
48	522532	303310	02/12/2024	✓
49	444291	303705	04/12/2024	✓
50	522822	303895	05/12/2024	✓
51	523046	304294	08/12/2024	✓
52	442596	304635	10/12/2024	✓
53	523237	304946	12/12/2024	✓
54	523525	305267	15/12/2024	✓
55	138107	305547	17/12/2024	✓
56	523859	305951	19/12/2024	✓
57	524093	306256	22/12/2024	✓
58	524197	306505	24/12/2024	✓
59	524401	306865	27/12/2024	✓
60	74412	307093	29/12/2024	✓

A meta estabelecida para o 57º 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 prescritor até a disponibilização do laudo no sistema.

Detalhamento da Fórmula de Cálculo:

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

Meta:

Até 45 min para AVC.

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

Até 6 horas, para os demais casos.

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

Total de exames de Tomografia para AVC: 96, em 3.712,2 minutos – média de 38,67 minutos

Total de exames de Tomografia para Politrauma, TCE, Abdômen Agudo Obstrutivo, Embolia Pulmonar e Dissecção de aorta: 83, em 6.941,27 minutos – média de 83,68 minutos.

Total de exames de Tomografia para demais casos: 2.764, em 494.044 minutos – média de 178,74 minutos

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

Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 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	3680735	31/10/2024 16:24	01/11/2024 05:20	✓
2	5223721	28/11/2024 11:57	28/11/2024 13:40	✓
3	5235341	15/12/2024 07:18	15/12/2024 08:49	✓
4	5219561	22/11/2024 12:58	22/11/2024 14:25	✓
5	5170513	04/12/2024 12:01	04/12/2024 13:25	✓
6	424822	23/10/2024 19:05	23/10/2024 20:18	✓
7	175824	17/11/2024 10:19	17/11/2024 11:24	✓
8	5234721	13/12/2024 23:34	14/12/2024 00:36	✓
9	1129422	30/10/2024 18:52	30/10/2024 19:52	✓
10	4120546	13/10/2024 13:03	13/10/2024 14:02	✓
11	5229601	06/12/2024 12:56	06/12/2024 13:51	✓
12	5244751	27/12/2024 14:55	27/12/2024 15:45	✓
13	5215481	17/11/2024 22:06	17/11/2024 22:54	✓
14	5222921	27/11/2024 10:57	27/11/2024 11:45	✓
15	6585716	06/10/2024 10:55	06/10/2024 11:42	✓

#	Paciente	Solicitação do exame	Emissão do laudo	Avaliação
16	4116544	08/11/2024 09:49	08/11/2024 10:34	✓
17	1381677	07/10/2024 21:05	07/10/2024 21:49	✓
18	5235231	14/12/2024 22:40	14/12/2024 23:22	✓
19	5232881	11/12/2024 22:05	11/12/2024 22:47	✓
20	5233911	12/12/2024 22:30	12/12/2024 23:11	✓
21	5226681	02/12/2024 17:01	02/12/2024 17:42	✓
22	5206071	04/11/2024 22:13	04/11/2024 22:53	✓
23	4339373	14/10/2024 23:33	15/10/2024 00:12	✓
24	5181901	03/10/2024 21:05	03/10/2024 21:44	✓
25	32106410	27/11/2024 18:02	27/11/2024 18:39	✓
26	5234791	14/12/2024 01:48	14/12/2024 02:23	✓
27	5222691	26/11/2024 19:21	26/11/2024 19:56	✓
28	4015793	25/11/2024 21:24	25/11/2024 21:59	✓
29	3938282	26/11/2024 22:55	26/11/2024 23:30	✓
30	5203081	31/10/2024 21:47	31/10/2024 22:21	✓
31	2847212	06/10/2024 07:36	07/10/2024 15:14	✓
32	5230421	07/12/2024 23:19	08/12/2024 09:21	✓
33	5222841	27/11/2024 09:17	27/11/2024 16:37	✓
34	5224081	29/11/2024 04:11	29/11/2024 07:07	✓
35	5199661	28/10/2024 00:05	28/10/2024 02:23	✓
36	5210341	10/11/2024 23:02	11/11/2024 00:59	✓
37	5215331	17/11/2024 15:01	17/11/2024 16:44	✓
38	5189071	13/10/2024 23:56	14/10/2024 01:37	✓
39	5245781	30/12/2024 01:30	30/12/2024 03:02	✓
40	5182021	04/10/2024 04:43	04/10/2024 06:11	✓
41	5240661	21/12/2024 21:52	21/12/2024 23:15	✓
42	1029725	31/12/2024 07:43	31/12/2024 09:03	✓
43	5223031	27/11/2024 13:24	27/11/2024 14:41	✓
44	5225911	01/12/2024 17:48	01/12/2024 18:58	✓
45	2136596	14/12/2024 22:33	14/12/2024 23:42	✓
46	5183871	07/10/2024 03:19	07/10/2024 04:27	✓
47	5244321	27/12/2024 09:27	27/12/2024 10:35	✓
48	5191221	16/10/2024 20:44	16/10/2024 21:51	✓
49	5222551	26/11/2024 16:21	26/11/2024 17:26	✓
50	5183421	06/10/2024 09:17	Exame não realizado	⊘
51	48725910	24/10/2024 18:46	29/10/2024 15:23	✓
52	5136663	20/10/2024 11:22	22/10/2024 21:33	✓
53	5240681	21/12/2024 22:40	23/12/2024 18:42	✓
54	4217552	07/12/2024 16:13	09/12/2024 09:24	✓
55	5196961	24/10/2024 19:08	26/10/2024 08:43	✓
56	1465577	08/10/2024 16:02	Exame não realizado	⊘
57	5188411	12/10/2024 17:03	Exame não realizado	⊘
58	5189051	13/10/2024 21:49	Exame não realizado	⊘
59	5210791	11/11/2024 10:45	Exame não realizado	⊘
60	5241191	22/12/2024 22:24	Exame não realizado	⊘

Conforme apontado no Check “⊘”, em análise de prontuário realizado entre os dias 07/02/2025 e 10/02/2025, 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.

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 dissecação de aorta. Até 6 horas, para os demais casos.	AVC – 38,61 min. Exames até 2h – 75,08 min. Exames até 6h – 176,77 min.	AVC – 38,67 min. Exames até 2h – 83,63 min. Exames até 6h – 178,74 min.

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

Tabela 40 - Resultado da apuração do indicador “2.8 Tempo Médio de Resposta Exames de Tomografia”

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

3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto

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

Ficha Técnica 12

3.1. Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto

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

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

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

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

Número de episódios de infecção hospitalar: 35

Número de pacientes/dia: 6.099

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

Densidade Global de Infecção Hospitalar na UTI Adulto

=
$$\frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Número de pacientes/dia}}$$

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

Tabela 41 - Registro dos casos de infecção hospitalar adquiridos após 72 horas de admissão na UTI adulto

Identificação do paciente	Registro da infecção	Data diagnóstica 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)
11118	517610	01/10/2024	26/09/2024 21:26	Infecção do trato respiratório inferior
11130	399691	03/10/2024	20/09/2024 14:47	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
11088	516654	03/10/2024	26/09/2024 00:00	Infecção do trato urinário
11113	516654	03/10/2024	26/09/2024 00:00	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
11112	517330	07/10/2024	30/09/2024 00:00	Infecção do trato respiratório inferior
11123	518301	09/10/2024	05/10/2024 10:32	Infecção do trato respiratório inferior
11103	460526	10/10/2024	24/09/2024 00:00	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
11135	138167	14/10/2024	08/10/2024 03:39	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
11119	514626	14/10/2024	03/10/2024 23:38	Infecção do trato respiratório inferior
11127	138167	15/10/2024	08/10/2024 03:39	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
11126	515975	16/10/2024	20/09/2024 00:00	Infecção do trato respiratório inferior
11129	166266	17/10/2024	10/10/2024 15:45	Infecção do trato respiratório inferior
11137	342872	18/10/2024	06/10/2024 20:06	Infecção de sítio cirúrgico
11136	457461	23/10/2024	13/10/2024 20:45	Infecção do trato urinário
11124	3463	27/10/2024	18/09/2024 00:00	Infecção do trato respiratório inferior
11138	519624	27/10/2024	23/10/2024 18:33	Infecção do trato urinário
11139	83906	30/10/2024	08/10/2024 22:16	Infecção do trato urinário
11166	245617	02/11/2024	19/10/2024 23:12	Infecção do trato respiratório inferior
11151	515876	03/11/2024	10/10/2024 17:28	Infecção do trato respiratório inferior
11153	248585	08/11/2024	27/10/2024 16:51	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
11172	519264	09/11/2024	18/10/2024 15:01	Infecção do trato urinário
11175	520607	09/11/2024	05/11/2024 01:29	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
11150	519920	11/11/2024	27/10/2024 10:42	Infecção do trato urinário
11160	520415	20/11/2024	02/11/2024 02:46	Infecção do trato respiratório inferior
11171	521472	23/11/2024	17/11/2024 00:34	Infecção do trato respiratório inferior
11159	521791	26/11/2024	20/11/2024 18:12	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
11200	516969	01/12/2024	03/11/2024 12:45	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
11189	522062	02/12/2024	24/11/2024 20:45	Infecção do trato respiratório inferior
11181	522105	09/12/2024	27/11/2024 18:29	Infecção do trato urinário
11206	418124	16/12/2024	03/10/2024 14:57	Infecção do trato respiratório inferior
11205	520070	16/12/2024	29/10/2024 17:38	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
11194	522740	17/12/2024	04/12/2024 12:46	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
11202	523661	21/12/2024	16/12/2024 18:39	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
11209	517910	26/12/2024	01/10/2024 04:16	Infecção do trato urinário
11197	523830	26/12/2024	20/12/2024 01:48	Infecção do trato urinário

A meta estabelecida para o 57º 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	5,1/1.000	5,74/1.000

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

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

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

3.2 Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto

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

Ficha Técnica 13 3.2. Densidade de Infecção Hospitalar associada a Venoso Central (“CVC”). Objetivo: Acompanhar a ocorrência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea na UTI Adulto, por utilização de Cateter Venoso Central. Definição: Relação entre o número de episódios de infecções em corrente sanguínea e o número de CVC - dia, no período. O numerador do indicador em questão deve contabilizar o número de infecções de corrente sanguínea adquirida após a utilização de CVC apenas na UTI Adulto, excluindo-se os pacientes de todo o Hospital. • Número de episódios de infecção de corrente sanguínea: É o número de infecções de corrente sanguínea adquirida após a utilização de CVC na UTI Adulto, que se manifesta durante a internação ou após 48h da retirada do cateter. É coletado através de busca ativa entre os Clientes Internados, utilizando como pistas resultados de hemoculturas, solicitação de antibióticos e presença de sinais clínicos de infecção. Utiliza-se a definição de infecção de corrente sanguínea recomendada pelo Ministério da Saúde. Caso seja necessário, é realizada a revisão do prontuário. • Número de CVC - dia: Total dos dias de uso de Cateter Venoso Central por Cliente no mês. Registrar diariamente o número de CVC nos Clientes na UTI adulto, caso o Cliente possua mais de um CVC, contar apenas uma vez. Cada dia de procedimento invasivo é contado a partir das 00h01minh. São considerados CVC: intracath, duplo lúmen, triplo lúmen, cateter de Swan Ganz, Hickman, Portocath, cateter umbilical, PICC.

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

Número de episódios de IPCS por CVC: 11

Número de CVC/dia: 6.377

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

Densidade de Infecção Associada a CVC na UTI Adulto

=

Número de episódios de ITU pós utilização de CVC

Número de CVC-dia

Abaixo, o registro dos 11 casos de infecção da corrente sanguínea em pacientes da UTI que utilizaram CVC no período:

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

Identificação do paciente	Registro da infecção	Data de diagnóstico da infecção	Data do primeiro uso de CATETECEN	Cód. Da infecção	Descrição da infecção
(INHO_PRO N_SEQ)	(INHO_SEQ)	(INHO_DTHR)	(Min of CPPI_CPPC_DT)	INHO_RE CN_REGI STRO	(SIPR_DESC_COMPLETA)
399691	11130	03/10/2024	01/10/2024	28823	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
516654	11113	03/10/2024	01/10/2024	24137	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
460526	11103	10/10/2024	01/10/2024	22132	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
138167	11135	14/10/2024	08/10/2024	43317	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
138167	11127	15/10/2024	08/10/2024	43317	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
248585	11153	08/11/2024	27/10/2024	33403	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
521791	11159	26/11/2024	20/11/2024	31867	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
522408	11204	02/12/2024	29/11/2024	31289	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
520070	11205	16/12/2024	29/10/2024	35236	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
522740	11194	17/12/2024	04/12/2024	35596	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
523661	11202	21/12/2024	16/12/2024	41602	Infecção Primária da Corrente Sanguínea

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 11 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	399691	03/10/2024	01/10/2024	✓
2	516654	03/10/2024	01/10/2024	✓
3	460526	10/10/2024	01/10/2024	✓
4	138167	14/10/2024	08/10/2024	✓
5	138167	15/10/2024	08/10/2024	✓
6	248585	08/11/2024	27/10/2024	✓
7	521791	26/11/2024	20/11/2024	✓
8	522408	02/12/2024	29/11/2024	✓
9	520070	16/12/2024	29/10/2024	✓
10	522740	17/12/2024	04/12/2024	✓
11	523661	21/12/2024	16/12/2024	✓

A meta estabelecida para o 57º 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	1,4/1.000	1,7/1.000

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: 197

Total de saídas das unidades de internação: 3.967

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 57º 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%	4,56%	4,97%

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

Tabela 49 - Resultado da apuração do indicador "3.3 Taxa de Mortalidade Institucional"

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

3.4 Taxa de Mortalidade Transoperatória

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

Ficha Técnica 15 3.4. Taxa de Mortalidade transoperatória Objetivo: Acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico, até a saída do paciente do CRPA. Definição: Relação percentual entre o número de óbitos durante o ato cirúrgico, no período(até a saída do paciente do CRPA) e o número total de atos cirúrgicos, em determinado período. $TxMO = \frac{NOAC}{TAC} \times 100$ Legenda: NOAC = Número de Óbitos ocorridos durante o Ato cirúrgico, até a saída do paciente do CRPA TAC = Total de Atos Cirúrgicos no mesmo período Número de óbitos transoperatórios: É o número total de óbitos ocorridos no mês, durante o ato cirúrgico, até a saída do paciente do CRPA, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambientes cirúrgicos. Número de cirurgias realizadas: Número total de cirurgias do mês efetuadas em ambiente cirúrgico. É coletado mensalmente através de planilha preenchida no centro cirúrgico. São contabilizadas por Clientes e não por procedimentos, isso ocorre devido a alguns Clientes sofrerem em um ato cirúrgico mais de um procedimento.
--

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

Número de óbitos transoperatórios: 0

Total de cirurgias realizadas: 2.697

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 17 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	93691	23/11/2024 10:03	23/11/2024 01:00	⊗
2	329080	20/10/2024 23:11	20/10/2024 22:15	⊗
3	522852	08/12/2024 00:15	07/12/2024 23:05	⊗
4	523085	12/12/2024 21:40	12/12/2024 18:37	⊗
5	524068	22/12/2024 12:48	22/12/2024 07:30	⊗
6	410329	18/12/2024 04:42	17/12/2024 22:45	⊗
7	522545	06/12/2024 20:47	06/12/2024 13:15	⊗
8	129763	23/12/2024 06:28	22/12/2024 19:10	⊗
9	520515	04/11/2024 19:05	04/11/2024 06:00	⊗
10	523949	26/12/2024 07:00	25/12/2024 16:05	⊗
11	522150	27/11/2024 17:06	27/11/2024 01:00	⊗
12	518810	13/10/2024 05:54	12/10/2024 13:00	⊗
13	490125	09/12/2024 10:58	08/12/2024 17:22	⊗
14	519656	25/10/2024 00:27	24/10/2024 04:49	⊗
15	516701	06/12/2024 07:45	05/12/2024 11:10	⊗
16	518432	12/10/2024 06:50	11/10/2024 09:20	⊗
17	524401	28/12/2024 15:23	27/12/2024 17:00	⊗

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 meta estabelecida para o 57º 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%	0%

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:

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

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

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

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

Legenda:

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

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

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

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

Número de óbitos pós-operatórios: 17

Total de cirurgias realizadas: 2.697

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 17 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	93691	23/11/2024 10:03	23/11/2024 01:00	✓
2	329080	20/10/2024 23:11	20/10/2024 22:15	✓
3	522852	08/12/2024 00:15	07/12/2024 23:05	⊘
4	523085	12/12/2024 21:40	12/12/2024 18:37	✓
5	524068	22/12/2024 12:48	22/12/2024 07:30	✓
6	410329	18/12/2024 04:42	17/12/2024 22:45	✓
7	522545	06/12/2024 20:47	06/12/2024 13:15	✓
8	129763	23/12/2024 06:28	22/12/2024 19:10	✓
9	520515	04/11/2024 19:05	04/11/2024 06:00	✓
10	523949	26/12/2024 07:00	25/12/2024 16:05	✓
11	522150	27/11/2024 17:06	27/11/2024 01:00	⊘
12	518810	13/10/2024 05:54	12/10/2024 13:00	✓
13	490125	09/12/2024 10:58	08/12/2024 17:22	✓
14	519656	25/10/2024 00:27	24/10/2024 04:49	✓
15	516701	06/12/2024 07:45	05/12/2024 11:10	✓
16	518432	12/10/2024 06:50	11/10/2024 09:20	✓
17	524401	28/12/2024 15:23	27/12/2024 17:00	✓

Conforme demonstrado acima, a partir da análise de prontuários, foram confirmados apenas 15 óbitos no pós-operatório, os demais enquadram-se nas seguintes situações:

- Os 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.

Abaixo, o registro dos 15 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)
93691	O	23/11/2024 01:00	23/11/2024 10:03	9,1
329080	O	20/10/2024 22:15	20/10/2024 23:11	0,9
523085	O	12/12/2024 18:37	12/12/2024 21:40	3,1
524068	O	22/12/2024 07:30	22/12/2024 12:48	5,3
410329	O	17/12/2024 22:45	18/12/2024 04:42	6,0
522545	O	06/12/2024 13:15	06/12/2024 20:47	7,5
129763	O	22/12/2024 19:10	23/12/2024 06:28	11,3
520515	O	04/11/2024 06:00	04/11/2024 19:05	13,1
523949	O	25/12/2024 16:05	26/12/2024 07:00	14,9
523085	O	12/12/2024 18:37	12/12/2024 21:40	3,1
518810	O	12/10/2024 13:00	13/10/2024 05:54	16,9
490125	O	08/12/2024 17:22	09/12/2024 10:58	17,6
519656	O	24/10/2024 04:49	25/10/2024 00:27	19,6
516701	O	05/12/2024 11:10	06/12/2024 07:45	20,6
518432	O	11/10/2024 09:20	12/10/2024 06:50	21,5

Dados os registros acima, concluímos pelo seguinte resultado:

Número de óbitos pós-operatórios: 15
Total de cirurgias realizadas: 2.697

A meta estabelecida para o 57º 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%	0,63%	0,56%

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

Tabela 55 - Resultado da apuração do indicador “3.4A Taxa de Mortalidade Pós-operatória”

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

3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio

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

Ficha Técnica 16

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

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

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

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

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

Número de óbitos por IAM: 5
Total de saídas de pacientes com IAM: 32

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

Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 5 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 decorreram de IAM:

Identificação Atendimento		CID			Data/hora internação	de	Data/hora do óbito	Data de nascimento	de	Check
(CIPA_PACI_ PRON_SEQ)	(CIPA_PACI_SEQ)	CIPA_CIDD_CO D	CIPA_INDD_PRI NCIPAL	CIPA_INDD_ENTRADA_SA IDA	MOPA_DT_ENTRADA		PACI_DT_ALTA_MEDICA	PRON_DT_NASC		
139419	30	I21	S	S	08/12/2024 00:06		09/12/2024 00:56	09/05/1955		✓

Identificação Atendimento	(CIPA_P ACI_SE Q)	CID			Data/hora internação	Data/hora do óbito	Data nascimento	Check
		CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA				
(CIPA_PACI_ PRON_SEQ)					MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDICA	PRON_DT_NASC	
387537	4	I219	S	S	07/12/2024 00:00	13/12/2024 11:18	28/12/1973	✓
517763	4	I21	S	S	10/10/2024 00:00	14/10/2024 11:17	25/03/1940	✗
521397	2	I219	S	S	14/11/2024 22:39	30/11/2024 21:04	11/04/1943	✓
522037	2	I219	S	S	23/11/2024 20:45	29/11/2024 17:34	01/01/1951	✗

Conforme demonstrado acima, a partir da análise de prontuários, foram confirmados apenas 3 óbitos por IAM, tendo em vista que os demais registros sob Check “✗” correspondem a óbitos motivados por AVC Isquêmico e Choque Cardiogênico, apesar de terem sido registrados no sistema PGH como Infarto Agudo do Miocárdio.

Abaixo, o registro dos 3 óbitos ocorridos por IAM entre pacientes maiores de 18 anos, internado há mais de 24 horas:

Tabela 56 - Registro dos óbitos ocorridos por infarto agudo do miocárdio (IAM), entre pacientes maiores de 18 anos, internados há mais de 24 horas

Identificação Paciente	(CIPA_P ACI_SE Q)	CID			Data/hora de internação	Data/hora do óbito	Data nascimento
		CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA			
(CIPA_PACI_ PRON_SEQ)					MOPA_DT_ENTRADA	PACI_DT_ALTA_MEDICA	PRON_DT_NASC
139419	30	I21	S	S	08/12/2024 00:06	09/12/2024 00:56	09/05/1955
387537	4	I219	S	S	07/12/2024 00:00	13/12/2024 11:18	28/12/1973
521397	2	I219	S	S	14/11/2024 22:39	30/11/2024 21:04	11/04/1943

Dados os registros acima, concluímos pelo seguinte resultado:

Número de óbitos por IAM: 3

Total de saídas de pacientes com IAM: 32

A meta estabelecida para o 57º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de no máximo 10%, conforme definição apresentada na Tabela 6 do Apêndice 5 do Anexo 5 do 12º Termo Aditivo.

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

Tabela 58 - Quadro-resumo do indicador “3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 10%	9,1%	9,38%

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

Tabela 59 - Resultado da apuração do indicador “3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio”

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

3.6 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

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

Ficha Técnica 17

3.6. Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

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

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

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

Para o cálculo deverão ser considerados somente os Clientes de ambos os sexos, maiores que 18 anos, internados há mais de 24 horas e com diagnóstico de AVCi. Serão considerados, no cálculo do indicador, “pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico”, àqueles com CID's de saída I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, e I64.

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

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

Número de óbitos por AVCi: 28
Total de saídas de pacientes com AVCi: 210

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

=

Número de óbitos por AVCi

Número de saídas de pacientes com AVCi

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 28 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 decorreram de AVCi:

Identificação Atendimento		CID			Data/hora de internação	Data/hora do óbito	Data de nascimento	Check
(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_MEDICA	PRON_DT_NASC	
105290	8	I64	S	S	01/10/2024 00:00	07/10/2024 11:21	26/05/1950	✓
106257	5	I639	S	S	12/12/2024 14:46	18/12/2024 01:02	29/12/1979	✓
129242	5	I64	S	S	31/10/2024 00:00	02/11/2024 08:52	29/06/1961	✗
210189	4	I63	S	S	28/12/2024 00:00	30/12/2024 14:45	14/11/1944	✓
379189	4	I63	S	S	01/11/2024 16:03	06/11/2024 17:12	05/07/1945	✓
404095	5	I64	S	S	04/10/2024 00:00	09/10/2024 12:54	23/05/1956	✗
421059	4	I64	S	S	06/12/2024 22:59	11/12/2024 12:54	15/06/1937	✓
471556	6	I64	S	S	12/11/2024 00:00	21/11/2024 17:21	18/07/1938	✓
517330	5	I64	S	S	16/10/2024 00:00	26/10/2024 14:38	06/03/1945	✓
517702	3	I639	S	S	02/10/2024 00:00	07/10/2024 06:32	06/01/1958	✓
517711	2	I64	S	S	27/09/2024 16:25	13/10/2024 08:52	07/09/1930	✓
517763	4	I635	S	S	10/10/2024 00:00	14/10/2024 11:17	25/03/1940	✓
518208	2	I64	S	S	04/10/2024 07:45	11/10/2024 12:49	17/08/1945	✓
518413	3	I64	S	S	23/10/2024 01:02	25/10/2024 14:05	02/02/1968	✓
518904	2	I63	S	S	13/10/2024 21:36	16/10/2024 09:55	11/10/1946	✓
519302	2	I639	S	S	19/10/2024 08:43	12/11/2024 08:33	05/12/1959	✓
519373	4	I64	S	S	03/11/2024 00:00	08/11/2024 09:02	01/08/1943	✓
519843	4	I64	S	S	28/10/2024 00:00	01/11/2024 12:37	09/05/1964	✓
519924	2	I64	S	S	27/10/2024 10:24	01/11/2024 23:58	18/05/1961	✓
520085	2	I639	S	S	29/10/2024 13:24	05/11/2024 11:29	13/10/1925	✓
520187	2	I64	S	S	30/10/2024 14:40	04/11/2024 18:04	17/08/1942	✓
521601	2	I64	S	S	18/11/2024 16:28	25/11/2024 14:09	24/06/1954	✓
521711	3	I64	S	S	26/11/2024 00:00	29/11/2024 18:19	24/08/1955	✗
521788	5	I639	S	S	12/12/2024 00:00	31/12/2024 09:08	06/01/1950	✓
522328	3	I64	S	S	05/12/2024 00:00	20/12/2024 19:33	24/10/1943	✓
522807	2	I64	S	S	04/12/2024 16:03	08/12/2024 15:27	23/09/1977	✗
523934	2	I64	S	S	20/12/2024 09:47	26/12/2024 22:18	23/05/1958	✗
524198	2	I639	S	S	23/12/2024 18:20	26/12/2024 16:30	20/04/1951	✓

Conforme demonstrado acima, a partir da análise de prontuários, foram confirmados apenas 23 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 sistema PGH como AVC Isquêmico.

Adicionalmente aos resultados apurados através do registro no PGH (sob o CID I63 e I64), conforme apontado no indicador 3.5, um paciente (517763) que foi registrado sob o CID de óbito I21 (IAM), foi a óbito, na realidade, por AVCi. Assim, o adicionamos ao resultado.

As inconsistências acima foram apontadas no relatório P6.1 a P6.3 – Relatório de Status, Riscos, Problemas e Melhorias, posto que o registro indevido dificulta a análise de dados e tomada de decisões e impacta nos resultados da apuração trimestral.

Abaixo, o registro dos 24 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	CID	Data/hora de internação			Data/hora do óbito	Data nascimento
		CIPA_IN DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA		
(CIPA_PACI_ PRON_SEQ)	(CIPA_P ACI_SEQ)				PACI_DT_ALTA_MEDI CA	PRON_DT_NASC
105290	8	I64	S	S	01/10/2024 00:00	07/10/2024 11:21
106257	5	I639	S	S	12/12/2024 14:46	18/12/2024 01:02
210189	4	I63	S	S	28/12/2024 00:00	30/12/2024 14:45
379189	4	I63	S	S	01/11/2024 16:03	06/11/2024 17:12
421059	4	I64	S	S	06/12/2024 22:59	11/12/2024 12:54
471556	6	I64	S	S	12/11/2024 00:00	21/11/2024 17:21
517330	5	I64	S	S	16/10/2024 00:00	26/10/2024 14:38
517702	3	I639	S	S	02/10/2024 00:00	07/10/2024 06:32
517711	2	I64	S	S	27/09/2024 16:25	13/10/2024 08:52
517763	4	I635	S	S	10/10/2024 00:00	14/10/2024 11:17
518208	2	I64	S	S	04/10/2024 07:45	11/10/2024 12:49
518413	3	I64	S	S	23/10/2024 01:02	25/10/2024 14:05
518904	2	I63	S	S	13/10/2024 21:36	16/10/2024 09:55
519302	2	I639	S	S	19/10/2024 08:43	12/11/2024 08:33
519373	4	I64	S	S	03/11/2024 00:00	08/11/2024 09:02
519843	4	I64	S	S	28/10/2024 00:00	01/11/2024 12:37
519924	2	I64	S	S	27/10/2024 10:24	01/11/2024 23:58
520085	2	I639	S	S	29/10/2024 13:24	05/11/2024 11:29
520187	2	I64	S	S	30/10/2024 14:40	04/11/2024 18:04
521601	2	I64	S	S	18/11/2024 16:28	25/11/2024 14:09
521788	5	I639	S	S	12/12/2024 00:00	31/12/2024 09:08
522328	3	I64	S	S	05/12/2024 00:00	20/12/2024 19:33
524198	2	I639	S	S	23/12/2024 18:20	26/12/2024 16:30
517763	4	I21	S	S	10/10/2024 00:00	14/10/2024 11:17

Dados os registros acima, concluímos pelo seguinte resultado:

Número de óbitos por AVCi: 24
Total de saídas de pacientes com AVCi: 210

A meta estabelecida para o 57º 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%	11,2%	11,43%

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: 52
Total de saídas de pacientes com Sepse: 135

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

Taxa de Mortalidade por Sepse

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os prontuários dos 52 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		CID			Data/hora de internação	Data/hora do óbito	Data de nascimento	Check
		(CIPA_P (CIPA_PACI_ PRON_SEQ)	(CIPA_P ACI_SEQ)	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA				
24600	21	A419	S	S	12/11/2024 16:23	16/11/2024 22:31	20/01/1949	✓
61460	10	A419	S	S	21/11/2024 16:56	13/12/2024 17:45	29/05/1952	✓
96082	4	A419	S	S	15/10/2024 23:53	18/10/2024 04:01	28/04/1944	✓

Identificação Atendimento		CID			Data/hora internação	de	Data/hora do óbito	Data nascimento	de	Check
(CIPA_PACI_ PRON_SEQ)	(CIPA_P ACI_SE Q)	CIPA_CI DD_CO D	CIPA_I ND_PRI NCIPAL	CIPA_IN D_ENTR ADA_SA IDA						
98795	12	A419	S	S	11/11/2024 10:20		15/11/2024 11:18	08/12/1955		✓
140863	15	A41	S	S	29/11/2024 06:57		06/12/2024 22:08	17/11/1940		✗
163685	7	A419	S	S	02/10/2024 22:06		06/10/2024 21:50	11/09/1943		✓
184662	20	A419	S	S	26/09/2024 00:00		01/10/2024 08:20	10/12/1957		✓
248585	8	A419	S	S	17/11/2024 00:00		19/11/2024 20:39	05/04/1943		✓
282012	3	A419	S	S	18/10/2024 21:58		25/10/2024 17:25	02/12/1955		✓
299125	9	A419	S	S	16/12/2024 23:33		21/12/2024 08:28	16/10/1938		✓
305989	10	A41	S	S	17/10/2024 00:00		25/10/2024 14:31	08/06/1942		✓
311142	10	A41	S	S	09/11/2024 15:48		13/11/2024 07:21	10/10/1971		✗
344334	7	A41	S	S	14/11/2024 20:59		17/11/2024 02:00	12/05/1953		✗
359858	15	A41	S	S	18/09/2024 14:21		02/10/2024 03:24	23/10/1963		✗
399691	33	A41	S	S	20/09/2024 08:19		03/10/2024 23:01	26/08/1947		✗
408738	9	A419	S	S	12/11/2024 15:51		16/11/2024 10:32	17/11/1957		✗
411369	11	A411	S	S	24/12/2024 21:18		26/12/2024 20:24	22/08/1939		✗
412141	7	A419	S	S	20/10/2024 00:00		25/10/2024 21:29	21/04/1959		✓
457461	4	A419	S	S	13/10/2024 20:11		28/10/2024 17:36	18/01/1939		✓
462433	18	A419	S	S	18/09/2024 18:52		03/10/2024 03:25	14/06/1940		✓
466268	4	A419	S	S	15/10/2024 13:37		18/10/2024 17:13	07/09/1946		✓
484921	8	A419	S	S	14/10/2024 18:04		16/10/2024 21:32	10/01/1939		✓
490125	10	A419	S	S	08/12/2024 00:00		09/12/2024 10:58	16/03/1944		✓
493406	7	A418	S	S	23/10/2024 12:00		28/10/2024 09:55	20/12/1952		✓
502208	4	A419	S	S	02/10/2024 23:26		09/10/2024 01:18	25/09/1930		✓
507274	13	A41	S	S	23/09/2024 00:00		01/10/2024 01:54	18/06/1949		✗
509602	5	A418	S	S	02/10/2024 04:51		19/10/2024 13:46	25/04/1955		✗
511464	9	A419	S	S	18/09/2024 00:00		05/10/2024 10:54	22/06/1964		✗
511867	5	A41	S	S	25/09/2024 00:00		04/10/2024 18:24	21/12/1962		✓
512107	11	A419	S	S	25/09/2024 00:00		03/10/2024 12:45	01/08/1967		✗
513183	8	A419	S	S	11/10/2024 04:13		14/10/2024 19:02	08/05/1980		✗
514626	9	A419	S	S	03/10/2024 23:38		31/10/2024 14:45	12/10/1957		✓
514651	10	A419	S	S	30/10/2024 18:18		08/11/2024 15:14	25/01/1947		✗
515407	2	A419	S	S	29/08/2024 21:03		07/10/2024 07:02	29/06/1966		✓
515570	6	A419	S	S	29/09/2024 00:00		07/10/2024 00:50	07/06/1960		✓
515876	8	A419	S	S	31/10/2024 00:00		08/11/2024 16:01	15/10/1951		✓
516381	3	A419	S	S	18/09/2024 00:00		09/10/2024 15:02	27/10/1941		✓
516421	6	A419	S	S	11/10/2024 00:00		18/10/2024 15:15	11/03/1959		✗
516654	6	A419	S	S	09/10/2024 00:00		14/10/2024 02:20	17/11/1968		✓
516701	9	A419	S	S	05/12/2024 00:00		06/12/2024 07:45	30/06/1942		✓
517093	3	A41	S	S	07/10/2024 00:00		09/10/2024 19:10	01/03/1939		✓
517941	2	A419	S	S	01/10/2024 17:48		10/10/2024 01:14	29/12/1953		✗
517946	2	A419	S	S	01/10/2024 13:37		12/10/2024 19:12	04/09/1944		✓
519281	3	A419	S	S	04/11/2024 18:31		07/11/2024 16:28	04/02/1948		✓
519509	6	A419	S	S	19/11/2024 00:00		01/12/2024 09:36	28/09/1950		✓
520281	2	A419	S	S	31/10/2024 13:52		01/11/2024 16:59	30/12/1948		✓

Identificação Atendimento		CID			Data/hora internação de	Data/hora do óbito	Data de nascimento de	Check
(CIPA_PACI_PRON_SEQ)	(CIPA_PACI_SEQ)	CIPA_CIDD_CO	CIPA_INDD_PRI NCIPAL	CIPA_INDD_ENTRADA SA DA				
520635	3	A419	S	S	01/12/2024 00:00	06/12/2024 00:22	12/10/1943	✓
521082	2	A419	S	S	11/11/2024 11:54	13/11/2024 10:53	02/09/1944	✓
521716	5	A419	S	S	17/12/2024 22:20	22/12/2024 16:31	21/07/1959	✓
521911	2	A419	S	S	21/11/2024 21:59	01/12/2024 15:04	16/05/1969	✓
522174	2	A419	S	S	25/11/2024 17:51	30/11/2024 22:54	25/11/1952	✓
523661	3	A419	S	S	23/12/2024 00:00	28/12/2024 15:35	05/09/1960	✗

Conforme demonstrado acima, a partir da análise de prontuários, foram confirmados apenas 36 óbitos por SEPSE, tendo em vista que os demais registros sob Check “✗” correspondem a óbitos por outras motivações (tuberculose, cetoacidose diabética, doença renal crônica, AVC hemorrágico, hemorragia digestiva, osteomielite entre outros), resultando nos números abaixo:

Número de óbitos por Sepse: 36
Total de saídas de pacientes com Sepse: 135

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 dados incorretos prejudica a realização das análises, a tomada de decisão e impacta nos resultados da apuração trimestral.

A meta estabelecida para o 57º 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 Sepse”

Meta do Indicador	Reporte Concessionária	Reporte Verificador Independente
Máximo de 32,2%	29,9%	26,67%

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 Sepse”

Indicador	Indicação do Atendimento
3.7 Taxa de Mortalidade por Sepse	✓ 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:

Ficha Técnica 19

3.8. Taxa de ocorrência de Lesão por Pressão

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

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

Lesão por Pressão:

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

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

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

Número de casos de Lesão por Pressão: 15
Número de saídas com permanência superior a 5 dias: 937

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

Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito

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

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 50 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	#	Paciente	Data de Internação	Avaliação
1	10867112	07/12/2024 18:02	✓	31	4217358	05/10/2024 02:12	✗
2	429983	03/11/2024 21:13	✗	32	5136664	17/11/2024 06:39	✓
3	4076893	17/12/2024 14:14	✓	33	5233702	13/12/2024 03:21	✓
4	5227892	04/12/2024 13:54	✓	34	5171952	27/09/2024 13:57	✓
5	4946024	10/12/2024 18:32	✗	35	1362598	29/10/2024 15:14	✓
6	5223242	27/11/2024 23:11	✓	36	5175582	07/10/2024 12:21	✗
7	9847410	25/10/2024 23:05	✓	37	46243318	21/09/2024 12:10	✗
8	5229163	23/12/2024 18:32	✓	38	5212952	18/11/2024 10:13	✓
9	5235452	15/12/2024 12:26	✓	39	4630544	16/10/2024 10:44	✓
10	4615898	17/10/2024 15:17	✓	40	5203132	07/11/2024 00:42	✗
11	51668511	17/12/2024 15:26	✓	41	3214277	05/11/2024 10:08	✓
12	2520003	29/11/2024 00:16	✓	42	27669214	15/10/2024 17:19	✓
13	2483189	28/09/2024 21:20	✓	43	5207642	06/11/2024 23:32	✓

#	Paciente	Data de Internação	Avaliação
14	5232662	11/12/2024 20:54	✓
15	5229816	14/12/2024 04:20	✓
16	5198465	29/11/2024 15:28	✗
17	5223832	28/11/2024 17:35	✓
18	5230412	08/12/2024 16:34	✓
19	5203662	07/11/2024 06:35	✓
20	20369727	21/10/2024 00:04	✓
21	48274514	10/12/2024 16:13	✓
22	5194162	23/10/2024 10:00	✗
23	5201212	04/11/2024 10:53	✓
24	5149813	26/09/2024 09:31	✗
25	2230326	14/11/2024 11:14	✓
26	1347375	26/10/2024 14:42	✓
27	5141895	04/12/2024 15:47	✓
28	48357616	01/10/2024 20:54	✓
29	30920511	01/11/2024 14:09	✓
30	5177302	28/09/2024 01:03	✗

#	Paciente	Data de Internação	Avaliação
44	50621018	17/10/2024 15:27	✓
45	3616043	30/11/2024 18:18	✓
46	5168244	08/11/2024 13:43	✗
47	30598910	18/10/2024 02:31	✓
48	2893577	12/10/2024 18:24	✓
49	5227402	04/12/2024 12:46	✓
50	5165812	19/09/2024 13:07	✓
51	5161004	27/09/2024 18:28	✓
52	4538363	21/11/2024 13:06	✓
53	34436223	05/11/2024 13:37	✓
54	5182774	04/11/2024 13:44	✓
55	7750519	19/09/2024 18:13	✓
56	4835013	28/09/2024 12:45	✓
57	5154072	06/09/2024 14:54	✓
58	5200852	29/10/2024 17:11	✓
59	942224	22/10/2024 21:55	✓
60	5197572	25/10/2024 17:22	✓

Dos prontuários acima analisados, identificamos mais 11 pacientes que desenvolveram lesão por pressão durante a internação, os quais foram acrescidos aos 15 já identificados na tabela NOTIFICACOES_RISCOS. Ademais, 5 pacientes já chegaram ao hospital com lesão por pressão, e os 44 demais não desenvolveram o quadro.

As avaliações “✗” representam acréscimos ao resultado do indicador, resultantes de 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	517730	12/10/2024 10:31
2	523280	18/12/2024 17:38
3	522286	28/11/2024 21:52
4	516701	11/12/2024 13:20
5	519728	11/12/2024 13:21
6	321427	11/12/2024 13:24
7	453836	11/12/2024 13:28
8	506922	11/12/2024 13:30
9	519416	21/10/2024 18:25
10	517644	08/11/2024 15:07
11	516100	08/11/2024 15:20
12	493406	08/11/2024 15:22
13	516033	08/11/2024 15:28
14	515975	08/11/2024 15:29
15	519264	18/12/2024 10:15

#	Paciente	Data de diagnóstico
16	429983	03/11/2024 21:13
17	4946024	10/12/2024 18:32
18	5198465	29/11/2024 15:28
19	5194162	23/10/2024 10:00
20	5149813	26/09/2024 09:31
21	5177302	28/09/2024 01:03
22	4217358	05/10/2024 02:12
23	5175582	07/10/2024 12:21
24	46243318	21/09/2024 12:10
25	5203132	07/11/2024 00:42
26	5168244	08/11/2024 13:43

A meta estabelecida para o 57º 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%	0,8%	2,77%

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

Tabela 69 - Resultado da apuração do indicador “3.8 Taxa de Ocorrência de Úlcera de Decúbito”

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

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

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

Ficha Técnica 32**3.9. Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)**

Objetivo: Acompanhar a ocorrência de todos os episódios de Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI adulto, durante o período.

Definição: Número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1000.

• **Número de Pneumonias associadas a Ventilador Mecânico (PAV):** É o número total de ocorrências de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica PAV diagnosticada após 48H de ventilação mecânica até a sua suspensão.

• **Paciente com ventilação mecânica (VM) - dia:** Soma do número total de pacientes que usaram ventilação mecânica, a cada dia, em Unidade de Terapia Intensiva adulto, durante o período.

Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal

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

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

Número de pacientes em ventilação mecânica - dia: 6.337

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

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

Abaixo, o registro dos 2 casos de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.

Tabela 70 – Registro dos casos de Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)

#	Paciente	Data ingresso na UTI	Data alta da UTI	Data diagnóstico	Avaliação
1	520346	01/11/2024 14:27	18/11/2024 14:17	03/11/2024	✓
2	80657	24/11/2024 21:08	17/12/2024 11:36	28/11/2024	✓

A meta estabelecida para o 57º 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	1,2/1.000	0,32/1.000

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

Tabela 72 - Resultado da apuração do indicador "3.9 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)"

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

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

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

Ficha Técnica 33 3.10 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical Objetivo: Acompanhar a ocorrência de todos os episódios de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical em UTI adulto, durante o período. Definição: Número de episódios de Infecções do Trato Urinário (ITU) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes que usam cateter vesical de demora, a cada dia, multiplicado por 1000. Critérios de inclusão: • Pacientes com infecção do trato urinário em uso de cateter vesical de demora instalado por um período superior a dois dias calendário; • O dispositivo estar presente no dia da constatação da infecção ou no dia anterior; • Pacientes internados na instituição há mais de 24 horas. Critérios de exclusão: • Pacientes que utilizam cateter duplo J; • Infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos urológicos (consideram-se infecções de sítio cirúrgico). • Número de episódios de Infecções do Trato Urinário (ITU): É Número total de pacientes com Infecções do Trato Urinário (ITU) associadas ao uso de cateter vesical de demora, por Unidade de Terapia Intensiva • Paciente com cateter vesical de demora - dia: Soma do número total de pacientes que usaram cateter vesical de demora, a cada dia, por Unidade de Terapia Intensiva, durante o período.

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

Número de episódios de ITU em pacientes da UTI adulto: 5

Número de pacientes em uso de cateter vesical - dia: 6.490

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

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

Abaixo, os casos dos pacientes diagnosticados com ITU na UTI adulto:

Tabela 73 – Relação dos registros de ITU Associada à Cateter Vesical

#	Paciente	Data ingresso na UTI	Data alta da UTI	Data diagnóstico	Avaliação
1	515763	30/09/2024 16:42	11/10/2024 18:01	03/10/2024	✓
2	519624	23/10/2024 18:33	06/12/2024 06:43	27/10/2024	✓
3	519920	27/10/2024 10:42	15/11/2024 11:40	11/11/2024	✓
4	522105	27/11/2024 18:29	08/12/2024 14:24	09/12/2024	✓
5	523830	20/12/2024 01:48	29/12/2024 13:28	26/12/2024	✓

A meta estabelecida para o 57º 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	0,7/1.000	0,77/1.000

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

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

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

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

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

Ficha Técnica 20

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

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

Definições: Os protocolos clínicos baseados em evidência são recomendações desenvolvidas de forma sistematizada, que têm como objetivo apoiar os profissionais da equipe de saúde e o usuário na tomada de decisões acerca dos cuidados, em situações específicas. A elaboração, implantação de protocolos e capacitação contínua dos profissionais voltado para a gestão da clínica e do cuidado se constitui em ferramenta, imprescindível, da melhoria da qualidade de atenção.

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

- Tabela com a indicação dos protocolos clínicos implementados no Hospital do Subúrbio, com as datas da última revisão, caso aplicável;
- Lista de treinamentos referentes aos protocolos institucionais, realizados até dezembro/2024.

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

Tabela 76 – Relação de Protocolos Clínicos elaborados e implementados pela Concessionária

Protocolo	Data de Emissão	Data de Revisão
Protocolos Assistenciais Interdisciplinares		
Meningite - Atendimento ao Paciente com Suspeita Diagnóstica	24/01/2011	26/09/2024
Tuberculose Pulmonar	17/01/2011	25/07/2024
Dor Torácica	17/01/2011	16/04/2024
Protocolo de atendimento de 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	21/01/2012	31/08/2024
Prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica - PAV	04/06/2012	24/07/2024
Crise Hiperglicêmica no Paciente com Diabetes Mellitus: Cetoacidose diabética e síndrome hiperglicêmica hiperosmolar	01/10/2012	25/09/2024
Diabetes Mellitus Descompensada: Condutas 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
Protocolo de Manejo Clínico Inicial de Síndrome Gripal e SRAG	25/07/2024	-
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	07/03/2023
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	30/10/2024
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 Manejo na Suspeita de Abuso Sexual	13/12/2010	10/09/2024
Serviço de Controle de Infecção		

Protocolo	Data de Emissão	Data de Revisão
Protocolos Assistenciais Interdisciplinares		
Protocolo de Manejo de 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
Unidade de Internação Adulto		
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:

Ficha Técnica 21

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

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

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

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

Para fins de apuração do indicador, este Verificador Independente recebeu da SESAB as bases da regulação originárias da rede para a UH do Hospital do Subúrbio, constando o demonstrativo diário de disponibilidade de vagas. Considerando-se a relação apresentada pela CER contemplando as datas de encaminhamento das solicitações, foram identificados ao menos dois reportes diários no período de outubro a dezembro/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
Conclusão da Apuração	
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:

Ficha Técnica 23
6.1. Percentual de Médicos com Título de Especialista
Objetivos: Acompanhar o percentual de médicos especialistas no Hospital. A maior quantidade de profissionais com título de especialista é indicativa de qualificação do corpo clínico.
Definições: Relação percentual entre o número de médicos com título de especialista e o número de médicos.
• Número de médicos com título de especialista: É o número total de médicos com título de especialista fornecido pela Associação Médica Brasileira ou Conselho Regional de Medicina e Residência Médica concluída com registro no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Desconsiderar atestado de Residência Médica não concluída. O título deverá ser na especialidade que exerce na Instituição. • Número de médicos: É o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo empregatício.

Mediante dados fornecidos pela Concessionária, bem como a partir da relação de médicos constante no relatório “Desempenho de Profissionais”, extraído do PGH, os quais constam no Anexo IX e seguem enviados em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, foram obtidos os números a seguir:

Número de médicos atuantes no trimestre: 359

Número de médicos com título de especialista (apenas com residência concluída na área de atuação no HS): 279

Número de médicos sem título de especialista: 68

Número de médicos com especialidade diversa da área de atuação no HS: 12

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.

Por meio do Ofício Dir. Técnica 33/25 (Anexo IX), a Concessionária expressa o entendimento de que os médicos residentes não devem compor a base do denominador da fórmula de cálculo do indicador, argumentando que tal indicador foi incorporado no

início da concessão, quando o hospital não tinha programas de residência, os quais são iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado. Por outro lado, tendo em vista que o indicador conceitua o denominador da equação (número de médicos) como “o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo empregatício”, entende-se que os residentes devem ser considerados no cálculo.

Em nova consulta à Diretoria de Gestão de Unidades Consorciadas e em Parceria Público Privada, questionamos se os médicos residentes deverão ser mantidos na base do denominador da fórmula, o que impacta negativamente no resultado do indicador. Em resposta, o Poder Concedente definiu que os residentes, por não possuírem vínculo empregatício, mas educacional, não devem integrar a base de dados de apuração (Anexo XVIII).

A meta estabelecida para o 57º 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%	84,37%	77,72%

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	✖ Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo não atendimento.	

6.2 Relação Enfermeiro/Leito

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

Ficha Técnica 24**6.2. Relação Enfermeiro /Leito**

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

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

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

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

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

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

Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - outubro: 6.159
 Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - novembro: 5.919
 Somatório de dias trabalhados pelos enfermeiros - dezembro: 5.921
 Número total de dias do período: 92
 Número de leitos: 349

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 57º 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	0,56

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

Tabela 83 - Resultado da apuração do indicador "6.2 Relação Enfermeiro/Leito"

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

6.3 Índice de atividade de Educação Permanente

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

Ficha Técnica 25	
6.3. Índice de Atividades de Educação Permanente	
Objetivo: Instituir e acompanhar as atividades de educação permanente do hospital. Qualificar a força de trabalho.	
Definições: Relação entre o número de horas dos colaboradores participantes nos cursos e o número de horas trabalhadas. Para cálculo do número de colaboradores será necessário contabilizar a quantidade de dias que cada funcionário esteve contratado e multiplicar pelo número de horas diárias previstas em contrato. Na prática o número de horas diárias é encontrado dividindo-se a carga horária mensal prevista em contrato por 30 (mês contábil), conforme abaixo:	
$\text{Nº horas diárias} = \frac{\text{Carga horária mensal prevista}}{30}$	
$\text{Nº horas/homem trab.:} = (\text{Dias func. 1 ficou contratado} \times \text{horas diárias func. 1}) + (\text{Dias func. n ficou contratado} \times \text{horas diárias func. n})$	
Número de colaboradores ouvintes em todos os cursos do hospital: É a somatória de todos os colaboradores participantes dos cursos no período determinado, incluindo os cursos realizados em convênio com Instituições de Ensino Superior. Obs. Caso o colaborador participe de vários cursos, será computado o total de horas de todos os cursos. Carga horária do curso: É a somatória das horas de todos os cursos ministrados no período determinado. Deverão ser contabilizados cursos realizados no hospital; cursos externos pagos integralmente pelo hospital e treinamento para operação de novos equipamentos. Os cursos de graduação, pós-graduação financiados pelo hospital deverão ser informados na época da sua conclusão. Número de horas/homem trabalhadas: É o número de colaboradores ativos no cadastro do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho.	

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

Somatório de horas/homem em treinamento: 5.595,85

Somatório de horas/homem trabalhadas: 970.290,67

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 57º 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	6,7/1.000	5,77/1.000

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	✖ Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada encontrou resultado inferior à meta mínima estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo não atendimento do indicador.	

6.4 Taxa de Acidente de Trabalho

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

Ficha Técnica 26

6.4. Taxa de Acidente de Trabalho

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

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

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

Mediante informe de quantitativo de acidentes fornecidos pela Engenharia de Segurança do Trabalho da Concessionária, os quais constam no anexo XII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração, entre outubro e dezembro ocorreram 9 acidentes de trabalho. Conforme relação de colaboradores ativos, foram obtidos os números a seguir:

Número de funcionários ativos em outubro: 2.226
Número de funcionários ativos em novembro: 2.233
Número de funcionários ativos em dezembro: 2.251
Número de acidentes de trabalho em outubro: 2
Número de acidentes de trabalho em novembro: 4
Número de acidentes de trabalho em dezembro: 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 57º 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:

Ficha Técnica 27

7.1. Prover meios de escuta dos usuários

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

Definições:

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

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

Total de demandas respondidas: 39
Total de demandas respondidas em até 10 dias: 39

A meta estabelecida para o 57º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é de resposta em até 10 dias, a 100% das demandas registradas, conforme definição apresentada na Tabela 12 do Anexo 1 ao Termo Aditivo Nº 02 ao contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010.

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

Tabela 88 - Quadro-resumo do indicador “7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários”

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

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

Tabela 89 - Resultado da apuração do indicador “7.1 Prover Meios de Escuta dos Usuários”

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

7.2 Percentual de Satisfação do Paciente

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

Ficha Técnica 28

7.2. Avaliação da satisfação do usuário

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

Definições:

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

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

Para apuração do indicador, foram considerados os relatórios do sistema PGH “Percentual de Respostas por Pesquisas” e o documento “Formulário Pesquisa de Satisfação”, fornecidos pela Concessionária, os quais constam no anexo XIV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Total de pacientes respondentes à pesquisa: 1.679
Total de respostas satisfatórias: 1.654

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

Total de pacientes internados: 4.769

Considerando as definições apresentadas e os números acima, obtemos que as pesquisas foram aplicadas a 35,21% dos pacientes ou acompanhantes de internação, o que não atende à primeira parte da meta, que prevê no 6º Termo Aditivo a aplicação das pesquisas para 55% dos pacientes internados. Das pesquisas respondidas, 98,53% representam respostas afirmativas aos questionamentos de satisfação, quando a meta estabelecida para o 57º 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 55% e 80%	62,70% e 97,5%	35,21% e 98,53%

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	✖ Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que a apuração realizada atendeu à meta estabelecida para o indicador, o Verificador Independente concluiu pelo não atendimento do indicador.	

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

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

Ficha Técnica 29**8.1. Implantar e manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa HUMANIZASUS**

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

Definições:

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

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

- Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 08/10/2024;
- Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 12/11/2024;
- Ata de Reunião do Grupo de Trabalho em Humanização - GTH, realizada em 11/12/2024;

Segundo definição apresentada na Tabela 6 do Anexo Primeiro ao Termo Aditivo Nº 12 ao Contrato de Concessão Administrativa Nº 030/2010, a meta deste indicador para o 57º trimestre de operação da Unidade Hospitalar é a realização de pelo menos 03 reuniões trimestrais abordando os 5 temas preconizados pelos princípios norteadores da Política de Humanização.

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

Tabela 93 - Quadro-resumo do indicador “8.1 Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH)”

Indicador	Indicação do Atendimento
8.1 Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH)	 Atendido
Conclusão da Apuração	
Considerando que foram apresentadas as atas das reuniões mensais com a identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, conforme estabelecido na meta do indicador, o Verificador Independente concluiu pelo atendimento do indicador.	

9.1 Manutenção da Acreditação Hospitalar

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

Ficha Técnica 30**9.1. Processo de acreditação, em até 24 (vinte e quatro) meses após o início da operação, através de uma das organizações certificadoras****Objetivo:**

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

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

A meta estabelecida para o indicador é a Unidade Hospitalar com acreditação vigente, conforme definição apresentada na Tabela 06 do Anexo 5 ao Termo Aditivo N° 12 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 Sepse	4%
			3.8	Taxa de Ocorrência de Lesão por Pressão	4%
			3.9	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)	3%
			3.10	Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	3%
		Gestão da Clínica	4.1	Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em Urgência e Emergência	3%
		Inserção no Sistema de Saúde	5.1	Taxa de reportes de disponibilização e ocupação das vagas destinadas ao Complexo Regulador	4%
		Gestão de Pessoas	6.1	Percentual de médicos com Título de Especialista	2%
			6.2	Relação Enfermeiro/Leito	2%
			6.3	Índice de atividade de Educação Permanente	3%
			6.4	Taxa de Acidente de Trabalho	3%
		Controle Social	7.1	Prover Meios de Escuta dos Usuários	3%
			7.2	Percentual de Satisfação do Paciente	3%
		Desempenho Humanização	8.1	Implantar e manter grupo de trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do programa HUMANIZASUS	4%
		Acreditação	9.1	Manutenção da Acreditação Hospitalar	20%

Anexos

Anexo I a XVI – Documentação base para análise dos indicadores manuais 1.1 a 1.6 e 4.1 a 9.1

Documentação anexa ao e-mail de envio do Relatório de Apuração do 57º Trimestre, conforme representado abaixo:

-  Anexo I - Ind. Desemp. 1.1.zip
-  Anexo II - Ind. Desemp. 1.2.zip
-  Anexo III - Ind. Desemp. 1.3.zip
-  Anexo IV - Ind. Desemp. 1.4.zip
-  Anexo IX - Indicador 6.1.zip
-  Anexo V - Ind. Desemp. 1.5.zip
-  Anexo VI - Ind. Desemp. 1.6.zip
-  Anexo VII - Ind. Desemp. 4.1.zip
-  Anexo VIII - Ind. Desemp. 5.1.zip
-  Anexo X - Ind. Desemp. 6.2.zip
-  Anexo XI - Ind. Desemp. 6.3.zip
-  Anexo XII - Ind. Desemp. 6.4.zip
-  Anexo XIII - Ind. Desemp. 7.1.zip
-  Anexo XIV - Ind. Desemp. 7.2.zip
-  Anexo XV - Ind. Desemp. 8.1.zip
-  Anexo XVI - Ind. Desemp. 9.1.zip

Anexo a XVII – Email SESAB sobre indicador 6.1

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

SC

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

Para

Sales, Alana Patricia de Oliveira; BR Projeto PPP_HS

Cc

Priscilla Magalhães (External); Raquel Cerqueira Barbosa; Luciana Macedo (External); Débora Bahia (External); Edla Antunes (External); Rogério Palmeira (External); Cyntia Maria Mitsu Nassu de Sá; Júlia Alves Caetano da Silva; +2 outros

Confidential\No Additional Protection

Resumir

Responder

Responder a Todos

Encaminhar

sex 23/02/2024 17:59

Prezados,

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

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

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

Atenciosamente

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

Prezados,
Boa tarde!

Apenas a título de reforço do alinhamento:

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

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

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

Abraço,

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

--

Alana Sales
Consultor Sênior | Risk Advisory
She/her | Ela/dela
Deloitte Touche Tohmatsu
Rua de São Jorge, 240 – Torre D, 7º andar – Moinho Recife Business & Life
CEP 50030-240, Recife, PE, Brasil
F: +55 (81) 9 9236-8394
asales@deloitte.com | www.deloitte.com.br

--



From: SAIS CGPPP <sais.cgppp@saude.ba.gov.br>
Sent: quinta-feira, 22 de fevereiro de 2024 17:06
To: BR Projeto PPP_HS <brppphs@deloitte.com>
Cc: Priscilla Magalhães (External) <priscilla.magalhaes@saude.ba.gov.br>; Raquel Cerqueira Barbosa <raquel.barbosa1@saude.ba.gov.br>; Luciana Macedo (External) <luciana.macedo@saude.ba.gov.br>; Débora Bahia (External) <debora.bahia@saude.ba.gov.br>; Edla Antunes (External) <edla.antunes@saude.ba.gov.br>; Rogério Palmeira (External) <rogerio.palmeira@prodalsaude.com.br>; Cyntia Maria Mitsu Nassu de Sá <cyntia.sa@saude.ba.gov.br>; Júlia Alves Caetano da Silva <julia.silva@saude.ba.gov.br>; Caio Matos (External) <caio.matos@prodalsaude.com.br>; Gabriel de Carvalho Cunha <gabriel.cunha@prodalsaude.com.br>
Subject: [EXT] RE: Apuração 53º Trimestre - Validação de Entendimento - Indicador 6.1

Prezados,

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

Atenciosamente

DGE COP/CGPPP

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

Prezados, boa tarde!

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

Ficha Técnica 23

6.1. Percentual de Médicos com Título de Especialista

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

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

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

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

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

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

Bom dia!
Como salientado anteriormente, nem todos os especialistas constarão no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), posto muitos profissionais podem ter realizados outras modalidades de especialização fora do CNRM, tais como residências fora do país, fellowships, residências não credenciadas ao CNRM, estágios credenciados por Sociedades etc. Neste caso a apresentação de títulos de sociedades médicas tem o mesmo valor legal que os constantes deste sistema, se enquadrando no item B, conforme termos abaixo.
1. Sendo certo que, por força das Leis 6.932/1981 e 12.871/2013, somente existem duas formas de obter o título de especialidade médica:
a) por meio dos programas de residência médica ou;
b) pelas sociedades de especialidades.
Neste caso sugiro que em não encontrando na CNRM, verifique também nas sociedades médicas.

Cordialmente,
Rogério Palmeira
Diretor Técnico
(71)3216-8608
De: "Cynthia Lins" <cynthia.lins@prodalsaude.com.br>
Para: "Rogério Palmeira" <rogerio.palmeira@prodalsaude.com.br>
Cc: "BR Projeto PPP_HS" <brppphs@deloitte.com>; "Caio Matos" <caio.matos@prodalsaude.com.br>; "Gabriel de Carvalho Cunha" <gabriel.cunha@prodalsaude.com.br>
Enviadas: Segunda-feira, 5 de fevereiro de 2024 11:41:50
Assunto: Re: APURAÇÃO 53º TRI MÉDICOS HS.xlsx

Bom dia Vitória,
Acrecento à resposta de Dr. Rogério, que vocês poderão fazer a Verificação da Titularidade dos médicos pesquisando o "Registro de Qualificação de Especialidade" (RQE), que é o documento que atesta junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Credeb) a sua formação em determinada especialidade médica.

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

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

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

Atenciosamente,

Classificação: Confidencial
--
Vitória Silva
Business Analyst II | Risk Advisory
Deloitte Touche Tohmatsu
Av. Tancredo Neves, 620, 30º andar
CEP 41.820-020. Salvador. BA. Brasil

F: +55 (71) 2103-9400

vitorisilva@deloitte.com | www.deloitte.com.br

--

Deloitte.

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

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

Anexo a XVIII – Email SESAB sobre indicador 6.1 – Residentes

Sales, Alana Patricia de Oliveira

De:

Enviado em:

Para:

Cc:

Assunto:

Raquel Cerqueira Barbosa <raquel.barbosa1@saude.ba.gov.br>
quinta-feira, 20 de fevereiro de 2025 17:33
Sales, Alana Patricia de Oliveira; Luciana Macedo (External); Débora Bahia (External); SAIS CGPPP; liciacavalcanti@prodalsaude.com.br; Cyntia Lins (External); Gabriel de Carvalho Cunha; Caio Matos (External)
BR Projeto PPP_HS; luci.souza@prodalsaude.com.br
[EXT] RE: VI PPP HS | Alinhamento sobre o indicador de médicos especialistas - 57º TRI

Sinalizador de acompanhamento:

Status do sinalizador:

Acompanhar

Sinalizada

Prezada Alana,

Com os cordiais cumprimentos, e considerando as observações do Verificador Independente relativas ao Indicador de Desempenho 6.1 – Percentual de Médicos com Título de Especialista, referente à apuração do 57º trimestre, encaminhamos a manifestação do Poder Concedente sobre o assunto:

1. Deliberar se os médicos residentes deverão ser mantidos ou removidos da base de cálculo do indicador, considerando que, uma vez que estes ainda não possuem título de especialista, implicará no não atingimento da meta do indicador;

Inicialmente, cumpre destacar que o governo da Bahia, por meio da Secretaria de Saúde (SESAB), investe na formação e qualificação profissional para atuação no Sistema Único de Saúde, sendo as residências em saúde uma dessas modalidades, por proporcionar a educação em serviço voltada às necessidades da população baiana.

A Residência médica é a modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos sob a forma de curso de especialização, instituída pelo Decreto 80.281, de 5/9/1977. Caracteriza-se pelo treinamento em serviço, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos.

O ingresso dos médicos nos programas de residências é realizado por meio de processo seletivo unificado, coordenado pela Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM), no qual são oferecidas bolsas financiadas pelo Governo do Estado da Bahia.

A SESAB é a entidade responsável pela gestão das bolsas de residência e regula os campos de práticas de formação para os residentes.

Diante do exposto, esta DGECOP entende que os médicos residentes devem ser excluídos da base de cálculo do indicador, uma vez que **a relação entre o médico residente e o Hospital do Subúrbio configura-se como uma atividade de ensino**, sem vínculo empregatício com a instituição onde é cumprido o programa de residência.

Além disso, a Ficha Técnica do Indicador conceitua o denominador da equação (número de médicos) como “o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo empregatício”. Essa definição fundamenta a posição da DGEOP de que o vínculo de ensino não deve ser levado em conta na equação.

Se a definição da Ficha Técnica do Indicador definisse o número de médicos como “o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo”, não especificando o “vínculo empregatício”, a interpretação do denominador da equação poderia ser mais ampla e incluir diferentes categorias de médicos, como residentes, estagiários ou médicos voluntários, que podem não ter um vínculo formal de emprego com o hospital.

Do exposto, considerando que o residente ainda não possui o título de especialista, a sua inclusão na base de cálculo do indicador não se justifica.

2. Deliberar se os títulos de especialidade dos médicos deverão ser na área de atuação no hospital, conforme determina a ficha técnica, ou se tal critério será flexibilizado, tal como vem sendo feito com o registro da especialização no CNRM.

Consoante o quanto exposto na descrição da Ficha Técnica 23, qual seja: *O título deverá ser na especialidade que exerce na instituição*, esta DGEOP corrobora com o disposto na referida ficha, devendo a apuração do indicador **seguir conforme previsto contratualmente**.

A titulação de especialista garante diagnósticos e tratamentos mais precisos, prestação dos serviços com resolutividade e qualidade. Nesse contexto, em relação à solicitação da Concessionária para revisão da Ficha Técnica do Indicador, no que tange ao conceito de médicos com título de especialista, esta DGEOP, em análise preliminar, não concorda com o solicitado.

Qualquer dúvida, estamos à disposição.

Att,

Raquel Cerqueira Barbosa, CP*P-F
Diretoria de Gestão de Unidades Consorciadas e em Parceria Público Privada - DGEOP
Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB Tel: +55 (71) 3115-8438 / 3115-9619

De: Sales, Alana Patricia de Oliveira <asales@deloitte.com>

Enviado: segunda-feira, 10 de fevereiro de 2025 15:10

Para: Raquel Cerqueira Barbosa <raquel.barbosa1@saude.ba.gov.br>; Luciana Fernandes Moura Macedo <luciana.macedo@saude.ba.gov.br>; Debora Grasielle Campos Bahia <debora.bahia@saude.ba.gov.br>; SAIS CGPPP <sais.cgppp@saude.ba.gov.br>; liciacavalcanti@prodalsaude.com.br <liciacavalcanti@prodalsaude.com.br>; Cyntia Lins (External) <cyntia.lins@prodalsaude.com.br>; Gabriel de Carvalho Cunha <gabriel.cunha@prodalsaude.com.br>; Caio Matos (External) <caio.matos@prodalsaude.com.br>
Cc: BR Projeto PPP_HS <brppphs@deloitte.com>; luci.souza@prodalsaude.com.br <luci.souza@prodalsaude.com.br>

Assunto: VI PPP HS | Alinhamento sobre o indicador de médicos especialistas - 57* TRI

Prezados,
Boa tarde!

Espero que estejam todos bem!

Conforme abordamos na última Reunião de Governança, enviamos à Concessionária os resultados de nossa análise preliminar do indicador 6.1 – Percentual de Médicos com Título de Especialista, referente ao 57º trimestre.

A partir da nossa análise, identificamos que dos 390 médicos atuantes no período, conforme relatório PGH “Desempenhos dos Profissionais”, identificamos que apenas 224 dispõem de registro de especialização compatível com a área de atuação no HS, resultando em um percentual de 57,44%. Os demais profissionais enquadravam-se nas seguintes situações:

- . 88 profissionais não constam na planilha “Plantonistas – 57º Trimestre” enviada via Connect;
- . 23 profissionais possuem especialização diversa da especialidade de atuação no HS;
- . 56 profissionais sem registro de especialização no CNRM, AMB e CFM.

Em resposta, a Concessionária encaminhou o email abaixo.

Acerca das considerações da Concessionária listadas no tópico 1 do Ofício Dir. Técnica 33/25, sobre a identificação dos médicos especialistas pelo verificador independente, a mesma aponta que é possível que os médicos atuantes na instituição não sejam identificados em sua totalidade, posto que o relatório “Desempenho de Profissionais”, utilizado como referência pelo VI, denota apenas os profissionais que acessaram o sistema PGH com registro em prontuário. Ficam de fora, portanto, os exemplos a seguir:

1. Médicos atuantes em regime de sobreaviso que não foram acionados no trimestre
2. Médicos atuantes no período, mas que não efetuaram registro no prontuário
3. Médicos da Medicina Ocupacional, que atendem aos funcionários e, portanto, não fazem registro em prontuário
4. Médicos atuantes na gerência médica e de qualidade

Quanto aos casos 3 e 4, estamos de acordo, tendo em vista que a ficha técnica conceitua o índice “número de médicos” (denominador) como o número total de médicos em atividade no hospital, **independentemente do vínculo empregatício**. Para saná-los, levaremos em consideração a planilha encaminhada pela Concessionária, adicionalmente ao relatório “Desempenho de Profissionais”, a fim de não descartarmos tais médicos da análise.

Quanto ao caso 2, estamos de acordo. Para saná-lo, utilizaremos, além do relatório “Desempenho de Profissionais”, o relatório de LOG dos médicos, que denotará os médicos que minimamente acessaram o sistema durante o plantão. Contudo, vale destacar que o sistema PGH não viabiliza ao VI a extração desses dados em excel. Sendo assim, solicitamos que o sistema seja parametrizado para permitir tal ação.

Quanto ao caso 1, não estamos de acordo em considerá-los, tendo em vista que a ficha técnica conceitua o índice “número de médicos” (denominador) como o número total de médicos **em atividade** no hospital. Esses profissionais, apesar de vinculados ao hospital com remuneração garantida independente do acionamento, não estiveram em atividade no trimestre. Contudo, a remoção desses casos da base de dados não produz efeito no resultado do indicador, posto que serão eliminados tanto do numerador quanto do denominador.

Ademais, no que diz respeito a considerar a planilha encaminhada pela Concessionária, entendemos que esta precisa ser revista e aprimorada, posto que, no 57º trimestre, esta não sinalizou:

- 10 plantonistas com especialização (CRM 35645, 44684, 33026, 27484, 36783, 22297, 37103, 27222, 35631 e 9163089); e
- 8 plantonistas sem especialização (CRM 36826, 40193, 35142, 31237, 40847, 41513, 30027 e 39264).

Além dos 18 profissionais acima, a Concessionária não informou ao VI os médicos residentes atuantes na unidade, ficando de fora da documentação suporte do 57º trimestre os seguintes casos:

- 37 residentes externos (CRM 31399, 36567, 38546, 40514, 35847, 36090, 43775, 35987, 40906, 44384, 43008, 40545, 37471, 41755, 37595, 35227, 39044, 37525, 41423, 35236, 40537, 40213, 34321, 42791, 38231, 40359, 44739, 37685, 38555, 43649, 34840, 44353, 35886, 38381, 42691, 41569 e 35097); e
- 35 residentes internos (CRM 43647, 41578, 41291, 33403, 40212, 18023, 36617, 41025, 31209, 38314, 41031, 38475, 40211, 40948, 38556, 36691, 41427, 38194, 31336, 34857, 35940, 38629, 31510, 38502, 36878, 41970, 44493, 28718, 36244, 41586, 38564, 42198, 37511, 36749 e 35723).

Quanto aos residentes, a Concessionária entende que estes só deverão ser considerados no cálculo do indicador se, no período analisado, o médico residente foi contratado e remunerado diretamente pelo hospital. A Concessionária argumenta, ainda, que tal indicador foi incorporado no início da concessão, quando o hospital não tinha programas de residência.

Tendo em vista que o indicador conceitua o denominador da equação (número de médicos) como “o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo empregatício”, entende-se que os residentes devem ser considerados no cálculo.

Contudo, frente aos argumentos apresentados pela Concessionária no Ofício Dir. Técnica 33/25, remetemos tal quadro para deliberação do Poder Concedente. Vale trazer à luz, ainda, a fala da Concessionária sobre o tema, na última Reunião de Governança (30/01/2025), sinalizando que se os residentes forem considerados no cálculo, o que impactará negativamente no resultado do indicador, o hospital descontinuará o programa de residência.

Cabe sinalizar que, para apuração do referido indicador nos trimestres anteriores, o denominador da equação era apontado pela Concessionária, a partir da documentação suporte fornecida trimestralmente, com o quantitativo de médicos atuantes no período. O VI não dispunha de fontes alternativas dessa informação, tendo em vista o acesso ainda limitado ao PGH e a indisponibilização das escalas médicas. Recentemente, após liberação de acesso ao relatório PGH denominado “Desempenho de Profissional”, este VI tomou conhecimento acerca dos profissionais médicos atuantes na instituição e pôde aprofundar suas análises e chegar ao resultado atual.

Ainda no Ofício Dir. Técnica 33/25, a Concessionária aponta a necessidade de revisão da ficha técnica do indicador no que se refere ao conceito de médicos com título de especialista. A referida ficha técnica aponta que deverão ser considerados apenas os títulos de especialista na especialidade de atuação do hospital. Acerca disso, a Concessionária argumenta que enfrenta dificuldade para encontrar médicos com títulos de especialidades específicas.

Quanto a esse pleito, demandamos o apoio do Poder Concedente quanto à deliberação de como deverá ser conduzida a apuração do 57º trimestre.

Destacamos que o referido indicador já está sendo apurado com flexibilização ao que determina a ficha técnica no que tange às instituições concedentes dos títulos de especialista. Em fevereiro/2024, 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, 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, até que advenha o parecer da PGE sobre o tema.

Ademais, informamos que estamos analisando os títulos enviados pela Concessionária.

AÇÕES/DECISÕES REQUERIDAS

- 37 residentes externos (CRM 31399, 36567, 38546, 40514, 35847, 36090, 43775, 35987, 40906, 44384, 43008, 40545, 37471, 41755, 37595, 35227, 39044, 37525, 41423, 35236, 40537, 40213, 34321, 42791, 38231, 40359, 44739, 37685, 38555, 43649, 34840, 44353, 35886, 38381, 42691, 41569 e 35097); e
- 35 residentes internos (CRM 43647, 41578, 41291, 33403, 40212, 18023, 36617, 41025, 31209, 38314, 41031, 38475, 40211, 40948, 38556, 36691, 41427, 38194, 31336, 34857, 35940, 38629, 31510, 38502, 36878, 41970, 44493, 28718, 36244, 41586, 38564, 42198, 37511, 36749 e 35723).

Quanto aos residentes, a Concessionária entende que estes só deverão ser considerados no cálculo do indicador se, no período analisado, o médico residente foi contratado e remunerado diretamente pelo hospital. A Concessionária argumenta, ainda, que tal indicador foi incorporado no início da concessão, quando o hospital não tinha programas de residência.

Tendo em vista que o indicador conceitua o denominador da equação (número de médicos) como “o número total de médicos em atividade no hospital, independente do vínculo empregatício”, entende-se que os residentes devem ser considerados no cálculo.

Contudo, frente aos argumentos apresentados pela Concessionária no Ofício Dir. Técnica 33/25, remetemos tal quadro para deliberação do Poder Concedente. Vale trazer à luz, ainda, a fala da Concessionária sobre o tema, na última Reunião de Governança (30/01/2025), sinalizando que se os residentes forem considerados no cálculo, o que impactará negativamente no resultado do indicador, o hospital descontinuará o programa de residência.

Cabe sinalizar que, para apuração do referido indicador nos trimestres anteriores, o denominador da equação era apontado pela Concessionária, a partir da documentação suporte fornecida trimestralmente, com o quantitativo de médicos atuantes no período. O VI não dispunha de fontes alternativas dessa informação, tendo em vista o acesso ainda limitado ao PGH e a indisponibilização das escalas médicas. Recentemente, após liberação de acesso ao relatório PGH denominado “Desempenho de Profissional”, este VI tomou conhecimento acerca dos profissionais médicos atuantes na instituição e pôde aprofundar suas análises e chegar ao resultado atual.

Ainda no Ofício Dir. Técnica 33/25, a Concessionária aponta a necessidade de revisão da ficha técnica do indicador no que se refere ao conceito de médicos com título de especialista. A referida ficha técnica aponta que deverão ser considerados apenas os títulos de especialista na especialidade de atuação do hospital. Acerca disso, a Concessionária argumenta que enfrenta dificuldade para encontrar médicos com títulos de especialidades específicas.

Quanto a esse pleito, demandamos o apoio do Poder Concedente quanto à deliberação de como deverá ser conduzida a apuração do 57º trimestre.

Destacamos que o referido indicador já está sendo apurado com flexibilização ao que determina a ficha técnica no que tange às instituições concedentes dos títulos de especialista. Em fevereiro/2024, 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, 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, até que advenha o parecer da PGE sobre o tema.

Ademais, informamos que estamos analisando os títulos enviados pela Concessionária.

AÇÕES/DECISÕES REQUERIDAS

Segue abaixo o link com os documentos comprobatórios de especialização de alguns dos médicos referenciados e, em anexo, as planilhas com as considerações da Concessionária.

https://drive.google.com/drive/folders/1qdJPFb9lxz2CcoSSCKh3Ytsalw1SzJkl?usp=drive_link

Ficamos a disposição para esclarecimentos,

De: "Luci Souza" <luci.souza@prodalsaude.com.br>
Para: "BR Projeto PPP_HS" <brppphs@deloitte.com>, "SESAB" <sais.cgppp@saude.ba.gov.br>
Cc: "Raquel Barbosa, External" <raquel.barbosa1@saude.ba.gov.br>, "Debora Grasielle Campos Bahia" <debora.bahia@saude.ba.gov.br>, "Luciana macedo" <luciana.macedo@saude.ba.gov.br>, "Alana Patricia de Oliveira Sales" <asales@deloitte.com>, "cyntia lins" <cyntia.lins@prodalsaude.com.br>
Enviadas: Sexta-feira, 7 de fevereiro de 2025 16:25:07
Assunto: Trimestre 57º.

Prezados, boa tarde!

Em resposta ao e-mail de 29 de janeiro de 2025 às 16:55, segue Ofício Diretoria Geral 33/25, referente ao trimestre 57º.

Favor acusar o recebimento.

Atenciosamente,

	Luci Souza Assistente Diretoria (71) 3217-8608 luci.souza@prodalsaude.com.br www.prodalsaude.com.br
	Cyntia Lins Gerente de Qualidade e Segurança Tel.: (71) 3217-8710 cyntia.lins@prodalsaude.com.br www.prodalsaude.com.br

Esta comunicação, incluindo seus anexos, é destinada exclusivamente ao uso do indivíduo a que se destina, podendo conter informações confidenciais e ser considerada reservada e/ou privilegiada. Se você não for o destinatário pretendido e recebeu esta mensagem por engano, notifique-me imediatamente, respondendo a este e-mail com confirmação que excluirá esta comunicação e todas as suas cópias de seus dispositivos. O uso não autorizado dessa comunicação é vedado. A Deloitte refere-se a uma ou mais empresas da Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), sua rede global de firmas-membro e suas entidades relacionadas (coletivamente, a "organização Deloitte"). A DTTL (também chamada de "Deloitte Global") e cada uma de suas firmas-membro e entidades relacionadas são legalmente separadas e independentes, que não podem se obrigar ou se vincular a terceiros. A DTTL, cada empresa membro da DTTL e cada entidade relacionada são responsáveis apenas por seus próprios atos e omissões, e não entre si. A DTTL não fornece serviços para clientes. Por favor, consulte www.deloitte.com/about para saber mais.



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

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

© 2025. Para mais informações, contate a Deloitte Touche Tohmatsu Limited.