



# Prefeitura do Município de Londrina

## Estado do Paraná

### AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### DOCUMENTO DESCRITIVO DO CONTRATO

#### SMGP-DGLC-PAULA

#### ANEXO I

#### MINUTA DO DOCUMENTO DESCRITIVO DO CONTRATO Nº número/ano

O presente Documento Descritivo foi elaborado conjuntamente pelo CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO PARANAPANEMA (CISMEPAR), o HOSPITAL ESTADUAL DOUTOR ANÍSIO FIGUEIREDO (HZN - Hospital Zona Norte) e a AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA tendo por objetivo, de acordo com o preconizado na Lei Nº 8.080/1990, Portaria de Consolidação GM/MS Nº 1, Nº 2, Nº 3, Nº 5 e Nº 6/2017, instrumentalizar a implementação do processo de reestruturação da Política Nacional de Atenção à Saúde e que dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços, permitindo o aprimoramento da atuação do CONTRATADO no Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se da instrumentalização por meio das normativas sobre a forma e mecanismos de monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades de atenção e de gestão do serviço prestado pelo HZN, sendo este, integrante da rede Estadual de Saúde, para a 17ª Regional de Saúde, com a capacidade técnica operacional para assistência de média complexidade, possuindo perfil de hospital geral de natureza pública. No presente documento, estão descritos os compromissos gerais das partes, as metas físicas - quantitativas e qualitativas, bem como, os indicadores de desempenho os quais são de responsabilidade de execução por parte do CONTRATADO e ainda, a metodologia de avaliação a ser utilizada pelos CONTRATANTES por meio da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato.

Objetiva aperfeiçoar a articulação existente entre o HOSPITAL ESTADUAL DOUTOR ANÍSIO FIGUEIREDO (HZN) e a Rede Municipal e Estadual de Saúde, orientando em especial, pela melhoria dos mecanismos de referência e contrarreferência dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, pela implementação da política de humanização abrangendo todas as áreas de assistência do hospital, pelo aprimoramento da relação com a Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, pela articulação das diversas especialidades médicas e demais áreas da saúde com foco na atenção integral à saúde das pessoas e pelo Planejamento Estratégico participativo com vistas à melhoria do cuidado à saúde.

Para o custeio da produção apresentada pelo CONTRATADO será utilizada como referência a [Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS](#), conhecida como SIGTAP, do Ministério da Saúde.

#### **1. FLUXOS DE ACESSO E ATENDIMENTO**

**A. Atendimento a Urgência e Emergência:** o CONTRATADO deve atender os pacientes provenientes de sua porta aberta de pronto-socorro clínico/cirúrgico e os provenientes das regulações da Central de Leitos especializados/SAMU. Realizará as cirurgias de urgência e emergência provenientes de seu pronto-socorro dentro de sua complexidade e especialidades médicas pactuadas nesse Documento Descritivo. Para isso, deve manter escala de pronto-socorro funcionantes (24 horas por dia, 7 dias da semana, inclusive feriados) e centro cirúrgico, das 07:00 às 19:00 de segunda à sexta-feira, inclusive feriados. Serão considerados leitos disponíveis ao SUS, os leitos vagos identificados pela Auditoria Operativa do Município *in loco*, desconsiderando os leitos bloqueados por necessidade do serviço e com a devida justificativa à Auditoria, e por meio do Sistema de Regulação GSUS da Unidade de Regulação de Leitos Macronorte (Central de Leitos Especializados) ou o que vier a substituí-lo.

**B. atendimentos Eletivos:** o CONTRATADO deve realizar as cirurgias eletivas provenientes dos ambulatórios de referência, conforme autorização da Diretoria de Regulação da Atenção à Saúde (DRAS), respeitando a cronologia que será monitorada também pela DRAS e seguindo as pactuações em CIB Estadual. Os serviços prestados pelo hospital devem garantir o atendimento integral das necessidades do paciente sejam elas clínicas ou cirúrgicas, incluindo procedimentos médicos e de enfermagem, exames laboratoriais e de imagem, medicações, materiais médicos necessários para procedimentos cirúrgicos e atendimento multiprofissional, sempre zelando pela qualidade, resolutividade e de acordo com sua Habilitação, Protocolos e Diretrizes do Ministério da Saúde.

#### **2. FLUXO DE AUDITORIA PARA INTERNAÇÃO E LAUDOS AIH NO HOSPITAL**

**A.** Caberá ao CONTRATADO manter o serviço de internação ininterruptamente durante todos os dias da semana, ofertando a efetiva quantidade de leitos disponíveis diariamente para a internação.

**B. Emissão APAC:** o CONTRATADO emite a APAC, preenchendo-a devidamente e encaminha à DRAS que deve seguir o trâmite interno: verificação do fluxo de entrada por meio do sistema, como SaúdeWeb, seguindo para auditoria prévia. O laudo APAC para ser autorizado pelo Gestor previamente deve vir com evolução médica, laudos de exames, plano terapêutico e regulação anexa quando for o caso. Em caso de mudança de plano terapêutico anexar os novos exames que comprovem a progressão da doença ou falha do tratamento anterior. Disponibilizar acesso ao sistema utilizado pelo Hospital à DRAS.

**C. Convocação para Cirurgia Eletiva:** somente diante do laudo da AIH e/ou APAC previamente autorizados o paciente será convocado para o procedimento/exame, respeitando-se a cronologia, salvo em caso de urgência que deverá ser justificada a auditoria de contas médicas.

**D. Internação Urgência e Emergência:** nas internações de urgência a AIH deve ser encaminhada à DRAS e/ou *in loco* para auditoria de contas médicas. Essas AIHs deverão estar preenchidas corretamente. É obrigatório anexar o espelho de regulação do SAMU ou URL Macronorte- Central de Leitos à conta médica quando a porta de entrada se der pela regulação.

**E. Auditoria de Contas Médicas (pós):** as contas médicas hospitalares devem ser disponibilizadas aos auditores *in loco* e encaminhadas à DRAS devidamente preenchidas, como exposto.

**F.** Em todas as contas hospitalares, sejam elas eletivas ou de urgência, é obrigatório em consonância com a Portaria nº 635, de 31 de Maio de 2016, artigo 2º, "que os espelhos de AIH devem ser conferidos e assinados pelo Diretor Geral, ou Diretor Clínico, ou Diretor Técnico do Hospital ou outro profissional

médico designado pelo Diretor Geral".

### **3. RESPONSABILIDADES DO CONTRATADO E PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS**

#### **A. ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

O Hospital Doutor Anísio Figueiredo (HZN - Hospital Zona Norte), com sede no Município de Londrina, é referência em atenção à saúde para os municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde, conforme disposto no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado do Paraná, bem como pactuações e habilitações específicas do Ministério da Saúde. E para realizar o atendimento desses pacientes, deve atentar-se ao cumprimento dos seguintes compromissos, voltados para a qualidade da prestação dos serviços:

- A.1** Disponibilizar a auditoria diariamente o censo hospitalar de todos os setores destinados ao atendimento SUS e garantir o acesso ao sistema informatizado do hospital, suficiente para análise da Auditoria Operativa da Autarquia Municipal de Saúde (AMS).
- A.2** Disponibilizar a auditoria diariamente o mapa cirúrgico convocado e o realizado dos pacientes SUS de urgência/emergência e eletiva. Em caso de suspensões, o CONTRATADO deve emitir relatório com a devida justificativa do cancelamento.
- A.3** Disponibilizar ao setor de AIH da DRAS/AMS mensalmente a lista atualizada de pacientes que aguardam a realização de cirurgias.
- A.4** Otimizar o uso das salas cirúrgicas, consultórios, leitos de internamento e equipamentos do Centro Cirúrgico.
- A.5** Disponibilizar a auditoria diariamente laudos de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade) dos pacientes internados e observados.
- A.6** Disponibilizar a auditoria diariamente a lista das altas hospitalares contendo cópia da contrarreferência para outras unidades assistenciais de saúde.
- A.7** Disponibilizar a auditoria diariamente o prontuário físico ou eletrônico atualizado e em ordem cronológica decrescente contemplando todos os dados referentes aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares.
- A.8** Executar dentro de 24 (vinte e quatro) meses todos os procedimentos cirúrgicos eletivos, autorizados previamente pela AMS, exceto em caso de atendimento de AIH cirúrgica proveniente de outro serviço.
- A.9** Seguir a ordem cronológica de autorização da AIH dos pacientes que aguardam a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos. No caso de prioridade para realização da cirurgia por agravo clínico, o Hospital na figura do médico assistente deve emitir relatório justificando essa priorização em detrimento à cronologia e apresentá-lo junto a AIH do paciente.
- A.10** Disponibilizar anualmente a cópia da Licença Sanitária ou protocolo de solicitação de renovação.
- A.11** Disponibilizar anualmente à DRAS o PDG (Plano Diretor da Gestão).
- A.12** Responsabilizar-se pela realização do risco cirúrgico dos pacientes que realizarão o procedimento cirúrgico em seu hospital.
- A.13** Informar a auditoria quanto às interdições temporárias de leitos, equipamentos quebrados em manutenção, manutenção preventiva, reforma da estrutura física e interrupções de serviço, bem como as desativações definitivas, com especificação do motivo e apresentação de plano alternativo para a garantia da assistência de sua responsabilidade, bem como o retorno à normalidade.
- A.14** Disponibilizar no ato da solicitação, o prontuário completo do paciente e informações necessárias à Auditoria Operativa, compatíveis com o pactuado.
- A.15** Disponibilizar diariamente serviço de urgência e emergência ininterruptamente, conforme habilitação e contratualização.
- A.16** Ter um Núcleo de qualidade e Segurança do Paciente implantado e ativo. Apresentar a auditoria o cronograma anual de ações e atas.
- A.17** Garantir a identificação de todos os usuários em atendimento, observados ou internados, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada RDC – Nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013 ou portaria vigente.
- A.18** Manter os protocolos clínicos, técnicos assistenciais e diretrizes terapêuticas adotadas pelo Hospital sempre atualizados e em conformidade com o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR). Esses devem ser disponibilizados ao gestor.
- A.19** Realizar acolhimento e classificação de risco, de acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.
- A.20** Garantir a continuidade da assistência dos pacientes na integralidade, nos casos de atendimentos/cirurgias da urgência e emergência.
- A.21** Prestar atendimento humanizado, de acordo com as diretrizes da PNH (Política Nacional de Humanização).
- A.22** Garantir a visita aberta e ampliada para os usuários, desde que negociada previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio.
- A.23** Garantir a presença de um acompanhante 24 horas/dia aos usuários crianças, adolescentes, gestantes, idosos, indígenas e com necessidades especiais, conforme a PNH (Política Nacional de Humanização) ou legislação vigente.
- A.24** Assegurar que todos os pacientes e ou seu responsável assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre as possíveis intervenções.
- A.25** Garantir acesso as informações presentes ou não no prontuário médico que estejam relacionadas ao plano terapêutico ou não à autoridade sanitária, ao paciente e/ou seus responsáveis.
- A.26** Manter a infraestrutura física, técnica e de pessoal qualificada nas quantidades e qualidades, de acordo com as definições e liberações pela SESA.

#### **B. GESTÃO**

- B.1** Prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos neste contrato.
- B.2** Comunicar às equipes técnicas de áreas envolvidas diretamente com a realização das pactuações do contrato, os compromissos e metas do mesmo, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
- B.3** Garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;
- B.4** Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido neste Contrato e no Documento Descritivo e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica e devidamente atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- B.5** Disponibilizar 100% dos leitos contratualizados para a Central de Regulação de Leitos Especializados e SAMU;

- B.6** Dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica;
- B.7** Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;
- B.8** Dispor de Ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;
- B.9** Garantir, em permanente funcionamento e de forma integrada, as Comissões de Assessorias Técnicas conforme legislação vigente:
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar: Encaminhar os relatórios relacionados ao controle de infecção hospitalar emitidos pela CCIH ao Centro de Epidemiologia da AMS, de acordo com rotina já estabelecida, e apresentar atas das reuniões conforme periodicidade e legislação vigente;
  - Comissão de Revisão de Prontuários: Manutenção dos prontuários integrados e organizados, contendo anotações completas e legíveis dos profissionais;
  - Comissão de Revisão de Óbitos: Manter a Comissão de Revisão de Óbitos para análise de óbitos ocorridos por faixa etária e medidas adotadas. Apresentar periodicamente análise dos óbitos evitáveis;
  - Implantar e implementar o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
  - Implantar e implementar o Núcleo Interno de Regulação (NIR);
  - E demais Comissões de acordo com legislação vigente.
- B.10** Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para os seus trabalhadores;
- B.11** Manter em local acessível aos usuários a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente da instituição;
- B.12** Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;
- B.13** Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor;
- B.14** Disponibilizar aos gestores públicos de saúde dos respectivos entes federativos contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas de informações;
- B.15** Manter a infraestrutura física, técnica e de pessoal qualificada nas quantidades e qualidades, de acordo com as definições e liberações pela SESA;
- B.16** Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- B.17** Notificar o CONTRATANTE, na pessoa do Gestor Municipal do SUS, por escrito, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis a impossibilidade de execução dos serviços, viabilizando prontamente a solução do problema nesta correspondência para que não haja prejuízo ao paciente e sem ônus ao Gestor, salvo quando devidamente justificado por situações extraordinárias (paradas programadas ou emergenciais);
- B.18** Permitir e facilitar o trabalho do CONTRATANTE na realização do acompanhamento, supervisão, fiscalização e auditoria de ações desenvolvidas pelo CONTRATADO;
- B.19** Notificar o CONTRATANTE, na pessoa do Gestor Municipal do SUS, de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, bem como alteração da composição da equipe profissional, enviando ao contratante, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração;
- B.20** Promover atividades que corroborem para a melhoria da Saúde do Trabalhador apresentando o cronograma a auditoria;
- B.21** Manter registro em prontuário único com evoluções e prescrições médicas e de enfermagem, assinadas e carimbadas e evolução (individual e/ou grupal) de outras categorias profissionais, assinadas e carimbadas, de modo a assegurar a evolução diária dos pacientes, conforme periodicidade em legislação vigente;
- B.22** Participar das avaliações dos programas de qualidade quando instituídos pelo Ministério da Saúde e ou pela AMS;
- B.23** Participar da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato;
- B.24** Atender as definições do Sistema Nacional de Auditoria e do Sistema Municipal de Auditoria;
- B.25** Disponibilizar nos setores de atendimento caixa de sugestões para os usuários do Serviço;
- B.26** Manter as áreas físicas adequadas com sinalização e informações sobre o serviço;
- B.27** Disponibilizar e aplicar junto ao usuário ou familiar o formulário para avaliação da satisfação do usuário mensalmente, conforme amostragem da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná;
- B.28** Manter a dedicação ao SUS de 100% da capacidade contratualizada, sob a ótica da eficiência, eficácia, equidade e estrutura operacional;
- B.29** Submeter-se aos Sistemas de Regulação do SUS, disponibilizando a totalidade das ações e serviços de saúde pactuados em contrato, em serviços de urgência/emergência e eletivo;
- B.30** Justificar mensalmente as alterações, suspensões e bloqueios de agenda de consultas e exames ambulatoriais, responsabilizando-se pelo reagendamento e convocação dos pacientes;
- B.31** Garantir o serviço contínuo de ouvidoria.

### C. ENSINO E PESQUISA

- C.1** Disponibilizar ensino integrado à assistência;
- C.2** Oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional;
- C.3** Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário;
- C.4** Ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com o gestor público de saúde local;

**C.5** Desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, conforme pactuado com o gestor de saúde;

**C.6** Cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos, caso o estabelecimento seja certificado como Hospital de Ensino (HE).

#### D. AVALIAÇÃO

**D.1** Acompanhar os resultados internos, visando a segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;

**D.2** Avaliar o cumprimento das metas e resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores qualitativos estabelecidos neste Documento Descritivo;

**D.3** Avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;

**D.4** Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;

**D.5** Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos;

**D.6** Monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização

**D.7** O CONTRATADO deve monitorar os seguintes indicadores gerais (dentre outros apontados pela Auditoria Operativa):

**I.** Taxa de internação em pronto-socorro, de suspensão de cirurgia eletiva, de ocupação em leito clínico, cirúrgico, pediátrico e do centro cirúrgico, bem como taxa de mortalidade institucional e cirúrgica e de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas;

**II.** Tempo médio de permanência em leitos de enfermaria clínica médica e cirúrgica;

**III.** Acolhimento com classificação de risco;

**IV.** Incidência de lesão por pressão e de queda em pacientes internados;

**V.** Educação permanente da equipe e índice de apoio à atenção primária;

**VI.** Taxa de preenchimento das avaliações pelo usuário e de insatisfação dos pacientes internados e de satisfação do paciente da urgência e emergência e internado;

**VII.** Preenchimento adequado e com qualidade da AIH e da APAC.

#### E. INDICADORES QUANTITATIVOS

Indicador	Conceito/Objetivo	Fonte	Base de Cálculo	Meta Mínima
Número de Cirurgias Eletivas	Núm. cirurgias realizadas no período de 1 mês	Mapa cirúrgico do hospital; Relatório de auditoria de constatação.	Núm. de cirurgias realizadas em 1 mês	80
Número de Cirurgias de Urgência	Núm. cirurgias realizadas no período de 1 mês	Mapa cirúrgico do hospital; Relatório de auditoria de constatação.	Núm. de cirurgias realizadas em 1 mês	120
Número de Internações Clínicas	Núm. internações provenientes do PS (casos regulados pelo SAMU e URL Macronorte-central de leitos ou autointernação)	Censo diário hospitalar; Espelho da regulação.	Núm. de internações clínicas realizadas em 1 mês	250
Número de Internações Cirúrgicas	80% do núm. internações provenientes do PS (casos regulados pelo SAMU e URL Macronorte-central de leitos ou autointernação)	Censo diário hospitalar; Espelho da regulação.	Núm. de internações cirúrgicas realizadas em 1 mês	160
Análises Clínicas	SIGTAP cód. 02.02 (realizar todos os exames autogerados e risco cirúrgicos)	SIA	Núm. de exames realizados em 1 mês	2.700
Raio X	SIGTAP cód. 02.04 (realizar todos os exames autogerados e risco cirúrgicos)	SIA	Núm. de exames realizados em 1 mês	1.000
Ultrassonografia (USG)	SIGTAP cód. 02.05 (realizar todos os exames autogerados e risco cirúrgicos)	SIA	Núm. de exames realizados em 1 mês	50
Tomografia	SIGTAP cód. 02.06 (Atender a demanda do PS referenciado pela Central De Regulação de U/E e Internação)	SIA	Núm. de exames realizados em 1 mês	100
Consultas de Profissional de Nível Superior (exceto Médico)	SIGTAP cód. 03.01.01.004-8 (realizar todos os atendimentos sob pena de negligência)	SIA	Núm. de consultas ofertadas durante a internação em 1 mês	1.300
Atendimento de Urgência com Observação 24 Horas	SIGTAP cód. 03.01.06.002-9 (realizar todos os atendimentos sob pena de negligência)	SIA	Núm. de atendimentos de urgência com observação 24 horas em 1 mês	120
Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	SIGTAP cód. 03.01.06.006-1 (realizar todos os atendimentos sob pena de negligência)	SIA	Núm. de atendimentos médicos em unidade de PS	1.300
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	SIGTAP Grupo 04 (Atender a demanda interna e encaminhamentos do ambulatório de referência)	SIA	Núm. de procedimentos realizados em 1 mês	90

**I.** É responsabilidade do Hospital realizar os exames e todos os procedimentos autogerados em sua estrutura necessários para o atendimento integral e resolutivo ao usuário, em conformidade com a Tabela SUS de procedimentos, de acordo com as metas pactuadas e compromissos assumidos em habilitações e complexidade específicas;

**II.** Garantir, de acordo com a pactuação, o atendimento integral ao paciente e o cumprimento das metas mínimas quantitativas;

**III.** Obedecer os fluxos pactuados com o Gestor sob pena de glosa total ou parcial de contas;

**IV.** Responsabilizar-se pela guarda dos laudos autorizados;

**V.** O hospital não será penalizado, caso esteja atendendo acima de sua capacidade contratualizada e teto financeiro pois trata-se de instituição de saúde porta aberta sujeito a variação de demanda, omissão e negligência.

## F. INDICADORES QUALITATIVOS

Indicador	Conceito/Objetivo	Fonte	Base de Cálculo	Meta Mínima
Taxa de Mortalidade Institucional	Relação percentual entre o núm. de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente, em um mês e o número de pacientes que tiveram saída do hospital (alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito). Objetivo: acompanhar óbitos ocorridos após as primeiras 24h de internação	CQH 2011 e Port. nº 2.224/GM 5/12/02, Relatórios de Auditoria, Dados Fornecidos pelo Hospital e Atestado de Óbito	Numerador (N): número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24h da admissão hospitalar do paciente. Denominador (D): número de pacientes que tiveram saída do hospital (alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito). Multiplicado por 100. Tempo: mensal	≤ 12%
Taxa de Mortalidade Cirúrgica	Relação percentual entre o número de óbitos intra hospitalares que ocorreram em até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período. Objetivo: acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante ou pós-operatório até 7 dias	Mapa Cirúrgico, Censo Hospitalar, Relatório de Auditoria e Atestado de Óbito	N: número de óbitos que ocorreram em até 7 dias após o procedimento. D: número de paciente submetidos a procedimento cirúrgico no mesmo período. Multiplicado por 100. Tempo: mensal. Exclusão: procedimento de desbridamento cirúrgico, drenagem, e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009). Cirurgias realizadas com anestesia local, uso de sedação e/ou analgesia, sem uso de anestesia assistida (Kluck, 2004)	≤ 4%
Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas	Objetivo: acompanhar a taxa de infecção como indicador de qualidade (Proqualis, 2004). Cirurgias Limpas são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário; Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616/98. Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até UM ano, se houver colocação de prótese, e envolve tecidos moles profundos à incisão (ex: fásia e/ou músculos)	Prontuário do Paciente, Instrumento de Notificação e Relatório de Auditoria	N: número de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas realizadas em hospital. D: número de cirurgias limpas realizadas no hospital. Multiplicado por 100. Tempo: mensal	≤ 6%
Incidência de Lesão por Pressão	Número de casos novos de pacientes com UPP (Úlcera por Pressão) em um determinado período, dividido pelo número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP (pacientes internados) no período, vezes 100. Objetivo: segurança do paciente (Proqualis, 2004)	Prontuário do Paciente, Instrumento de Notificação de Úlcera de Pressão e Relatório de Auditoria	N: número de casos novos de pacientes com UPP. D: número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP. Multiplicado por 100. Tempo: mensal	≤ 12%
Incidência de Queda em Pacientes Internados	Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário (Proqualis, 2014)	Prontuário do Paciente, Instrumento de Notificação de Quedas e Relatório de Auditoria	N: número de quedas no período. D: número de pacientes internados no período. Multiplicado por 1000. Tempo: mensal	≤ 5%
Taxa de Internação Pronto-Socorro	Avaliar a gravidade dos casos que ingressam pelo pronto-socorro. Avaliar a resolutividade do pronto-socorro	Relatório de Auditoria e Censo Hospitalar	N: atendimento de urgência com internação. D: total de atendimentos de urgência. Multiplicado por 100. Tempo: mensal	≤ 52%
Acolhimento com Classificação de Risco	Avaliar a gravidade dos pacientes que ingressam pelo pronto-socorro. Avaliar o tempo resposta da equipe do pronto-socorro	Instrumento de Classificação de Risco e Prontuário Médico	N: número de usuários atendidos por equipe de acolhimento com classificação de risco. D: número de usuários atendidos. Multiplicado por 100. Tempo: mensal	≥ 85%
Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva	Acompanhar as cirurgias suspensas por motivos que não dependeram do paciente	Mapa Cirúrgico e Relatório de Auditoria	N: número de cirurgias suspensas. D: número de cirurgias programadas. Multiplicado por 100. Tempo: mensal. Exclusão: pacientes com instabilidade hemodinâmica	≤ 15%
Tempo Médio de Permanência em Leitos Enfermaria Clínica Médica	Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital em um leito de clínica médica	Censo diário 00h00 (padronização baseada na nomenclatura e definição de leitos, Port. nº 312/02)	N: número de pacientes-dia (somatória de pacientes-dia do leito enf. clínica médica em um mês). D: número de saídas (somatória das altas, transferências externas e óbitos do leito de enf. clínica médica em um mês). Tempo: mensal	≤ 7 dias
Tempo Médio de Permanência em Leitos Enfermaria Clínica Cirúrgica	Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital em um leito cirúrgico	Censo diário 00h00 (padronização baseada na nomenclatura e definição de leitos, Port. nº 312/02)	N: número de pacientes-dia (somatória de pacientes-dia do leito enf. cirúrgica em um mês). D: número de saídas (somatória das altas, transferências externas e óbitos do leito de enf. cirúrgica em um mês). Tempo: mensal	≤ 3 dias
Taxa de Ocupação Leito	Medir o grau de ocupação do hospital	Censo diário 00h00 (padronização baseada	N: número de pacientes internados em leito clínico/dia. D: número de leitos	≥ 75%

Clínico		na nomenclatura e definição de leitos, Port. nº 312/02)	clínico disponível/dia. Multiplicado por 100. Tempo: mensal	
Taxa de Ocupação Leito Cirúrgico	Medir o grau de ocupação do hospital	Censo diário 00h00 (padronização baseada na nomenclatura e definição de leitos, Port. nº 312/02)	N: número de pacientes internados em leitos cirúrgico/dia. D: número de leitos cirúrgico disponível/dia. Multiplicado por 100. Tempo: mensal	≥ 60%
Taxa de Ocupação do Centro Cirúrgico	Uso efetivo da capacidade operacional do centro cirúrgico	Prontuário do Paciente, Ficha Anestésica e Mapa Cirúrgico	N: tempo (em minutos) total da sala cirúrgica + tempo gasto na limpeza + tempo preparo sala. D: total de minutos que o centro cirúrgico fica disponível. Multiplicado por 100. Tempo: mensal	≥ 85%
Educação Permanente da Equipe	Avaliar a participação no programa de educação permanente da instituição (presencial ou digital)	Cronograma Anual, por área de atuação (equipe multidisciplinar) e Assinaturas em Folha de Presença	1 (um) encontro trimestral para cada categoria profissional (nível técnico e superior) da instituição totalizando 4 (quatro) encontros/ano por categoria profissional, com assinatura em folha de presença. Valor: % presença em todos os treinamentos (equipe a = 1 treinamento 75% presentes)	≥ 75% por categoria
Índice de Apoio à Atenção Primária	Meta de qualificação da atenção primária	Cronograma anual, de apoio à atenção primária	Encontros trimestrais voltados à capacitação de todas as categorias profissionais com os temas inqueridos pela Diretoria de Atenção Primária (DAPS). Com apresentação do conteúdo e realização validada pela DAPS e encaminhada à auditoria do município. Valor: 100% dos encontros planejados devem ser realizados	100% todas as categorias
Preenchimento Adequado e com Qualidade da AIH	Objetivo: evitar atrasos na auditoria das AIHs por preenchimento inadequado ou incorreto	Relatório de Auditoria	N: preenchimento adequado e com qualidade dos campos da AIH. D: total de AIH aprovadas. Multiplicado por 100. Tempo: mensal	90%
Preenchimento Adequado e com Qualidade da APAC	Objetivo: evitar atrasos na auditoria das APACs por preenchimento inadequado ou incompleto	Relatório de Auditoria	N: preenchimento adequado e com qualidade dos campos da APAC. D: total de APAC aprovadas. Multiplicado por 100. Tempo: mensal	90%
Taxa de Insatisfação dos Pacientes Internados	Objetivo: avaliar a experiência do paciente no serviço, conforme modelo da SESA	Instrumentos de Avaliação de Satisfação do Paciente	N: número de avaliações ruim e péssimo. D: números de avaliações em pacientes internados. Multiplicado por 100. Tempo: mensal	≤ 20%
Satisfação do Paciente Internado	Objetivo: avaliar experiência do paciente no serviço, conforme modelo da SESA	Instrumentos de Avaliação de Satisfação do Paciente	N: número de avaliações bom e excelente. D: número de avaliações em pacientes internados. Multiplicado por 100. Tempo: mensal	≥ 70%
Satisfação do Paciente da Urgência e Emergência	Objetivo: avaliar experiência do paciente no serviço, conforme modelo da SESA	Instrumentos de Avaliação de Satisfação do Paciente	N: número de avaliações bom e excelente. D: número de avaliações em pacientes da urgência e emergência. Multiplicado por 100. Tempo: mensal	≥ 70%

I. Os indicadores qualitativos dispostos no quadro acima devem ser revistos após 6 (seis) meses da execução deste Documento Descritivo.

## G. ESTRUTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA E RECURSOS

### G.1 INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA

EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM		
Descrição	Existente	Em Uso
Raio X de 100 a 500 MA	3	2
Tomógrafo Computadorizado	1	1
Ultrassom com Doppler Colorido	1	1
EQUIPAMENTOS DE INFRAESTRUTURA		
Descrição	Existente	Em Uso
Grupo Gerador	1	1
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓPTICOS		
Descrição	Existente	Em Uso
Endoscópio Digestivo	1	1
Laparoscópio/Vídeo	1	1
Microscópio Cirúrgico	1	1
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS		
Descrição	Existente	Em Uso
Eletrocardiógrafo	7	3

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA		
Descrição	Existente	Em Uso
Berço Aquecido	2	2
Bomba de Infusão	16	8
Desfibrilador	3	3
Equipamento de Fototerapia	2	2
Incubadora	1	1
Monitor de EEG	8	5
Reanimador Pulmonar/Ambú	42	12
Respirador/Ventilador	3	3

FONTE: MS/DATASUS/CNES (Acesso em: 10/06/2020)

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA		
Descrição	Quantidade	Leitos/Equipos
Sala de Atendimento Indiferenciado	4	0
Sala de Repouso/Observação - Indiferenciado	1	12
Sala de Higienização	1	0
Consultórios Médicos	4	0
Sala de Atendimento a Paciente	1	0
AMBULATÓRIO		
Descrição	Quantidade	Leitos/Equipos
Outros Consultórios Não Médicos	3	0
Sala de Nebulização	2	0
Sala de Gesso	1	0
HOSPITALAR - CENTRO CIRÚRGICO		
Descrição	Quantidade	Leitos/Equipos
Sala de Cirurgia	3	0
Sala de Recuperação	1	10

FONTE: MS/DATASUS/CNES (Acesso em: 10/06/2020)

SERVIÇOS DE APOIO	
Descrição	Característica
Ambulância	Próprio
Central de Esterilização de Materiais	Próprio e Terceirizado
Farmácia	Próprio
Lactário	Próprio
Lavanderia	Próprio
Necrotério	Próprio
Nutrição e Dietética SND	Próprio
SAME ou SPP-Serviço de Prontoário de Paciente	Próprio
Serviço de Manutenção de Equipamentos	Próprio e Terceirizado
Serviço Social	Próprio

FONTE: MS/DATASUS/CNES (Acesso em: 10/06/2020)

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	
Descrição	Característica
Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva/Laqueadura	Próprio
Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva/Vasectomia	Próprio
Serviço de Atenção Cardiovascular/Cardiologia/Angiologia	Próprio
Serviço de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopato/Exames Anotomopatológicos	Terceirizado
Serviço de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopato/Exames Citopatológicos	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico por Imagem/Radiologia	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico por Imagem/Ultrassonografia	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico por Imagem/Tomografia Computadorizada	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico por Imagem/Ressonância Magnética	Terceirizado
Serviço de Diagnóstico por Imagem/Radiologia por Telemedicina	Próprio
Serviço de Diagnóstico por Imagem/Ultrassonografia por Telemedicina	Próprio
Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficos Dinâmicos/Exame Eletrocardiográfico	Próprio
Serviço de Fisioterapia/Assistência Fisioterapêutica em Alterações Obstétricas Neon.	Próprio

Serviço de Fisioterapia/Assistência Fisioterapêutica Cardiovasculares e Pneumofunc.	Próprio
Serviço de Fisioterapia/Assistência Fisioterapêutica nas Disfunções Músculo Esquelét.	Próprio
Serviço de Fisioterapia/Assistência Fisioterapêutica nas Alterações em Neurologia	Próprio
Serviço de Fisioterapia/Diagnóstico Cinético Funcional	Próprio
Serviço de Hemoterapia/Diagnóstico em Hemoterapia	Próprio e Terceirizado
Serviço de Hemoterapia/Procedimentos Especiais em Hemoterapia	Terceirizado
Serviço de Hemoterapia/Medicina Transfusional	Próprio e Terceirizado
Serviço de Oftalmologia/Tratamento Cirúrgico do Aparelho da Visão	Próprio
Serviço de Urgência e Emergência/Estabilização de Paciente Crítico/Grave em Sala de Estabilização	Próprio
Serviço de Urgência e Emergência/Pronto-Socorro Pediátrico	Próprio
Serviço de Urgência e Emergência/Pronto-Socorro Traumatológico	Próprio
Serviço de Urgência e Emergência/Pronto-Socorro Geral/Clínico	Próprio
Serviço de Vigilância em Saúde/Vigilância Epidemiológica	Próprio
Serviço de Endoscopia/do Aparelho Digestivo	Terceirizado
Serviço de Endoscopia/do Aparelho Respiratório	Próprio
Serviço de Endoscopia/do Aparelho Urinário	Próprio
Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico/Exames Bioquímicos	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico/Exames Hematológicos e Hemostasia	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico/Exames Sorológicos e Imunológicos	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico/Exames Coprológicos	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico/Exames de Uroanálise	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico/Exames Hormonais	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico/Exames Toxicológicos ou de Monitorização	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico/Exames Microbiológicos	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico/Exames em Outros Líquidos Biológicos	Próprio e Terceirizado
Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico/Exames de Genética	Próprio
Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico/Exames Imunohematológicos	Próprio e Terceirizado
Serviço de Videolaparoscopia/Diagnóstica	Próprio
Serviço de Videolaparoscopia/Cirúrgica	Próprio
Transplante/Ações para Doação e Captação de Órgãos e Tecidos	Próprio
Transplante/Retirada de Globo Ocular Humano para Transplante	Próprio

FONTE: MS/DATASUS/CNES (Acesso em: 10/06/2020)

## G.2 LEITOS POR ESPECIALIDADE

LEITOS CIRÚRGICOS		
Descrição	Existente	Leitos SUS
Cirurgia Geral	26	26
Ortopedia/Traumatologia	15	15
Otorrinolaringologia	4	4
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>45</b>
LEITOS PEDIÁTRICOS		
Descrição	Existente	Leitos SUS
Pediatria Clínica	15	15
Pediatria Cirúrgica	4	4
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>19</b>
LEITOS CLÍNICOS		
Clínica Geral	66	66
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>66</b>
LEITOS COMPLEMENTARES		
Descrição	Existente	Leitos SUS
Unidade de Isolamento	5	5
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

FONTE: MS/DATASUS/CNES (Acesso em: 10/06/2020)

## 4. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

- A. As atividades e indicadores de avaliação da gestão serão monitorados pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato, por meio de visitas no papel do Auditor Operativo da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina *in loco* e dos instrumentos de avaliação, do Gestor;
- B. As metas e indicadores serão analisados mensalmente pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação de Contrato.
- C. Para acompanhamento do desempenho do Hospital, devem ser observados os seguintes Documentos e Relatórios:

- I. Prontuários médicos dos pacientes;
- II. Espelhos de Regulação/AIH;
- III. Relatórios e Dados do Hospital (mapa cirúrgico, censos, cronogramas, etc);
- IV. Relatórios do SIHD;
- V. Relatórios do SIA;
- VI. Resumo de Faturamento Hospitalar por hospital;
- VII. Relatórios DATASUS/TABWIN;
- VIII. Relatórios da Auditoria Operativa, após visita *in loco*;
- IX. Relatórios da Auditoria Operativa para avaliação das metas e indicadores qualitativos e quantitativos;
- X. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) atualizado;
- XI. Formulários e documentos próprios do CONTRATADO e do Hospital, como atas, relatórios da ouvidoria, pesquisas de satisfação, dentro outros identificados como necessários para aferição da qualidade dos serviços prestadores pelo Hospital.

D. Para a avaliação mensal de produção do contrato, serão consideradas as informações dos sistemas nacionais (MS/DATASUS/TABWIN).

E. A respeito da Auditoria Operativa destaca-se que, semanalmente, representantes da AMS/Londrina realizarão visita técnica *in loco* no Hospital, a fim de verificar o cumprimento do estabelecido no Contrato e Documento Descritivo. Os representantes da AMS/Londrina emitirão relatório mensal, que deve ser utilizado pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação para validação dos dados apresentados.

### 5. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

O presente Documento Descritivo será avaliado para efeito de pagamento segundo o cumprimento de metas, de maneira que a pontuação dos indicadores quantitativos será considerada conforme abaixo:

Indicador	Conceito/Objetivo	Fonte	Base de Cálculo	Meta Mínima	Pontuação	Pontuação Alcançada
Número de Cirurgias Eletivas	Núm. cirurgias realizadas no período de 1 mês	Mapa cirúrgico do hospital; Relatório de auditoria de constatação.	Núm. de cirurgias realizadas em 1 mês	80	S = 1 N = 0	
Número de Cirurgias de Urgência	Núm. cirurgias realizadas no período de 1 mês	Mapa cirúrgico do hospital; Relatório de auditoria de constatação.	Núm. de cirurgias realizadas em 1 mês	120	S = 1 N = 0	
Número de Internações Clínicas	Núm. internações provenientes do PS (casos regulados pelo SAMU e URL Macronorte-central de leitos ou autointernação)	Censo diário hospitalar; Espelho da regulação.	Núm. de internações clínicas realizadas em 1 mês	250	S = 1 N = 0	
Número de Internações Cirúrgicas	80% do núm. internações provenientes do PS (casos regulados pelo SAMU e URL Macronorte-central de leitos ou autointernação)	Censo diário hospitalar; Espelho da regulação.	Núm. de internações cirúrgicas realizadas em 1 mês	160	S = 1 N = 0	
Análises Clínicas	SIGTAP cód. 02.02 (realizar todos os exames autogerados e risco cirúrgicos)	SIA	Núm. de exames realizados em 1 mês	2.700	S = 1 N = 0	
Raio X	SIGTAP cód. 02.04 (realizar todos os exames autogerados e risco cirúrgicos)	SIA	Núm. de exames realizados em 1 mês	1.000	S = 1 N = 0	
Ultrassonografia (USG)	SIGTAP cód. 02.05 (realizar todos os exames autogerados e risco cirúrgicos)	SIA	Núm. de exames realizados em 1 mês	50	S = 1 N = 0	
Tomografia	SIGTAP cód. 02.06 (Atender a demanda do PS referenciado pela Central de Regulação de U/E e Internação)	SIA	Núm. de exames realizados em 1 mês	100	S = 1 N = 0	
Consultas de Profissional de Nível Superior (exceto Médico)	SIGTAP cód. 03.01.01.004-8 (realizar todos os atendimentos sob pena de negligência)	SIA	Núm. de consultas ofertadas durante a internação em 1 mês	1.300	S = 1 N = 0	
Atendimento de Urgência com Observação 24 Horas	SIGTAP cód. 03.01.06.002-9 (realizar todos os atendimentos sob pena de negligência)	SIA	Núm. de atendimentos de urgência com observação 24 horas em 1 mês	120	S = 1 N = 0	
Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	SIGTAP cód. 03.01.06.006-1 (realizar todos os atendimentos sob pena de negligência)	SIA	Núm. de atendimentos médicos em unidade de PS	1.300	S = 1 N = 0	
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	SIGTAP Grupo 04 (Atender a demanda interna e encaminhamentos do ambulatório de referência)	SIA	Núm. de procedimentos realizados em 1 mês	90	S = 1 N = 0	
<b>Total da Pontuação (máximo)</b>					<b>12</b>	
<b>Legenda:</b> Cumpriu = Sim (S) / Não Cumpriu = Não (N)						

A pontuação pelo cumprimento dos indicadores qualitativos será considerada conforme abaixo:

Indicador	Conceito/Objetivo	Fonte	Base de Cálculo	Meta Mínima	Pontuação	Pontuação Alcançada
Taxa de Mortalidade Institucional	Relação percentual entre o núm. de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente, em um mês e o número de pacientes que tiveram saída do hospital (alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito). Objetivo: acompanhar óbitos ocorridos após as primeiras 24h de internação.	CQH 2011 e Port. nº 2.224/GM 5/12/02, Relatórios de Auditoria, Dados Fornecidos pelo Hospital e Atestado de Óbito.	Numerador (N): número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24h da admissão hospitalar do paciente. Denominador (D): número de pacientes que tiveram saída do hospital (alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito). Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	≤ 12%	≤ 12% = 6	
					13% a 15% = 3	
					≥ 16% = 0	
Taxa de Mortalidade Cirúrgica	Relação percentual entre o número de óbitos intra hospitalares que ocorreram em até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período. Objetivo: acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante ou pós-operatório até 7 dias.	Mapa Cirúrgico, Censo Hospitalar, Relatório de Auditoria e Atestado de Óbito.	N: número de óbitos que ocorreram em até 7 dias após o procedimento. D: número de paciente submetidos a procedimento cirúrgico no mesmo período. Multiplicado por 100. Tempo: mensal. Exclusão: procedimento de desbridamento cirúrgico, drenagem, e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades (Anvisa, 2009). Cirurgias realizadas com anestesia local, uso de sedação e/ou analgesia, sem uso de anestesia assistida (Kluck, 2004).	≤ 4%	≤ 4% = 6	
					5% a 7% = 3	
					≥ 8% = 0	
Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas	Objetivo: acompanhar a taxa de infecção como indicador de qualidade (Proqualis, 2004). Cirurgias Limpas são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário; Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616/98. Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até UM ano, se houver colocação de prótese, e envolve tecidos moles profundos à incisão (ex: fáscia e/ou músculos).	Prontuário do Paciente, Instrumento de Notificação e Relatório de Auditoria.	N: número de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas realizadas em hospital. D: número de cirurgias limpas realizadas no hospital. Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	≤ 6%	≤ 6% = 6	
					7% a 11% = 3	
					≥ 12% = 0	
Incidência de Lesão por Pressão	Número de casos novos de pacientes com UPP (Úlcera por Pressão) em um determinado período, dividido pelo número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP (pacientes internados) no período, vezes 100. Objetivo: segurança do paciente (Proqualis, 2004).	Prontuário do Paciente, Instrumento de Notificação de Úlcera de Pressão e Relatório de Auditoria.	N: número de casos novos de pacientes com UPP. D: número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP. Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	≤ 12%	≤ 12% = 6	
					13% a 15% = 3	
					≥ 16% = 0	
Incidência de Queda em Pacientes Internados	Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário (Proqualis, 2014).	Prontuário do Paciente, Instrumento de Notificação de Quedas e Relatório de Auditoria.	N: número de quedas no período. D: número de pacientes internados no período. Multiplicado por 1000. Tempo: mensal.	≤ 5%	≤ 5 = 6	
					6 a 8 = 3	
					≥ 9 = 0	
Taxa de Internação Pronto-Socorro	Avaliar a gravidade dos casos que ingressam pelo pronto-socorro. Avaliar a resolutividade do pronto-socorro.	Relatório de Auditoria e Censo Hospitalar.	N: atendimento de urgência com internação. D: total de atendimentos de urgência. Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	≤ 52%	≤ 52% = 6	
					53% a 60% = 3	
					≥ 61% = 0	
Acolhimento com Classificação de Risco	Avaliar a gravidade dos pacientes que ingressam pelo pronto-socorro. Avaliar o tempo resposta da equipe do pronto-socorro.	Instrumento de Classificação de Risco e Prontuário Médico.	N: número de usuários atendidos por equipe de acolhimento com classificação de risco. D: número de usuários atendidos. Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	≥ 85%	≥ 85% = 6	
					80% a 84% = 3	
					≤ 79% = 0	
Taxa de	Acompanhar as cirurgias suspensas por	Mapa Cirúrgico	N: número de cirurgias suspensas. D:	≤ 15%	≤ 15% = 6	

Suspensão de Cirurgia Eletiva	motivos que não dependeram do paciente	e Relatório de Auditoria.	número de cirurgias programadas. Multiplicado por 100. Tempo: mensal. Exclusão: pacientes com instabilidade hemodinâmica.		16% a 19% = 3	
					≥ 20% = 0	
Tempo Médio de Permanência em Leitos Enfermaria Clínica Médica	Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital em um leito de clínica médica.	Censo diário 00h00 (padronização baseada na nomenclatura e definição de leitos, Port. nº 312/02).	N: número de pacientes-dia (somatória de pacientes-dia do leito enf. clínica médica em um mês). D: número de saídas (somatória das altas, transferências externas e óbitos do leito de enf. clínica médica em um mês). Tempo: mensal.	≤ 7 dias	≤ 7 dias = 6	
					8 a 10 dias = 3	
					≥ 11 dias = 0	
Tempo Médio de Permanência em Leitos Enfermaria Clínica Cirúrgica	Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital em um leito cirúrgico.	Censo diário 00h00 (padronização baseada na nomenclatura e definição de leitos, Port. nº 312/02).	N: número de pacientes-dia (somatória de pacientes-dia do leito enf. cirúrgica em um mês). D: número de saídas (somatória das altas, transferências externas e óbitos do leito de enf. cirúrgica em um mês). Tempo: mensal.	≤ 3 dias	≤ 3 dias = 6	
					4 a 6 dias = 3	
					≥ 7 dias = 0	
Taxa de Ocupação Leito Clínico	Medir o grau de ocupação do hospital.	Censo diário 00h00 (padronização baseada na nomenclatura e definição de leitos, Port. nº 312/02).	N: número de pacientes internados em leito clínico/dia. D: número de leitos clínico disponível/dia. Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	≥ 75%	≥ 75% = 6	
					65% a 74% = 3	
					≤ 64% = 0	
Taxa de Ocupação Leito Cirúrgico	Medir o grau de ocupação do hospital.	Censo diário 00h00 (padronização baseada na nomenclatura e definição de leitos, Port. nº 312/02).	N: número de pacientes internados em leitos cirúrgico/dia. D: número de leitos cirúrgico disponível/dia. Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	≥ 60%	≥ 60% = 6	
					55% a 59% = 3	
					≤ 54% = 0	
Taxa de Ocupação do Centro Cirúrgico	Uso efetivo da capacidade operacional do centro cirúrgico.	Prontuário do Paciente, Ficha Anestésica e Mapa Cirúrgico.	N: tempo (em minutos) total da sala cirúrgica + tempo gasto na limpeza + tempo preparo sala. D: total de minutos que o centro cirúrgico fica disponível. Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	≥ 85%	≥ 85% = 6	
					75% a 84% = 3	
					≤ 74% = 0	
Educação Permanente da Equipe	Avaliar a participação no programa de educação permanente da instituição, acima de 75% de presença por treinamento	Cronograma Anual, por área de atuação (equipe multidisciplinar) e Assinaturas em Folha de Presença.	1 (um) encontro trimestral para cada categoria profissional da instituição totalizando 4 (quatro) encontros/ano por categoria profissional, com assinatura em folha de presença. Valor: % presença em todos os treinamentos (equipe a = 1 treinamento 75% presentes).	≥ 75% por categoria (técnico ou superior)	4 encontros ≥ 75% = 2	
					3 encontros ≥ 75% = 1	
					2 ou menos ≥ 75% = 0	
Índice de Apoio à Atenção Primária	Meta de qualificação da atenção primária.	Cronograma anual, de apoio à atenção primária.	Encontros trimestrais voltados à capacitação de todas as categorias profissionais com os temas inqueridos pela Diretoria de Atenção Primária (DAPS). Com apresentação do conteúdo e realização validada pela DAPS e encaminhada à auditoria do município. Valor: 100% dos encontros planejados devem ser realizados.	100% todas as categorias	4 encontros ≥ 100% = 2	
					3 encontros ≥ 100% = 1	
					2 ou menos ≥ 100% = 0	
Preenchimento Adequado e com Qualidade da AIH	Objetivo: evitar atrasos na auditoria das AIHs por preenchimento inadequado ou incorreto.	Relatório de Auditoria.	N: preenchimento adequado e com qualidade dos campos da AIH. D: total de AIH aprovadas. Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	90%	90% = 4	
					86% a 89% = 2	
					≤ 85% = 0	
Preenchimento Adequado e com Qualidade da APAC	Objetivo: evitar atrasos na auditoria das APACs por preenchimento inadequado ou incompleto.	Relatório de Auditoria.	N: preenchimento adequado e com qualidade dos campos da APAC. D: total de APAC aprovadas. Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	90%	90% = 4	
					86% a 89% = 2	
					≤ 85% = 0	
Taxa de Insatisfação dos Pacientes Internados	Objetivo: avaliar a experiência do paciente no serviço.	Instrumentos de Avaliação de Satisfação do Paciente.	N: número de avaliações ruim e péssimo. D: números de avaliações em pacientes internados. Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	≤ 20%	≤ 20% = 4	
					20 a 30% = 2	
					≥ 31% = 0	
Satisfação do Paciente Internado	Objetivo: avaliar experiência do paciente no serviço.	Instrumentos de Avaliação de Satisfação do Paciente.	N: número de avaliações bom e excelente. D: número de avaliações em pacientes internados. Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	≥ 70%	≥ 70% = 4	
					60 a 69% = 2	
					≤ 59% = 0	
Satisfação do	Objetivo: avaliar experiência do paciente	Instrumentos de	N: número de avaliações bom e	≥ 70%	≥ 70% = 4	

Paciente da Urgência e Emergência	no serviço.	Avaliação de Satisfação do Paciente.	excelente. D: número de avaliações em pacientes da urgência e emergência. Multiplicado por 100. Tempo: mensal.	60 a 69% = 2	
				≤ 59% = 0	
<b>Total da Pontuação (máximo)</b>				<b>102</b>	

O presente Documento Descritivo será avaliado para efeito de pagamento segundo o cumprimento de metas e pontuações, de acordo com os critérios pactuados a seguir:

A. O valor do total dos recursos do componente pré-fixado do contrato, serão distribuídos da seguinte forma:

- 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas;
- 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas.

B. Os percentuais indicados referem-se à distribuição do valor do componente pré-fixado entre as metas qualitativas e quantitativas dispostas no Documento Descritivo e poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo contratante e o hospital/contratado e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas;

C. Dessa forma, o CONTRATADO receberá a totalidade dos recursos condizentes às metas quantitativas se obtiver a integralidade da pontuação e, da mesma maneira, será repassado o todo dos recursos vinculados às metas qualitativas em caso de cumprimento integral das metas respectivas. E, na condição do CONTRATADO não alcançar a pontuação para repasse integral, para ambas as divisões de metas (qualitativas e quantitativas), serão aplicados descontos proporcionais para repasse dos recursos do bloco pré-fixado;

D. Caso o CONTRATADO não atinja pelo menos 70% (setenta por cento) das metas pactuadas, por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados, voltará a receber por meio do faturamento dos procedimentos realizados para o SUS por um período máximo de 3 (três) meses, período este definido como limite para a apresentação de um novo Documento Descritivo, pactuado entre o Gestor e o CONTRATADO;

E. A aferição do desempenho do CONTRATADO será realizada mensalmente pela equipe técnica do Gestor Municipal através de análise da produção, metas e indicadores de desempenho efetivamente identificados, utilizando-se dos dados das fontes mencionadas nos quadros anteriores, com a finalidade de autorizar o repasse financeiro (integral ou proporcional) dos recursos vinculados ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas. A aferição do desempenho do CONTRATADO é validada pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato que tem como objetivo avaliar o cumprimento dos indicadores pactuados neste Documento Descritivo, com reuniões realizadas preferencialmente a cada 3 (três) meses, bem como a atribuição de validar as autorizações e concessões dos descontos proporcionais atrelados à prestação dos serviços;

F. Esta Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato deve ser composta por membros dos CONTRATANTES, na figura da Autarquia Municipal de Saúde, do CONTRATADO, representantes da Secretaria Estadual de Saúde, por meio da 17ª Regional de Saúde e membros do Controle Social, segmento usuário;

G. No primeiro mês de vigência do Documento Descritivo do Contrato, o valor correspondente ao bloco pré-fixado será repassado integralmente e, a partir do segundo mês de execução deste Documento será considerado o desempenho alcançado pelo CONTRATADO, em suas metas quantitativa e qualitativas referente à competência anterior;

H. Os encargos específicos do CONTRATADO são considerados itens primordiais e devem ser cumpridos independente da aplicação de pontuação e serão monitorados se foram (ou não) alcançadas. Os indicadores quantitativos e qualitativos, passíveis de aplicação de pontuação, serão avaliados de acordo com os quadros dispostos acima;

I. Após análise da documentação e estabelecimento do resultado da avaliação de desempenho do CONTRATADO, a Comissão de Acompanhamento e Avaliação deve reunir-se para apresentação e validação da prestação dos serviços em determinado período resultando no percentual atingido pelo CONTRATADO, com registro em ata e assinatura dos integrantes;

J. Os percentuais atingidos pelo CONTRATADO servem para fins de cálculo dos valores devidos para pagamento dos recursos componente *Incentivo para a Contratualização, Implementação das Ações e Melhoria da Qualidade da Assistência - Hospitais HZN e HZS* do Bloco Pré-Fixado, os quais devem ser divididos conforme destacado na alínea "A" e de acordo com o percentual de pontuação a seguir:

Indicadores Quantitativos		Indicadores Qualitativos	
Faixas de Pontuação	Percentual Alcançado	Faixas de Pontuação	Percentual Alcançado
11-12	100%	100-102	100%
9-10	90%	92-99	90%
8-9	80%	82-91	80%
≤ 7	70%	≤ 81	70%

Os percentuais alcançados representam a porcentagem dos valores a serem repassados para o CONTRATADO e incidem sobre o componente *Incentivo para a Contratualização, Implementação das Ações e Melhoria da Qualidade da Assistência - Hospitais HZN e HZS* do Bloco Pré-Fixado, conforme abaixo:

Programação Orçamentária		Percentual Alcançado da Pontuação	Repasso dos Recursos
Pré-Fixado	Mensal		
40% Metas Quantitativas	R\$ 28.000,00	100%	100% de R\$ 28.000,00 = R\$ 28.000,00
		90%	90% de R\$ 28.000,00 = R\$ 25.200,00
		80%	80% de R\$ 28.000,00 = R\$ 22.400,00
		70%	70% de R\$ 28.000,00 = R\$ 19.600,00
60% Metas Qualitativas	R\$ 42.000,00	100%	100% de R\$ 42.000,00 = R\$ 42.000,00
		90%	90% de R\$ 42.000,00 = R\$ 37.800,00
		80%	80% de R\$ 42.000,00 = R\$ 33.600,00
		70%	70% de R\$ 42.000,00 = R\$ 29.400,00
<b>Total de 100% das Metas</b>	<b>R\$ 70.000,00</b>		

**6. REPASSE FINANCEIRO**

O valor máximo, estimado para a execução do presente contrato por 240 (duzentos e quarenta) dias ou 8 (oito) meses/competências, importa em **R\$ 7.568.000,00 (sete milhões quinhentos e sessenta e oito mil reais)**, de acordo com a programação física pactuada, conforme abaixo especificado:

Programação Orçamentária			
Pré-Fixado	Fonte/Recurso	Mensal	240 Dias/8 Meses
Incentivo para a contratualização, implementação das ações e melhoria da qualidade da assistência - Hospitais HZN e HZS	Estadual	R\$ 70.000,00	R\$ 560.000,00
MAC - Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares (HZN)	Federal	R\$ 370.500,00	R\$ 2.964.000,00
MAC - Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares (HZS)	Federal	R\$ 297.500,00	R\$ 2.380.000,00
<b>Subtotal</b>		<b>R\$ 738.000,00</b>	<b>R\$ 5.904.000,00</b>
Pós-Fixado	Fonte/Recurso	Mensal	240 Dias/8 Meses
Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares de Alta Complexidade (HZN)	Federal	R\$ 9.000,00	R\$ 72.000,00
Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares de Alta Complexidade (HZS)	Federal	R\$ 10.251,15	R\$ 82.009,20
FAEC - Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares (HZN)	Federal	R\$ 95.000,00	R\$ 760.000,00
FAEC - Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares (HZS)	Federal	R\$ 93.748,85	R\$ 749.990,80
<b>Subtotal</b>		<b>R\$ 208.000,00</b>	<b>R\$ 1.664.000,00</b>
<b>Total</b>		<b>R\$ 946.000,00</b>	<b>R\$ 7.568.000,00</b>

**7. DURAÇÃO**

O presente Documento Descritivo terá validade de 8 (oito) meses, conforme prazo de execução deste contrato, podendo ser revisto a qualquer tempo. Em caso de prorrogação contratual, nos termos do § 2º, cláusula décima oitava do contrato, a vigência deste Documento Descritivo não deverá ultrapassar o prazo de 12 (doze) meses.



Documento assinado eletronicamente por **Paula Vanessa Galindo Guerra, Técnico(a) de Gestão Pública**, em 08/02/2021, às 18:31, conforme horário oficial de Brasília, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001 e o Decreto Municipal nº 1.525 de 15/12/2017.



Documento assinado eletronicamente por **Marcos Antonio Voltarelli, Usuário Externo**, em 15/02/2021, às 10:09, conforme horário oficial de Brasília, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001 e o Decreto Municipal nº 1.525 de 15/12/2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.londrina.pr.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.londrina.pr.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5106681** e o código CRC **F75419AB**.