



**prefeitura de
PORTO ALEGRE**
PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
SETOR DE CONTRATOS - CAF/PGM

CONTRATO REGISTRADO SECON Nº 85086 / 2023 - SEI Nº 18.0.000018579-1

VIGÉSIMO QUARTO TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO, REGISTRADO SOB O Nº. 67.385, FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE E A ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA/ RESTINGA EXTREMO SUL PARA GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL DA RESTINGA E EXTREMO SUL, COM VISTAS A PROMOVER, PROTEGER E RECUPERAR A SAÚDE DA POPULAÇÃO, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO.

O **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**, pessoa jurídica de direito público interno, com endereço na Praça Montevideu, nº 10, em Porto Alegre/RS, inscrito no CGC/MF sob o nº 92.963.560/0001-60, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, **Fernando Ritter**, por competência delegada através do Decreto Nº 19.932/2018 combinado com o Decreto nº 19.984/2018, doravante denominado **MUNICÍPIO**, e de outro a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA/ RESTINGA EXTREMO SUL**, inscrita no CNPJ nº 04.994.418/0003-84, com endereço na Rua Avenida João Antônio da Silveira 3700, em Porto Alegre/RS, neste ato representada por seu representante legal **Dirceu Beltrame Dalmolin**, aqui denominado **COLABORADORA**, resolvem firmar o presente Termo Aditivo, regendo-se pelos arts. 55 e 57 da Lei 13.019/14 e arts. 31, 55, 56 e 57 do Decreto Municipal 19.775/2017, conforme cláusulas e condições que seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto do presente Termo Aditivo ao Termo de Colaboração sob nº 67.385 consiste na manutenção dos 10 leitos de pediatria da Operação inverno, atualização dos valores orçamentários da parceria com a inclusão de leitos de pediatria já previstos em aditivo anterior e a dotação orçamentária.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS LEITOS PARA OPERAÇÃO INVERNO

2.1. Manutenção de 10 leitos clínicos pediátricos para Operação Inverno de 21 de agosto a 30 de setembro de 2023, considerando o valor da diária de R\$ 348,75 (trezentos e quarenta e oito reais e setenta e cinco centavos), conforme Documento Descritivo Assistencial SEI 23818791.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA ATUALIZAÇÃO DE VALORES E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

3.1. O valor do TERMO DE COLABORAÇÃO fica discriminado, de acordo com vinculação orçamentária e a inclusão dos leitos de pediatria já previstos e com orçamentação de vínculo municipal definido em aditivo anterior, importando no repasse mensal de **R\$ 5.800.734,42 (cinco milhões, oitocentos mil setecentos e trinta e quatro reais e quarenta e dois centavos)**, conforme a composição a seguir:

OBJETO	PORTARIAS	ATIVIDADE	VALOR MENSAL
Orçamentação Global - pré-fixado			
Orçamentação federal (Vínculo 4501)	Portaria GM/MS nº 1.461/2014	4037	R\$ 2.300.000,00
	Portaria GM/MS nº 961/2023	4037	R\$ 54.027,34
	Portaria 3.600/2020	4037	R\$ 174.504,16
Orçamentação Estadual (Vínculo 4230)	Portaria SES nº 446/2022	4037	R\$ 1.000.542,78

Orçamentação Municipal (Vínculo 40)	Incentivo	4037	R\$ 1.978.148,44
	Leitos pediatria	4037	R\$ 293.511,70
Pós-fixado*			
10 Leitos de pediatria Oper. Inverno	Operação inverno	4037	por ocupação no limite do PL
Total pré-fixado			R\$ 5.800.734,42

*Valores variáveis

3.2. A dotação orçamentária é:

1804-4037-335043990000-4501

1804-4037-335043990000-4230

1804-4037- 335043990000-40

1804-4037-335043999900-4501

1804-4037-335043999900-4230

1804-4037-335043999900-40

CLÁUSULA QUARTA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

4.1. Permanecem íntegras e em pleno vigor todas as cláusulas do referido Termo de Colaboração de Prestação de Serviços de Saúde que não foram objeto deste Termo Aditivo.

E assim, por estarem justos e acordados, é firmado o presente Termo Aditivo, por meio do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) do MUNICÍPIO.

ANEXO I - PLANO DE TRABALHO - DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL (24907999)

1) Informações gerais do HOSPITAL RESTINGA E EXTREMO SUL

Número de leitos: 144

- UTI adulto tipo II: 10
- Cirurgia geral: 17
- Clínica geral: 45
- Pediatria clínica: 39
- Emergência adulto: 17
- Emergência pediátrica: 6
- Leitos pediátricos operação inverno 2023: 10

Serviço de Urgência e Emergência: sim

Demanda: espontânea e referenciada

Serviço de maternidade: não

Serviço de hemodiálise: sim

Razão social: Nefroclínica LTDA

CNPJ: 87.336.459/0001-49

Diretor responsável: CARLOS HENRIQUE GIAMBASTIANI CASARTELLI - CPF 310.590.070-53

Nefrologista responsável: LIDIA BEATRIZ SA - CPF 293.603.900-20

2 máquinas de hemodiálise

Comissões

- Controle de infecção hospitalar
- ética médica
- revisão de prontuários
- núcleo de segurança do paciente

Incentivos

UTI adulto RUE (rede de urgência e emergência) tipo II: 7

Equipamentos

Equipamentos de diagnóstico por imagem

- Mamógrafo - não operacional
- RX mais 500 mA: 1
- Tomógrafo computadorizado: 1
- Ecógrafo; 3

Equipamentos de infraestrutura

- Grupo Gerador: 3
- Usina de Oxigênio: 1

Equipamentos para manutenção da vida

- Bomba de Infusão: 130
- Monitor de ECG: 30
- Respirador/Ventilador: 25

Equipamento por métodos gráficos

- Eletrocardiógrafo: 3

Equipamentos por métodos ópticos

- Equipamentos cedidos em comodato pelo Hospital Conceição
- Biomicroscópio (LÂMPADA DE FENDA): 3
- Cadeira oftalmológica: 3
- Campímetro: 1
- Ceratômetro: 3
- Coluna Oftalmológica: 3
- Lensômetro: 2
- Oftalmoscópio: 1
- Refrator: 3
- Retinoscópio: 1
- Tonômetro de aplanção: 3

Equipamentos endoscópicos

- Endoscópio digestivo: 1
- Endoscópio das vias aéreas: 1
- Endoscópio das vias urinária: 1

2) Metas de produção quantitativa

2.1) As metas de produção quantitativa, representam **60%** do valor total contratualizado com o prestador. Estão discriminadas por áreas de prestação de serviço, e são negociadas entre o prestador e a secretaria municipal de saúde, visando o melhor equilíbrio possível entre as necessidades dos pacientes do sistema único de saúde, e a possibilidade de cada prestador em atendê-las, segundo sua capacidade instalada, sua complexidade e seu papel dentro da rede SUS;

2.2) A revisão das metas acontecerá **a cada 12 meses**, com, no mínimo, 30 dias de antecedência à data de vencimento do contrato. As metas atualmente constantes neste Documento Descritivo Assistencial podem ser alteradas por necessidade da secretaria municipal de saúde ou por solicitação do prestador, sempre após negociação e comum acordo entre as partes. Podem aumentar, diminuir ou não se modificarem em quantidade, podem ter seu peso dentro do contrato modificado, podem ser suprimidas, ou podem ser acrescidas de novas metas, não constantes no atual contrato;

2.3) A revisão das metas deve ser balizada pelos dados de produção e de faturamento aprovados, dos 12 meses anteriores à renovação, constantes no TABWIN e/ou seus coetâneos em uso pela secretaria municipal de saúde, ou seu/seus sucessor(es);

As situações anômalas, que possam afetar a produção do prestador (epidemias, pandemias, danos severos à estrutura ou ao maquinário do estabelecimento, ou situações que comprometam de forma significativa a capacidade produtiva do estabelecimento mas não estejam aqui previstas), serão avaliadas pela equipe da CAC (comissão de acompanhamento de contrato) responsável pelo contrato do prestador, e ponderadas no momento da revisão das metas;

2.4) As metas de produção quantitativa foram divididas em 6 áreas, com pesos diferentes em relação ao seu valor dentro do contrato:

Área 1 - Unidade de apoio diagnóstico: 12% do valor total do contrato

Área 2 - Internação em enfermaria: 12% do valor total do contrato

Área 3 - Internação em UTI: 6% do valor total do contrato

Área 4 - Cirurgias: 12% do total do contrato

Área 5 - Consultas ambulatoriais: 6% do valor total do contrato

Área 6 - Emergência: 12% do valor total do contrato

2.5) O repasse de 60% dos valores mensais contratualizados, depende do cumprimento das metas conforme descritivo abaixo, com seus quantitativos acordados para cada procedimento e seus limites inferiores e faixas de compensação possíveis para procedimentos cumpridos à menor;

2.6) Quando o prestador não atingir o limite inferior mínimo, poderá compensar com procedimentos a maior, dentro da faixa de compensação estabelecida para cada área das metas, sempre respeitando o limite máximo de procedimentos aceito para compensação;

2.7) As compensações só podem ocorrer dentro da área em que a meta não foi atingida. Não é possível compensar procedimentos a menor, com procedimentos de uma área diferente daquela aonde o procedimento à menor foi verificado;

2.8) Quando uma das áreas não atingir seu quantitativo mínimo, mesmo após compensação por outros procedimentos possíveis, o prestador não receberá o valor referente à área com a meta não alcançada. Existe uma tolerância de 20% a menor para os procedimentos descritos.

2.9) Quando o prestador não atingir uma meta que depende de encaminhamentos da secretaria de saúde de Porto Alegre para realização (primeira consulta ou exame disponibilizado pelo prestador mas não utilizado pela regulação), e ficar comprovado, a partir de dados dos sistemas informatizados de marcação e faturamento da secretaria municipal de saúde, que não houve descumprimento da meta por responsabilidade do prestador, não haverá incidência de desconto para o item que se enquadre nesta categoria.

2.10) O cumprimento de todas as metas qualitativas será mensurado a partir de:

- Dados disponíveis nos sistemas informatizados da secretaria municipal de saúde (GERCON, GERINT, GERCON FATURAMENTO E POWER BI, ou seus sucessores);
- Dados de faturamento aprovado pela regulação e produção SUS conforme o TABWIN, ou seu sucessor - dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) e APURASUS, ou seus sucessores, ficando o prestador obrigado a atualizar mensalmente seus dados nestes portais.
- Dados do Sistema de Gestão de Parcerias (SGP).

2.11) O prestador poderá apresentar dados próprios, para esclarecimento de dúvidas ou resolução de conflitos em torno de metas não alcançadas, resguardando à secretaria o direito de acatar ou não o uso de tais dados. Na resolução de conflitos, os dados

públicos dos sistemas informatizados das secretarias municipal e estadual de saúde, bem como os dados do ministério da saúde, conforme descrição anterior, terão peso preponderante;

2.12) O prestador fica obrigado a manter o CNES e o APURASUS atualizados, no mínimo, mensalmente, com quaisquer modificações que sejam objeto de atualização nestes dois bancos de dados;

2.13) O desconto referente às metas não cumpridas, será feito nos valores a receber pelo prestador no fechamento do quadrimestre em que se verificou o não cumprimento de uma ou mais metas, após a deliberação da comissão de acompanhamento de contrato desta parceria (CAC);

2.14) O valor mensal de repasse do Fundo Municipal de Saúde para a execução do TERMO DE COLABORAÇÃO em epígrafe, será depositado em conta bancária única, e exclusivamente criada para este fim (conforme Art. 51 da Lei 13.019/2014). Todas as despesas decorrentes da execução do objeto do TERMO DE COLABORAÇÃO a ser firmado deverão ser executadas através desta conta, não sendo reconhecida qualquer transação executada fora dela;

2.15) O prestador fica obrigado a manter um site oficial, auditável, mantendo atualizadas todas as informações bem como o organograma com os respectivos setores, suas chefias, diretores, dirigentes ou responsáveis, conforme definição proposta pelo prestador. No site também devem estar disponíveis acessos claros e fáceis para contato ou ouvidorias referentes à prestação do serviço hospitalar;

2.16) Prevendo-se a vinculação do Hospital Restinga e Extremo Sul a programas que possam ser lançados por quaisquer das esferas do poder público em momento futuro, regulamenta-se que:

- incentivos futuros, temporários e/ou excepcionais, extemporâneos à assinatura deste termo de colaboração, não geram vinculação financeira nem física.
- a produção vinculada a estes programas, não será considerada para cumprimento das metas constantes neste contrato, nem se confundirão com elas.
- a produção vinculada a estes programas, não poderá ser utilizada para fins de compensação de metas realizadas a menor pelo prestador.

Área 1 - Unidade de Apoio Diagnóstico: 12% do valor total do contrato

área 1 - UNIDADE DE APOIO DIAGNÓSTICO	Meta física de procedimentos mês	pontos por procedimento	% mínima para atingir meta	nº absoluto mínimo para atingir meta	% máxima admitida para cada procedimento em caso de compensação	nº absoluto máximo em caso de compensação	nº mínimo de exames/mês ofertados para regulação
ESTA META EQUIVALE A 12% DO VALOR TOTAL DO CONTRATO							
tomografia computadorizada	1.400	100	80%	1.120	140%	1.960	800
ecodoppler colorida de vasos	100	100	80%	80	140%	140	80
ecografia mamária bilateral	160	60	80%	128	140%	224	120
ecografia transvaginal	160	60	80%	128	140%	224	120
ecografia de bolsa escrotal	80	60	80%	64	140%	112	60
ecografia de outros sistemas	1.400	40	80%	1.120	140%	1.960	1000

endoscopia digestiva alta - EGD	400	180	80%	320	140%	560	300
colonoscopia	40	300	80%	32	140%	56	30
eletrocardiograma de 12 derivações	800	8	80%	640	140%	1.120	600
raio x de qualquer parte	2.900	8	80%	2.320	140%	3.640	2.000
exame de análises clínicas	30.000	1	80%	24.000	140%	42.000	20.000

- 1.a) Área 1 - permite compensação de um tipo de exame cujo número mínimo não foi atingido, por outro, até o máximo de 140% de compensação por tipo de exame excedente.
1.b) Caso alguma meta não seja atingida em valores absolutos, calcula-se a pontuação para verificar se houve compensação suficiente por outros exames feitos a maior.
1.c) A pontuação total para o cumprimento da área 1 é de, no mínimo, 298.880 pontos (coluna pontos por procedimento x coluna n° absoluto mínimo para atingir meta). A coluna: % máxima admitida para cada procedimento em caso de compensação, só estipula um máximo de cada procedimento para fins de compensação, não impedindo que o prestador realize mais do que 140% de qualquer procedimento, ressalvando-se que, acima deste limite, os exames a maior, não serão contabilizados para compensação de exames a menor.

Área 2 - Internação em enfermaria: 12% do valor total do contrato

área 2 - INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA ESTA META EQUIVALE A 12% DO VALOR TOTAL DO CONTRATO	META - n° de internações mês	% mínima para atingir meta	n° absoluto mínimo para atingir meta	% máxima admitida para fins de compensação	n° absoluto máximo de internações para fins de compensação
Internação clínica adulto	200	80%	160	140%	280
Internação cirúrgica adulto	220	80%	176	140%	308
Internação pediátrica	100	80%	80	140%	140

- 2.a) Permite compensação de um subitem de internação não atingido por outro da mesma área, até o máximo de 140% de compensação por tipo de internação excedente.
2.b) A coluna: % máxima admitida para fins de compensação, só estipula um máximo de cada tipo de internação para compensação, não impedindo que o prestador realize mais de 140% de qualquer internação, ressalvando-se que, acima deste limite, as internações a maior não serão contados para compensação de internações realizados a menor.

Área 3 - Internação em UTI: 6% do valor total do contrato

Área 3 - INTERNAÇÃO EM UTI ESTA META EQUIVALE A 6% DO VALOR TOTAL DO CONTRATO	META - n° de internações mês	% mínima para atingir meta	n° absoluto mínimo de internações em UTI/mês para atingir meta
Internação em UTI	40	85%	34

Não existe compensação para internações a menor em UTI

Área 4 - Cirurgias: 12% do total do contrato

área 4 – CIRURGIA ESTA META EQUIVALE A 12% DO VALOR TOTAL DO CONTRATO	METAS - n° de cirurgias mês	% mínima para atingir meta	n° absoluto mínimo para atingir meta	% máxima admitida para fins de compensação	n° absoluto máximo de cirurgias para fins de compensação
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede	150	80%	120	140%	210

abdominal - Sigtap 0407 (01 a 04)					
Cirurgia vascular geral - Sigtap 040602	20	80%	16	140%	28
Cirurgia Vascular – tratamento esclerosante de varizes – Sigtap 030907	60	80%	48	140%	84
Cirurgias do aparelho genitourinário - Sigtap 0409 (01 a 07)	60	80%	48	140%	84
Vasectomia - Sigtap 0409040240	20	80%	16	140%	28
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa - Sigtap 0401 (01 e 02)	150	80%	120	140%	210
biópsia de próstata	40	80 %	32	140%	56
Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada terapêutica - Sigtap 0407030255	30	80%	24	140%	42

4.a) Permite compensação de um subtipo cirúrgico não atingido por outro realizado à maior, até o máximo de 140% de compensação por tipo de cirurgia.

4.b) A coluna: % máxima admitida para fins de compensação, só estipula um máximo de cada tipo de cirurgia para compensação, não impedindo que o prestador realize mais de 140% de qualquer cirurgia, ressalvando-se que, acima deste limite, as cirurgias realizadas à maior não serão contabilizadas para compensação de cirurgias realizados à menor.

Área 5 - Consultas ambulatoriais: 6% do valor total do contrato

Área 5 - CONSULTAS AMBULATORIAIS ESTA META EQUIVALE A 6% DO VALOR TOTAL DO CONTRATO	META - n° consultas/mês	% mínima para atingir meta	n° absoluto mínimo para atingir meta	% máxima admitida para fins de compensação	n° absoluto máximo de consultas admitida para fins de compensação
1° consulta em infecto HIV	80	80%	64	140%	112
retorno em infecto HIV	240	80%	192	140%	336
1° consulta em infecto Geral	20	80%	16	140%	28
retorno em infecto geral	60	80%	48	140%	84
1° consulta clínica médica	100	80%	80	140%	140
retorno em clínica médica	400	80%	320	140%	560
1° consulta em traumatologia/ortopedia adulto	200	80%	160	140%	280
retorno em traumatologia/ortopedia adulto	400	80%	320	140%	560
1° consulta em traumatologia/ortopedia pediátrica	40	80%	32	140%	56
retorno em traumatologia/ortopedia pediátrica	80	80%	64	140%	112

1° consulta em urologia	140	80%	112	140%	196
retorno em urologia	200	80%	160	140%	280
1° consulta em cirurgia geral	80	80%	64	140%	112
retorno em cirurgia geral	200	80%	160	140%	280

5.a) Permite compensação de um subtipo de consulta não atingido, por outro feito à maior, respeitando-se o máximo de 140% de compensação por subtipo de consulta

5.b) As primeiras consultas são aquelas ofertadas pelo prestador à regulação, e devem ser conferidas no Power BI e/ou GERCON.

5.c) Os retornos, são as consultas em determinada área, lançadas pelo prestador e aprovadas no TABWIN, menos as consultas ofertadas pela regulação.

5.d) Caso a meta de algum subtipo de consulta não seja atingida por absenteísmo, ou porque a regulação da secretaria municipal de saúde não preencheu o quantitativo ofertado pelo prestador, não haverá desconto no item ao qual esta situação se refere. A comprovação de que o subitem não foi alcançado por responsabilidade da secretaria de saúde, deve ser feita por consulta aos aplicativos de gestão e regulação da secretaria municipal de saúde de porto alegre (gerint, gercon, gercon faturamento, tabwin, power BI e/ou seus coevos ou sucessores), com auxílio ou não, de dados fornecidos pelo prestador a partir de seus sistemas internos de informática.

Área 6 – Emergência – 12% do valor total do contrato

Não existe limite para o atendimento em emergência.

Esta meta será considerada cumprida nos meses em que :

- Não aconteça o fechamento da emergência em nenhum dia no mês.
- Não aconteça restrição ao atendimento em mais do que 5 dias no mês.

Entende-se por **fechamento**, quando a emergência tem suas portas fechadas e não recebe pacientes nem por demanda espontânea nem por demanda regulada via SAMU.

Entende-se por **restrição ao atendimento**, quando a emergência mantém as portas abertas mas limita o número de atendimentos por demanda espontânea ou por regulação via SAMU, mas continua atendendo casos de risco de vida imediata ou vagas impositivas via SAMU. A restrição ao atendimento tem que ser oficialmente informada ao gestor e ao SAMU.

3) Metas qualitativas – correspondem a 40% do valor total do contrato

Indicador	Meta
Tempo médio de permanência medido em dias - Leitos Clínicos	7
Tempo médio de permanência medido em dias - Leitos Cirúrgicos	5
Tempo médio de permanência medido em dias - Leitos Pediátricos	5
Tempo Médio de Espera em Minutos para atendimento pacientes classificados como amarelos	60 minutos
Taxa de Ocupação geral de Leitos (clínicos, cirúrgicos e pediátricos, em enfermaria)	85%
Taxa de Ocupação - leitos de UTI	85%
Taxa de densidade de Incidência de Quedas <u>Fórmula: Número de quedas notificadas no período / número de pacientes-dia X 1000</u> Paciente-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia de um serviço, em um determinado período de tempo, é definido pela soma do total de pacientes a cada dia de permanência, em determinada unidade. Pode ser entendido como o somatório mensal do senso diário de pacientes de uma unidade.	5 quedas / 1000 pctes dia

Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia. Segundo os autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação. Estudo em hospital na Califórnia, EUA, destacou a presença de queda em pacientes pediátricos. Essas foram mais comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos deixados ao chão. A maior parte dos eventos ocorreu na presença dos pais. Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como Racionalidade fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda. Estudo realizado em hospital privado localizado na cidade de São Paulo apresentou uma taxa de queda reduzida em 2008 - 1,45 por 1.000 pacientes-dia-, que estava associada à implementação de um protocolo de gerenciamento de quedas.

Referências :

<https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/%C3%ADndice-de-quedas>

<https://proqualis.fiocruz.br/guideline/guia-curricular-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-da-organiza%C3%A7%C3%A3o-mundial-da-sa%C3%BAde-edi%C3%A7%C3%A3o>

<https://proqualis.fiocruz.br/indicadores-cl%C3%ADnicos>

<https://proqualis.fiocruz.br/relatorio/plano-de-a%C3%A7%C3%A3o-global-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-2021-2030-sum%C3%A1rio-executivo>

Taxa de Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) - IPCSL, em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em unidades de terapia intensiva (UTI), de 10 (dez) ou mais leitos.

IPCSL = Número de casos novos de IPCSL no período / Paciente com Cateter venoso central-dia no período X 1000

Paciente-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia de um serviço, em um determinado período de tempo, é definido pela soma do total de pacientes a cada dia de permanência, em determinada unidade. Pode ser entendido como o somatório mensal do senso diário de pacientes de uma unidade.

Paciente com Cateter Venoso Central-Dia: unidade de medida que representa a intensidade da exposição dos pacientes aos cateteres centrais. Este número é obtido por meio da soma de pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Quando o paciente tiver mais que um cateter central, estes deverão ser contados apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.

Referências :

Indicadores Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos - UIPEA - Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGES - Setembro de 2010

4 infecções / 1000 pctes dia

Taxa de Mortalidade Institucional

8%

Fórmula: (Nº de óbitos em pacientes com 24h ou + de internação no mês/Nº de saídas hospitalares no mês) X 100.

São consideradas saídas da unidade de internação hospitalar: altas (por cura, melhora ou inalteradas), evasão, desistência de tratamento, transferência externa ou óbito. **As transferências internas não são consideradas saídas hospitalares**

<p>para este índice, assim como não são para nenhum tipo de cálculo de indicador hospitalar.</p> <p>Referências:</p> <p>https://proqualis.fiocruz.br/apresentacao/hcor-reduz-infec%C3%A7%C3%B5es-associadas-ao-uso-de-cateter-venoso-central</p> <p>https://www.anahp.com.br/pdf/indicadores-qualidade-hospitalar-anahp-3T2021.pdf</p> <p>A cada reunião da CAC, a instituição deve apresentar dados de mortalidade mensais, utilizando a fórmula aqui discriminada. Nas revisões anuais dos DDA, estes dados serão utilizados para cálculo da mortalidade hospitalar de cada instituição, podendo, no momento das revisões, resultar na modificação das taxas de mortalidade como meta qualitativa. O objetivo é permitir o ajuste das taxas de mortalidade para cada instituição.</p> <p>Os dados de 2020 e 2021, não serão considerados, devido à distorção causada pela pandemia de covid.</p>	
<p>Comissão de Infecção Hospitalar</p> <p>- apresentação de relatório mensal de prevalência e incidência de Infecção de Corrente sanguínea associada à Cateter Venoso central em UTI na CAC.</p> <p>Comissão de Revisão de Óbitos</p> <p>- apresentação de relatório mensal da Comissão de Revisão de óbitos com análise dos óbitos ocorridos por faixa etária e as medidas adotadas na CAC.</p> <p>Comissão de Segurança do paciente</p> <p>É a comissão responsável pela coleta e apresentação dos dados de queda dentro da instituição.</p>	<p>Esta meta será considerada cumprida caso o prestador apresente os relatórios mensais solicitados na coluna da esquerda deste item.</p>

São 10 metas qualitativas, que correspondem a 40% do valor total do contrato. Cada meta responde por 4% do valor total a receber pelo prestador. O não cumprimento de qualquer meta/metas, acarretará no desconto de 4% do valor total mensal do contrato a receber pelo prestador, referente ao mês ou meses aonde a meta ou metas não foram atingidas.

Infecção da corrente sanguínea (ICS), deve preencher um dos seguintes critérios:

Critério 1 (patógenos reconhecidos; terapia intensiva não-neonatal): Isolamento de um ou mais patógenos bacterianos ou fúngicos reconhecidos em uma ou mais hemoculturas (por exemplo, Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, Escherichia coli, Klebsiella, Proteus, Salmonella spp., Candida albicans).

Observação: nos casos em que são obtidos isolados mistos nos quais um organismo é aceito como um patógeno, o organismo tido como um possível contaminante deve ser desconsiderado.

Critério 2 (possíveis contaminantes em pacientes com idade >1 ano), o paciente apresenta no mínimo um dos seguintes sinais e sintomas a menos de 24 horas da coleta de uma hemocultura positiva:

- febre (>38°C);
- calafrios ou rigor;
- hipotensão

e no mínimo um dos seguintes critérios:

- a. o mesmo possível contaminante é isolado em duas ou mais hemoculturas colhidas em momentos separados dentro de um período de 48 horas (isolados identificados por técnicas microbiológicas adequadas);
- b. isolamento de um possível contaminante em uma única hemocultura colhida de um paciente através de um cateter intravascular (a menos de 48 horas do episódio), sendo iniciada terapia antimicrobiana apropriada contra o organismo isolado.
- A infecção da corrente sanguínea (ICS) associada a dispositivo vascular central (DVC) é responsável por 20 a 40% das ICSs associadas ao cuidado de saúde. As unidades clínicas apresentam diferentes riscos de ocorrência segundo o tipo de dispositivo usado e fatores intrínsecos dos pacientes. Uma proporção significativa destas infecções é evitável com a adoção da melhor prática clínica. A ocorrência de ICSs associadas ao cuidado de saúde pode ser usada como medida da segurança de processos fundamentais da prática clínica dentro de uma unidade. A suspeita de tendências de infecção dentro de uma unidade deve ser examinada cuidadosamente pelo uso de medidas estatísticas adequadas, tais como gráficos de controle de processos e outras ferramentas de melhoria de qualidade para avaliar a significância, em intervalos de tempo também

determinados por considerações estatísticas. A investigação oportuna da ocorrência de eventos em quantidade acima da esperada ou, em unidades maiores, das taxas de infecção pode identificar questões sistêmicas ligadas a fatores evitáveis, levando então à documentação e à ação corretiva.

4) Detalhamento do pagamento mensal ao prestador, segundo objeto, vínculos e valores:

Tabela dos pagamentos

OBJETO	PORTARIAS	ATIVIDADE	VALOR MENSAL
Orçamentação Global - pré-fixado			
Orçamentação federal (Vínculo 4501)	Portaria GM/MS 1.461/2014	4037	R\$ 2.300.000,00
	Portaria GM/MS 961/2023	4037	R\$ 54.027,34
	Portaria 3.600/2020	4037	R\$ 174.504,16
Orçamentação Estadual (Vínculo 4230)	Portaria SES nº 446/2022	4037	R\$ 1.000.542,78
Orçamentação Municipal (Vínculo 40)	Incentivo	4037	R\$ 1.978.148,44
	Leitos pediatria	4037	R\$ 293.511,70
Pós-fixado*			
10 Leitos de pediatria Oper. Inverno	Operação inverno	4037	por ocupação no limite do PL
Total pré-fixado			R\$ 5.800.734,42

*Valor variável

ANEXO II - CRONOGRAMA DE REAJUSTE

Período	Total	Federal	Estadual	Municipal
até 21 de agosto/2023	3.329.769,69	1.676.277,01	677.787,04	975.705,63
de 22 a 31 de agosto/2023	1.776.523,46	798.227,15	322.755,74	655.540,57
set/23	5.507.222,72	2.528.531,50	1.000.542,78	1.978.148,44
out/23	5.507.222,72	2.528.531,50	1.000.542,78	1.978.148,44
nov/23	5.507.222,72	2.528.531,50	1.000.542,78	1.978.148,44
dez/23	5.507.222,72	2.528.531,50	1.000.542,78	1.978.148,44
jan/24	5.507.222,72	2.528.531,50	807.478,75	2.171.212,47
fev/24	5.507.222,72	2.528.531,50	807.478,75	2.171.212,47
mar/24	5.507.222,72	2.528.531,50	807.478,75	2.171.212,47
abr/24	5.507.222,72	2.528.531,50	807.478,75	2.171.212,47
mai/24	5.507.222,72	2.528.531,50	807.478,75	2.171.212,47
jun/24	5.507.222,72	2.528.531,50	807.478,75	2.171.212,47
jul/24	5.507.222,72	2.528.531,50	807.478,75	2.171.212,47

ago/24	5.507.222,72	2.528.531,50	807.478,75	2.171.212,47
set/24	5.507.222,72	2.528.531,50	807.478,75	2.171.212,47
out/24	5.507.222,72	2.528.531,50	514.957,50	2.463.733,72
nov/24	5.507.223,72	2.528.531,50	514.958,50	2.463.733,72
dez/24	5.507.224,72	2.528.531,50	514.959,50	2.463.733,72
jan/25	5.507.225,72	2.528.531,50	514.960,50	2.463.733,72
fev/25	5.507.226,72	2.528.531,50	514.961,50	2.463.733,72
mar/25	5.507.227,72	2.528.531,50	514.962,50	2.463.733,72
abr/25	5.507.228,72	2.528.531,50	514.963,50	2.463.733,72
mai/25	5.507.229,72	2.528.531,50	514.964,50	2.463.733,72
jun/25	5.507.230,72	2.528.531,50	514.965,50	2.463.733,72
jul/25	5.507.231,72	2.528.531,50	514.966,50	2.463.733,72
ago/25	5.507.232,72	2.528.531,50	514.967,50	2.463.733,72

A forma de repasse do pré-fixado é antecipada, ou seja, independe da produção propriamente dita. A cada 4 meses, as metas quantitativas e qualitativas são avaliadas na Comissão de Monitoramento e Avaliação - CMA e os valores, eventualmente pagos a maior no período, serão deduzidos no pagamento dos meses do período subsequente, de acordo com o percentual de cumprimento das metas. As metas pactuadas nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde (sejam quantitativas ou qualitativas) deverão ter o cumprimento mensal conforme o Plano de Trabalho acima.



Documento assinado eletronicamente por **Dirceu Beltrame Dal Molin, Usuário Externo**, em 06/09/2023, às 15:19, conforme o art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006, e o Decreto Municipal 18.916/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Ritter, Secretário(a) Municipal**, em 08/09/2023, às 12:44, conforme o art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006, e o Decreto Municipal 18.916/2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.procempa.com.br/autenticidade/seipmpa> informando o código verificador **25204943** e o código CRC **BB753B3F**.