



P8 - Relatório de Apuração dos Indicadores e Cálculo da Contraprestação Mensal – Abril/2024

Verificador Independente da Maternidade Municipal Maria de Lourdes Santana Nogueira

Contrato de Gestão nº 113/2022

Gestão, Operacionalização e Execução dos Serviços de Saúde

Poder Público: Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju (SMS)

Organização Social: Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS)

São Paulo, 31 de maio de 2024

À

Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju

Sra. Waneska Barboza
(waneska.barboza@aracaju.se.gov.br)

Prezados,

Conforme contrato firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Deloitte Touche Tohmatsu Consultores Ltda. (“Deloitte”), para a prestação de serviços de Verificador Independente do Contrato de Gestão nº 113/2022, destinado à gestão, operacionalização e execução de ações e dos serviços de saúde da Maternidade Municipal Maria de Lourdes Santana Nogueira (ou “Maternidade”), apresentamos o Relatório de Apuração dos Indicadores relativos ao mês de abril/2024, que define, no item 3 - alínea V do Projeto Básico referenciado na Cláusula Primeira do contrato de prestação de serviços técnicos de verificação independente, o Produto 8, que consiste na apresentação do resultados dos indicadores analisados e o cálculo da nota de desempenho e valor da contraprestação mensal.

Ressaltamos que este relatório é de uso exclusivo e interno da SMS de Aracaju e do INTS, não devendo ser utilizado para nenhuma outra finalidade sem prévia autorização formal da Deloitte, exceto para fins de acompanhamento dos Órgãos Públicos competentes para os propósitos dos trabalhos de verificação independente.

Nesta oportunidade gostaríamos de agradecer a valiosa cooperação dos profissionais envolvidos no desenvolvimento dos trabalhos e colocamo-nos ao inteiro dispor de V. Sas. para quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários e subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

DELOITTE TOUCHE TOHMATSU CONSULTORES LTDA.

Paulo M. Vitale
Sócio – Risk Advisory

Índice

1. Introdução	3
2. Objetivo	3
3. Ressalva	3
4. Apuração dos Indicadores	4
4.1 Indicadores Qualitativos	11
4.2 Indicadores Quantitativos	19
Anexos	73

1. Introdução

O Contrato de Gestão da Maternidade Municipal Maria de Lourdes Santana Nogueira, localizada em Aracaju/SE, foi estabelecido em abril/2023 entre a Prefeitura deste município, por meio da sua Secretaria Municipal de Saúde – SMS (“Poder Público”) e o Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (“Organização Social”) para viabilizar a gestão, operacionalização e execução de ações e dos serviços de saúde desenvolvidas na unidade, que conta com perfil especializado em obstetrícia e neonatologia conforme definido no Contrato de Gestão nº 113/2022 (“Contrato de Gestão”).

Em 17 de agosto de 2023, a Deloitte Touche Tohmatsu Consultores Ltda. (Deloitte) foi contratada pela Secretaria de Saúde de Aracaju (SMS) para atuação como Verificador Independente no Contrato de Gestão, com a finalidade de auxiliar na verificação do cumprimento por parte da Organização Social das obrigações estabelecidas no Contrato de Gestão supracitado.

2. Objetivo

Em atendimento ao item 3, alínea V do Projeto Básico referenciado na Cláusula Primeira do contrato de prestação de serviços técnicos de verificação independente, o presente instrumento tem por objetivo apresentar às partes interessadas o resultado da verificação dos indicadores referente ao mês de abril de 2024, correspondentes ao **Produto P8**, que contempla os seguintes aspectos:

- Análise dos Indicadores de Desempenho previstos no contrato de gestão e seus anexos, bem como emissão de relatório a respeito do seu cumprimento de acordo com os processos e procedimentos definidos, observando os termos e definições previstas no Contrato de Gestão 113/2022.
- Cálculo da Contraprestação Mensal, como consequência da análise dos Indicadores de Desempenho, considerando os eventuais descontos relativos ao descumprimento total ou parcial das obrigações da Organização Social, as quais implicarão em redução proporcional do valor de remuneração previsto no contrato e seus anexos.

3. Ressalva

Os trabalhos do Verificador Independente são conduzidos com base em análise de informações dos procedimentos de pacientes, extraídos do sistema SMPEP a partir do dia 10 de cada mês, uma vez que esse é a única fonte de dados para esta finalidade. Os relatórios de apuração dos indicadores e cálculo da contraprestação são emitidos em bases mensais e reportado às partes interessadas até o final do mês subsequente.

Entretanto, conforme definido na Portaria 1.110/2021 do Ministério da Saúde, as contas hospitalares dos pacientes de internação estão sujeitas à auditoria da Secretaria Municipal da Saúde, para fins de liberação da AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Esse processo segue o cronograma de faturamento previsto pelo SUS, que permite que tais contas sejam processadas em até 3 meses após a produção.

Uma vez que a auditoria da SMS dispõe de um prazo de até 3 meses para análise das contas e atribuição de AIH, é possível que algumas contas hospitalares não sejam analisadas dentro da competência de produção.

Logo, os volumes apurados pelo VI podem sofrer alteração no decorrer de três meses após o mês apurado em face dos seguintes cenários, mas não se limitando a:

- Se a auditoria da SMS identificar que um procedimento foi registrado indevidamente, este será subtraído da base de dados;
- Se a auditoria da SMS identificar que um procedimento não foi registrado, este poderá ser acrescido à base de dados;

Há, ainda, a possibilidade da própria Organização Social identificar que algum procedimento não foi registrado, e fazê-lo no prazo de 3 meses após a produção, pois esse direito lhe está assegurado pela Portaria citada.

Neste contexto, os dados coletados para apuração do VI não refletem tais ajustes, o que compromete uma análise comparativa entre diferentes períodos e podem conter alterações em relação aos números evidenciados neste relatório. Desta forma, este Verificador Independente não poderá ser responsabilizado por ajustes conduzidos nas bases de dados após a emissão deste relatório, uma vez que os procedimentos acordados para verificação independente não incluem o monitoramento destas alterações.

Importante ressaltar, ainda, que a assertividade do trabalho de Verificação Independente está fortemente vinculada à qualidade do ambiente de controles internos que amparam os processos de geração das informações base para cálculo dos indicadores, incluindo os dados provenientes dos sistemas computacionais envolvidos. Desta forma, as fragilidades de controle e outras exceções demonstradas no relatório P7 potencializam o risco de distorções na apuração dos indicadores, podendo afetar os cálculos da Contraprestação Mensal Efetiva. Eventuais inconsistências decorrentes das fragilidades de controles abordadas neste relatório são de responsabilidade integral da Administração da Maternidade, e serão consideradas como limitação do escopo deste Verificador Independente.

4. Apuração dos Indicadores

Neste tópico serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados sobre a competência de abril/2024, a partir dos dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP. Em face da impossibilidade de garantir a integridade dos dados do sistema mencionado, decorrente de fragilidades nos controles-chave correspondentes, foram selecionadas amostras de prontuários dos pacientes para análise e corroboração dos resultados obtidos, sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória e por conveniência, a partir de potenciais falhas de controle identificadas no processo de apuração.

O tamanho de amostra considerado para cada subpopulação dos itens é determinado usando a tabela a seguir, definida com base em padrões globais utilizados como referência para testes substantivos:

Remainder Population Size — Multiples of Tolerable Misstatement [Performance Materiality]	Not Relying on Controls	Relying on Controls
100x	30 (^)	10 (+)
200x	45	15
300x	53	18
400x	57	19
500x	60	20
Greater than 500x	60 (*)	20 (*)

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

Desta forma, considerando os cálculos e proporções a serem apresentados, a Contraprestação Variável Mensal Efetiva totalizou **R\$ 503.572,76**, seguindo a composição demonstrada a seguir:

Resultado da Apuração de Abril/2024

Contraprestação Mensal Máxima	R\$ 6.898.257,02
Contraprestação Variável Mensal Máxima	R\$ 689.825,70
Valor por ponto	R\$ 6.898,26
Pontuação Geral Obtida	73
Contraprestação Variável Mensal Efetiva	R\$ 503.572,76

Indicadores Quantitativos

	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Valoração dos Pontos Obtidos
Grupo 01 - Ações de Promoção e Prevenção em Saúde	2	2	R\$ 13.796,51
Grupo 02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	28	20	R\$ 137.965,14
Grupo 03 - Procedimentos Clínicos	6	4	R\$ 27.593,03
Grupo 04 - Internação Hospitalar	57	40	R\$ 275.930,28

Indicadores Qualitativos

	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Valoração dos Pontos Obtidos
Comissão de Infecção Hospitalar	1	1	R\$ 6.898,26
Comissão de Revisão de Prontuários	1	1	R\$ 6.898,26
Comissão de Investigação de Óbitos	1	1	R\$ 6.898,26
Comissão de Farmácia e Terapêutica	1	1	R\$ 6.898,26
Comissão da Humanização da	1	1	R\$ 6.898,26
Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC	1	1	R\$ 6.898,26
CIPA	1	1	R\$ 6.898,26

Abaixo, são apresentados os quadros-resumo dos resultados da apuração dos indicadores qualitativos (Tabela 1) e quantitativos (Tabela 2) da competência de abril/2024. Neles, são apresentados os 37 indicadores, suas respectivas (I) metas mensais, o (II) resultado reportado pela Organização Social e o (III) resultado apurado pelo Verificador Independente, ao percentual de cumprimento da meta e à pontuação obtida, bem como a consideração do VI acerca do (IV) resultado apurado, se plenamente atendido, parcialmente atendido ou não atendido.

Tabela 1 - Quadro resumo de atendimento dos Indicadores Qualitativos

Indicador	Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Resultado apurado (IV)	
		Qnt.	Percentual	Pontos	Qnt.	Percentual	Pontos		
1	Comissão de Infecção Hospitalar	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓
2	Comissão de Revisão de Prontuários	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓
3	Comissão de Investigação de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓
4	Comissão de Farmácia e Terapêutica	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓
5	Comissão da Humanização da Assistência	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓
6	Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC	Aplicar questionário a no mínimo 10% do total de pacientes atendidos	37,09%	379%	1 Ponto	36,08%	361%	1 Ponto	✓
7	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA)	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓

✓ - Plenamente Atendido, ⚠ - Parcialmente Atendido, ✗ - Não Atendido

Tabela 2 - Quadro resumo de atendimento dos Indicadores Quantitativos

Indicador	Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Atendimento apurado (IV)	
		Qt.	Percentual	Pontos	Qt.	Percentual	Pontos		
GRUPO 01 - AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE									
8	Atividade educativa / orientação em grupo na Atenção Especializada	12 atividades/ mês	20	166,67%	2 Pontos	15	125,00%	2 Pontos	✓
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA									
9	Diagnóstico em Laboratório Clínico	3.370 exames	3465	102,82%	4 Pontos	3491	103,59%	4 Pontos	✓
10	Diagnóstico por Radiologia	26 exames	81	311,54%	4 Pontos	80	307,69%	4 Pontos	✓
11	Diagnóstico por Ultrassonografia	778 exames	740	95,12%	4 Pontos	740	95,12%	4 Pontos	✓
12	Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG - Eletrocardiograma)	130 exames	0	0,00%	0 Ponto	0	0,00%	0 Ponto	✗
13	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)	449 exames	255	56,79%	0 Ponto	255	56,79%	0 Ponto	✗
14	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto)	130 exames	427	328,46%	4 Pontos	425	326,92%	4 Pontos	✓
15	Teste Rápido	518 exames	957	184,75%	4 Pontos	955	184,36%	4 Pontos	✓
GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLINICOS									
16	Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)	2.160 consultas	7457	345,23%	2 Pontos	7466	345,65%	2 Pontos	✓
17	Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada - Médico	2.160 atendimentos	1631	75,51%	0 Ponto	1631	75,51%	0 Ponto	✗
18	Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas	432 atendimentos	1138	263,43%	2 Pontos	1138	263,43%	2 Pontos	✓
GRUPO 04 - INTERNAÇÃO HOSPITALAR									

Indicador		Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Atendimento apurado (IV)
			Qty.	Percentual	Pontos	Qty.	Percentual	Pontos	
19	Leito Clínico e Cirúrgico	638 saídas hospitalares	246	38,56%	0 Ponto	243	38,09%	0 Ponto	✘
20	Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPN)	110 saídas hospitalares	147	133,64%	4 Pontos	147	133,64%	4 Pontos	✓
21	Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN	255 diárias	167	65,49%	1 Ponto	167	65,49%	1 Ponto	⊘
22	Leitos de Unidade de Neonatologia - UCINCo e UCINCa	382 diárias	194	50,79%	0 Ponto	194	50,79%	0 Ponto	✘
23	% de usuários classificados (classificação de risco)	> 90%	1.137 Classificações 1.137 Atendimentos	100,00%	2 Pontos	1.138 Classificações 1.138 Atendimentos	100,00%	2 Pontos	✓
24	Monitorar mensalmente e publicizar a taxa de Episiotomia	≤ 5%	3 Episiotomias 169 Partos normais	1,78%	2 Pontos	3 Episiotomias 164 Partos normais	1,83%	2 Pontos	✓
25	Garantia da inserção de DIU	100%	90 Inserções 90 Termos	100,00%	4 Pontos	89 Inserções 89 Termos	100,00%	4 Pontos	✓
26	Apgar < 7 no 5º minuto de vida	> 95%	254 Apgar >7 256 RNs	99,22%	4 Pontos	250 Apgar >7 253 RNs	98,81%	4 Pontos	✓
27	Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida	> 95%	255 Contato e Aleitamento 256 RNs	99,61%	2 Pontos	254 Contato e Aleitamento 254 RNs	100,00%	2 Pontos	✓
28	Taxa de óbito neonatal tardio (7 a 27 dias)	< 2,82	0 Óbito 256 RNs	0,00	2 Pontos	0 Óbito 256 RNs	0,00	2 Pontos	✓
29	Taxa de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias)	< 7,04	0 Óbito 256 RNs	0,00	2 Pontos	0 Óbito 256 RNs	0,00	2 Pontos	✓
30	Taxa de Mortalidade Materna	≤ 2 / ano	0 Óbito	0,00%	2 Pontos	0 Óbito	0,00%	2 Pontos	✓
31	Teste do Olhinho	> 95%	263 Testes 256 RNs	102,73%	4 Pontos	256 Testes 256 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
32	Teste do Coraçõzinho	> 95%	257 Testes 256 RNs	100,39%	4 Pontos	254 Testes 254 RNs	100,00%	4 Pontos	✓

Indicador		Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Atendimento apurado (IV)
			Qty.	Percentual	Pontos	Qty.	Percentual	Pontos	
33	Teste do Linguinha	> 95%	257 Testes 256 RNs	100,39%	4 Pontos	355 Testes 355 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
34	Taxa de Ocupação (de leitos)	≥ 90%	1.057 Pacientes/dia 2.511 Leitos/dia	42,09%	0 Ponto	1.057 Pacientes/dia 2.481 Leitos/dia	42,60%	0 Ponto	✗
35	Taxa de Infecção Hospitalar	< 10%	6 Infecções 362 Saídas	1,66%	2 Pontos	6 Infecções 362 Saídas	1,66%	2 Pontos	✓
36	Taxa de Cesariana	< 30%	84 Partos Cesárea 248 Partos	33,87%	1 Ponto	89 Partos Cesárea 253 Partos	35,18%	1 Ponto	⊘
37	Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP	≥ 13	84 Leitos 357 Saídas	4,77	0 Ponto	58 Leitos 333 Saídas	5,74	0 Ponto	✗

✓ - Plenamente Atendido, ⊘ - Parcialmente Atendido, ✗ - Não Atendido

4.1 Indicadores Qualitativos

A seguir serão apresentados os Indicadores Qualitativos apurados por este Verificador Independente conforme termos definidos na Ficha Técnica de Avaliação e Valoração dos Indicadores, constante no item 3 do Anexo 1 ao Contrato de Gestão Nº 113/2022, referente à competência de abril/2024.

1 Comissão de Infecção Hospitalar

Este indicador visa obter evidência da implantação e funcionamento da Comissão de Infecção Hospitalar. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
01. Comissão de Infecção Hospitalar	Implantar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar de acordo com a legislação vigente.	Comissão implantada e em funcionamento	Meta Permanente: Reunião Mensal com registro em ata, com elaboração de plano de execução, contendo ações, atividades, prazo e responsáveis pela resolução dos pontos críticos, de acordo com os protocolos institucionais.	1,0 ponto	Portaria de constituição e registro das atas

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a portaria de constituição, a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 26/04/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo I, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Assim, amparado por estas documentações, conclui-se que os temas tratados na reunião foram pertinentes a temas relacionados a infecções na maternidade, sendo analisados assuntos como:

- Reformulação da tabela de diluição;
- Ação sobre o PO atuação das doulas;
- Construção do “Fluxo de acionamento da equipe de higienização após procedimento cirúrgico”;
- Acidente com perfurocortante envolvendo profissional da limpeza da UTIN;
- Substituição de roupas privativas por jaleco;
- Problemáticas referentes ao ar-condicionado a ser instalado no CME;
- Estabelecimento de envio do relatório mensal do SCIH às coordenações;
- Verificação de questões sobre carrinhos destinados ao transporte de materiais;
- Necessidade de um funcionário para atuar como supervisor noturno no CME;
- Infecções relacionadas à assistência à saúde na UTIN;
- Adesão aos bundles;
- Monitoramento de alta pós-cirúrgica;
- Observação de higienização das mãos dos profissionais;
- Cronograma de treinamentos;

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 001/2024, que constitui a comissão, verificada a presença do quórum mínimo para realização da reunião, com ausência de 4 integrantes (Sra. Alessandra Aragão, Sra. Adriana Mota Bione Noronha, Sra. Bruna Maria Santana Matos e Sra. Luciana Almeida Bontempo), participação de 1 farmacêutica convidada (Sra. Nathalia dos Santos Barreto).

A meta mensal estabelecida é de 1 reunião no mês, registrada em ata e com ações resolutivas.

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

Tabela 3 - Quadro-resumo do indicador “1 Comissão de Infecção Hospitalar”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
1 reunião/mês = 1 ponto	1	1	1 ponto

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

Tabela 4 - Resultado da apuração do indicador “1 Comissão de Infecção Hospitalar”

Indicador	Indicação do Atendimento
1 Comissão de Infecção Hospitalar	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado correspondente à meta estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

2 Comissão de Revisão de Prontuários

Este indicador visa obter evidência da implantação e funcionamento da Comissão de Revisão de Prontuários. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
02. Comissão de Revisão de Prontuários	Implantar Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente	Comissão implantada e em funcionamento	Meta Permanente: Reunião mensal com registro em ata do número de prontuários revisados, identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, de acordo com os protocolos institucionais.	1,0 ponto	Portaria de constituição e registro das atas

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a portaria de constituição, a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 30/04/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo II, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Assim, amparado por estas documentações, observou-se que uma amostra dos prontuários das pacientes de internação foi revisada com base em um *checklist* de preenchimento e documentação padrão. Além disso, conclui-se que os temas tratados na reunião foram pertinentes a temas relacionados a revisão de prontuários, sendo analisados assuntos como:

- Distribuição de prontuários para revisão;
- Debate sobre a auditoria dos prontuários;
- Problemas no conteúdo das evoluções/anotações de enfermagem;
- Ausência de assinatura do paciente nos termos considerados obrigatórios;
- Ausência de cópia de DNV;
- Termo de testemunha de jeová;
- Importância da classificação correta no momento da alta da puérpera e do RN;
- Correção da configuração do tamanho da fonte na aba "Relatório de alta";
- Importância da presença na próxima reunião das coordenações médicas da neonatologia e da anestesiologia;

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 001/2024, que constitui a comissão, verificada existência de quórum mínimo para realização da reunião, com a ausência de 2 integrantes da comissão (Sra. Adriana Mora Bione Noronha e Sra. Luciana Almeida Bontempo).

A meta mensal estabelecida é de 1 reunião no mês, registrada em ata e com ações resolutivas.

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

Tabela 5 – Quadro-resumo do indicador “2 Comissão de Revisão de Prontuários”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
1 reunião/mês = 1 ponto	1	1	1 ponto

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

Tabela 6 – Resultado da apuração do indicador “2 Comissão de Revisão de Prontuários”

Indicador	Indicação do Atendimento
2 Comissão de Revisão de Prontuários	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado correspondente à meta estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

3 Comissão de Investigação de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal

Este indicador visa obter evidência da implantação e funcionamento da Comissão de Investigação de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
03. Comissão de Investigação de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal	Implantar Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos	Comissão implantada e em funcionamento	Meta Permanente: Reunião Mensal com registro em ata, de acordo com os protocolos institucionais.	1,0 ponto	Portaria de constituição e registro das atas

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 26/04/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo III, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Assim, amparado por estas documentações, verificou-se que foram discutidos e analisados 4 óbitos ocorridos em abril/2024, por meio de um formulário padrão, onde são descritos o contexto clínico e a cronologia do atendimento.

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 002/2023, que constitui a comissão, verificada existência de quórum mínimo para realização da reunião, sem a presença de 1 integrante (Sra. Bruna Maria Santana Matos).

A meta mensal estabelecida é de 1 reunião no mês, registrada em ata e com ações resolutivas.

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

Tabela 7 – Quadro-resumo do indicador “3 Comissão de Investigação de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
1 reunião/mês = 1 ponto	1	1	1 ponto

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

Tabela 8 – Resultado da apuração do indicador “3 Comissão de Investigação de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal”

Indicador	Indicação do Atendimento
3 Comissão de Investigação de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado correspondente à meta estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

4 Comissão de Farmácia e Terapêutica

Este indicador visa obter evidência da implantação e funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
04. Comissão de Farmácia e Terapêutica	Implantar Comissão de Farmácia e Terapêutica	Comissão implantada e em funcionamento	Meta Permanente: Reunião Mensal com registro em ata, e análise crítica dos casos notificados, de acordo com os protocolos institucionais.	1,0 ponto	Portaria de constituição e registro das atas

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 29/04/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo IV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Assim, amparado por estas documentações, verificou-se que foram discutidos, entre outros temas, o treinamento de padronização de diluição, reconstituição e estabilidade dos medicamentos, o treinamento com a temática “Práticas seguras na prescrição, dispensação e administração de medicamentos”, a pendência “confirmação de horário de retirada da medicação da farmácia”, visita em conjunto do NSP, farmácia, GOA e SCIH à unidade neonatal para traçar diagnósticos e pontos de fragilidade, lista de nomes de medicamentos com grafia ou som semelhantes e a exibição de gráfico demonstrativo do quantitativo trimestral de abertura de queixas técnicas.

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 001/2024, que constitui a comissão, verificada existência de quórum mínimo para realização da reunião, sem a presença dos seguintes integrantes: Sra. Adriana Mota Bione, Sra. Alessandra Aragão Silva e a Sra. Michelle Fontes Sobral. Além disso, a seguinte integrante participou da reunião, porém não faz parte da comissão: Sra. Nathalia dos Santos Barreto (convidada).

A meta mensal estabelecida é de 1 reunião no mês, registrada em ata e com ações resolutivas

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

Tabela 9 – Quadro-resumo do indicador “4 Comissão de Farmácia e Terapêutica”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
1 reunião/mês = 1 ponto	1	1	1 ponto

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

Tabela 10 – Resultado da apuração do indicador “4 Comissão de Farmácia e Terapêutica”

Indicador	Indicação do Atendimento
4 Comissão de Farmácia e Terapêutica	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado correspondente à meta estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

5 Comissão de Humanização da Assistência

Este indicador visa obter evidência da implantação e funcionamento da Comissão de Humanização da Assistência. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
05. Comissão da Humanização da Assistência	Implantar Comissão de Humanização da Assistência	Comissão implantada e em funcionamento;	Meta Permanente: Reunião Mensal com registro em ata. Adotar os princípios de Assistência, de acordo com os protocolos institucionais.	1,0 ponto	Portaria de constituição e registro das atas

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 22/04/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo V, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Assim, amparado por estas documentações, verificou-se que foram discutidos temas acerca de Sensibilização Método Canguru, Semana Interna de Prevenção de Acidentes de trabalho, Visita guiada à MMLN, Conscientização sobre o Maio furta-cor, Ação de dia das mães, pendências do treinamento com os funcionários da recepção, fluxo de Entrega Protegida, ação sobre o PO Atuação das doulas, planejamento de realização de ações externas nas Unidades Básicas de Saúde, substituição das etiquetas colantes por pulseiras de identificação, aquisição de caixa de acrílico para dispor de pesquisas de satisfação e a ação Comunicação Efetiva a ser realizada com lideranças.

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 001/2024, que constitui a comissão, verificada existência de quórum mínimo para realização da reunião, sem a presença de quatro integrantes, quais sejam: Sra. Cinthia Cristina Pereira, Sra. Conceição Jeane Magalhães Silva, Sra. Manuela Souza e a Sra. Thatyanny Ramony. Além da Sra. Fabiana Monteiro Almeida que não faz parte da comissão, porém foi convidada.

A meta mensal estabelecida é de 1 reunião no mês, registrada em ata e com ações resolutivas.

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

Tabela 11 – Quadro-resumo do indicador “5 Comissão de Humanização da Assistência”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
1 reunião/mês = 1 ponto	1	1	1 ponto

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

Tabela 12 – Resultado da apuração do indicador “5. Comissão de Humanização da Assistência”

Indicador	Indicação do Atendimento
5 Comissão de Humanização da Assistência	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado correspondente à meta estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

6 Serviço de Atendimento ao Cliente

Este indicador visa obter evidência da implantação e funcionamento do Serviço de Atendimento ao Cliente, com mecanismos de monitoramentos das sugestões e queixas das pacientes e acompanhantes. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
06. Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC 01	Implantar e manter o SAC mediante questionário de pesquisa aprovado pela SMS	Serviço de Atendimento ao Cliente implantado e em funcionamento. Existência de mecanismo de monitoramento e avaliação de sugestões e queixas.	Meta Permanente: aplicar questionário em no mínimo 10% do total de pacientes atendidos; exibir demonstrativo dos resultados da pesquisa.	1,0 ponto	Relatório consolidado dos dados resultantes da aplicação do instrumento no mês e das providências tomadas

Para a avaliação do cumprimento do indicador foi fornecido pela Organização Social o Relatório da Ouvidoria e Pesquisa de Satisfação, bem como as planilhas de controle e consolidação das pesquisas. A referida documentação suporte consta no Anexo VI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Assim, amparado por esta documentação, verificou-se múltiplas respostas dos mesmos pacientes às pesquisas, além de respostas provenientes dos acompanhantes e de usuários anônimos. Uma vez que o indicador visa a aplicação da pesquisa a um mínimo de 10% dos pacientes atendidos, foram desconsideradas as múltiplas pesquisas aplicadas a um mesmo usuário, resultando em 834 respostas válidas de um universo de 877 respostas obtidas, das quais 820 foram provenientes de pacientes; 8 de acompanhantes e 6 de usuários anônimos.

Em relação ao volume total de altas hospitalares de pacientes internadas e atendidas no setor emergencial, 2.311, foi obtido um percentual de 36,08% de retorno dos pacientes às pesquisas de satisfação disponibilizadas.

A meta mensal estabelecida é de aplicação da pesquisa a um mínimo de 10% das pacientes atendidas na maternidade, no mês.

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

Tabela 13 - Quadro-resumo do indicador “6 Serviço de Atendimento ao Cliente”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
>=10% = 1 ponto	37,9%	36,8%	1 ponto

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

Tabela 14 - Resultado da apuração do indicador “6 Serviço de Atendimento ao Cliente”

Indicador	Indicação do Atendimento
6 Serviço de Atendimento ao Cliente	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado correspondente à meta estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

7 Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho

Este indicador visa obter evidência da implantação e funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
07. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA) 01	Implantar Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA)	Comissão implantada e em funcionamento.	Meta Permanente: Reunião Mensal com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas, de acordo com os protocolos institucionais.	1,0 ponto	Portaria de constituição e registro das atas

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 12/04/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo VII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Assim, amparado por estas documentações, verificou-se que foram discutidos temas pertinentes à alinhamento do cronograma referente ao SIPAT/2024.

A meta mensal estabelecida é de 1 reunião no mês, registrada em ata e com ações resolutivas

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

Tabela 15 - Quadro-resumo do indicador “7 Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
1 reunião/mês = 1 ponto	1	1	1 ponto

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

Tabela 16 - Resultado da apuração do indicador “7 Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho”

Indicador	Indicação do Atendimento
7 Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado correspondente à meta estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

4.2 Indicadores Quantitativos

A seguir serão apresentados os Indicadores Quantitativos apurados por este Verificador Independente conforme termos definidos na Ficha Técnica de avaliação e valoração dos indicadores, constante no item 3 do Anexo 1 ao Contrato de Gestão Nº 113/2022, referente à competência de abril/2024.

8 Atividade educativa / orientação em grupo na Atenção Especializada

Este indicador visa obter o número absoluto de atividades educativas realizadas na maternidade. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
08. Atividade educativa / orientação em grupo na Atenção Especializada	-	Nº absoluto TOTAL atividade	Meta Permanente: 12 atividades / Mês	0 a 4 = 0 ponto 5 a 8 = 1 ponto 9 a 12 = 2 pontos	SIA/SIH

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social os seguintes documentos, os quais constam no Anexo VIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração:

- Relatório de Produção Ambulatorial do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS;
- Listas de presença das atividades educativas;
- Ficha de conteúdo programático das atividades educativas.

Assim, amparado pelas listas de presença nas atividades, avaliamos se as atividades educativas aconteceram no mês em apuração, se teve duração mínima de 30 minutos e com o mínimo de 10 participantes, conforme definição do CID do procedimento do SIGTAP. Além das conferências acima, foi feito um cruzamento das informações com o relatório do SMPEP “Relação de Atendimentos (Analítico)”, para garantir que a puérpera/gestante constante na lista de presença estava na unidade, na data de realização da atividade educativa. A partir disso, foram obtidos os valores a seguir:

Número de atividades realizadas: 20

Número de participantes nas atividades: 219 (mínimo de 10 em cada atividade)

Número de horas das atividades: 19 horas e 55 minutos

Abaixo, detalhamos os registros de treinamentos realizados no mês de abril/2024:

Tabela 17 – Relação das atividades educativas realizadas em abril

Data	Título do treinamento	Nº de Participantes	Puérpera/Gestante participante	Carga Horária
09/04/2024	Visita guiada à MMLN	14	8	2h
16/04/2024	Visita guiada à MMLN	10	6	2h
29/03/2024	A importância no desenvolvimento no POI	10	5	1h
-	Leite humano: primeira vacina do bebê, como obter sucesso na amamentação	10	0	30 min
23/04/2024	A importância de movimentar no POI	14	7	1h
16/04/2024	A importância de movimentar no POI	10	5	1h
12/04/2024	A importância de movimentar no POI	10	5	1h
05/04/2024	A importância de movimentar no POI	10	5	1h
02/04/2024	Visita guiada à MMLN	12	8	2h
-	A importância do aleitamento humano exclusivo	10	0	30min
23/04/2024	Visita guiada à MMLN	21	12	2h
30/04/2024	A importância nutricional do aleitamento humano	10	0	30min
-	Importância nutricional para/do AME para o binômio	11	0	30min
-	Alimentos na gestação e lactação	11	0	15min
08/04/2024	Síndromes hipertensivas	10	0	30min
22/04/2024	Posições e melhores técnicas para amamentação	10	2	40min
03/04/2024	Incentivo a doação de LH e ordenha	10	0	30min
30/04/2024	Aleitamento humano exclusivo e sua importância para o RN	10	2	30min
29/04/2024	Como aumentar a produção de LH	10	0	30min
30/04/2024	Visita guiada à MMLN	16	10	2h

A meta mensal estabelecida é de no mínimo 9 atividades no mês.

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social. Uma vez que 4 das atividades listadas pela OS não dispõem do campo “data” preenchido e uma outra atividade é datada de março/2024, as desconsideramos da base de dados.

Tabela 18 - Quadro-resumo do indicador “8 Atividade educativa / orientação em grupo na Atenção Especializada”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0 a 4 = 0 ponto 5 a 8 = 1 ponto 9 a 12 = 2 pontos	20	15	2 pontos

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

Tabela 19 - Resultado da apuração do indicador “8 Atividade educativa / orientação em grupo na Atenção Especializada”

Indicador	Indicação do Atendimento
8 Atividade educativa / orientação em grupo na Atenção Especializada	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

9 Diagnóstico em Laboratório Clínico

Este indicador visa obter o número absoluto de exames realizados. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
09. Diagnóstico em Laboratório Clínico	-	Nº absoluto TOTAL exames	Meta Permanente (x): 3.370 exames / Mês (A meta permanente vale de acordo com o quantitativo de procedimentos realizados)	0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	SIA/SIH

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Produção Ambulatorial total”, “Produção Internamento total” e “Relação de Fatura por procedimentos” com restrição ao código “0202” do SIGTAP, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de Diagnóstico em Laboratório Clínico = 3.491

Abaixo, o volume de exames por procedimento, no mês de abril/2024:

Tabela 20 – Relação de exames de laboratório realizados

Código	Procedimento	Qt.	Código	Procedimento	Qt.
0202010120	ÁCIDO ÚRICO (AUR)	6	0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO	4
0202010180	AMILASE (AMI)	9	0202031179	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	19

Código	Procedimento	Qty.
0202010201	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	185
0202010210	CALCIO (CAL)	66
0202010260	CLORO(CLO)	2
0202010317	CREATININA	164
0202010368	LDH - DESIDROGENASE LÁTICA	70
0202010384	FERRITINA	8
0202010392	FERRO SERICO	8
0202010422	FOSFATASE ALCALINA (FAL)	17
0202010430	FOSFORO	18
0202010465	GAMA GT (GGT)	10
0202010554	DOSAGEM DE LIPASE	7
0202010562	MAGNÉSIO (MAG)	65
0202010600	POTÁSSIO (POT)	88
0202010635	SODIO	95
0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-	98
0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-	98
0202010694	URÉIA (URE)	161
0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS (RET)	51
0202020070	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	2
0202020096	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -	1
0202020134	TTPA - DETERMINACAO DE TEMPO DE	30
0202020142	TEMPO DE PROTROMBINA (TP)	26
0202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE	2
0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	476
0202020479	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-	1
0202030202	PROTEINA C REATIVA (PCR)	285
0202030300	PESQUISA DE ANTICORPO PARA HIV 1 E 2	3
0202030679	PESQUISA DE Ac CONTRA VÍRUS DA HEPATITE C	2
0202030717	PESQUISA DO VIRUS DA BRONQUEOLITE (RSV)	2
0202030792	TESTE RÁPIDO DENGUE IGG/IGM	5

2.061

Código	Procedimento	Qty.
0202050017	SUMARIO DE URINA (SUM)	86
0202060217	DOSAGEM DE HORMÔNIO GONADOTROFINA	21
0202080013	ANTIBIOGRAMA	14
0202080080	UROCULTURA	16
0202080153	HEMOCULTURA	35
0202080196	CULTURA PARA STREPTOCOCCUS	2
0202120023	GRUPO SANGUÍNEO + FATOR RH	658
0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	492
0202010473	GLICOSE NO LÍQUIDO PERICÁRDICO	3
0202010732	GASOMETRIA VENOSA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	25
0202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA(COOMBS DIRETO)(TAD)	2
0202030741	CITOMEGALOVÍRUS, SOROLOGIA, PCR E AVIDEZ (LACEN)	2
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	2
0202030849	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG HERPES 1 e 2	1
0202030857	CITOMEGALOVÍRUS - SOROLOGIA PCR E AVIDEZ(CITOP) LACEN	2
0202030873	TOXOPLASMOSE - ANTICORPOS IgM	7
0202030954	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM HERPES 1 e 2	1
0202031110	VDRL NO LIQUOR	22
0202060381	T4 LIVRE TETRAODOTIRONINA LIVRE T4L	1
0202010325	CPK - CREATINOFOSFOQUINASE	3
0202010333	CKMB DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB(CKMB)	3
0202010678	TRIGLICERÍDES (TRI)	1
0202020290	FIBRINOGENIO	1
0202030814	RUBÉOLA - ANTICORPOS IgG	1
0202030920	RUBÉOLA, SOROLOGIA (LACEN) RUSOR	1
0202050114	PROTEÍNA URINÁRIA - 24 HORAS	1
0202080129	CULTURA DE VIGILANCIA SWAB RETAL (CONTROLE SEMANAL) (SSEM)	1
0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	1
0202090183	BIOQUÍMICA DO LIQUOR (GLICOSE, LDH, PTN, CLORO, LACTATO)	1
0202090299	LATEX NO SORO (LATSO)	1

1.430

Total 3.491

A fim de verificar os resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais

foram atestadas as realizações dos exames de diagnóstico laboratorial aos pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo IX, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 21 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Solicitação	Exame Realizado	Resultado anexo?	Avaliação
1	9906	24/04/2024	ÁCIDO ÚRICO (AUR)	SIM	✓
2	10636	15/04/2024	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
3	10211	16/04/2024	CREATININA	SIM	✓
4	4262	22/04/2024	FERRITINA	SIM	✓
5	10548	09/04/2024	SODIO	SIM	✓
6	10242	15/04/2024	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	SIM	✓
7	10182	08/04/2024	URÉIA (URE)	SIM	✓
8	6295	10/04/2024	TEMPO DE PROTROMBINA (TP)	SIM	✓
9	3840	03/04/2024	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	SIM	✓
10	10489	07/04/2024	PROTEINA C REATIVA (PCR)	SIM	✓
11	10886	20/04/2024	VDRL NO LIQUOR	SIM	✓
12	10316	09/04/2024	SUMARIO DE URINA (SUM)	SIM	✓
13	10895	20/04/2024	UROCULTURA	SIM	✓
14	10311	19/04/2024	GRUPO SANGUÍNEO + FATOR RH	SIM	✓
15	663	07/04/2024	GRUPO SANGUÍNEO + FATOR RH	SIM	✓
16	10602	11/04/2024	GRUPO SANGUÍNEO + FATOR RH	SIM	✓
17	9735	28/04/2024	GRUPO SANGUÍNEO + FATOR RH	SIM	✓
18	10565	09/04/2024	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	SIM	✓
19	10737	15/04/2024	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	SIM	✓
20	9961	29/04/2024	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	SIM	✓

A meta mensal estabelecida é de 3.370 exames, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta.

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

Tabela 22 - Quadro-resumo do indicador “9 Diagnóstico em Laboratório Clínico”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	3.465 – 102,80%	3.491 – 103,59%	4 pontos

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

Tabela 23 - Resultado da apuração do indicador “9 Diagnóstico em Laboratório Clínico”

Indicador	Indicação do Atendimento
9 Diagnóstico em Laboratório Clínico	✓ Atendido

Conclusão da Apuração

Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.

10 Diagnóstico por Radiologia

Este indicador visa obter o número absoluto de exames realizados. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
10. Diagnóstico por Radiologia	-	Nº absoluto TOTAL exames	Meta Permanente (x): 26 exames / Mês (A meta permanente vale de acordo com o quantitativo de procedimentos realizados)	0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	SIA/SIH

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Produção Ambulatorial total”, “Produção Internamento total” e “Relação de Fatura por procedimentos”, com restrição ao código “0204” do SIGTAP, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de Diagnóstico por Radiologia = 80

Abaixo, o volume de exames realizados por procedimento, no mês de abril/2024:

Tabela 24 – Relação dos exames realizados em abril

Código	Procedimento	Qtd.
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	50
0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL /	2
0204050120	RADIOGRAFIA DO ABDOME - ABD	5
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	22
0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	1

80

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 10 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos exames de radiografia aos pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo X, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 25 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Realização	Exame Realizado	Resultado Anexo?	Avaliação
1	10215	24/04/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓

#	Nº Prontuário	Data da Realização	Exame Realizado	Resultado Anexo?	Avaliação
2	9499	18/03/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
3	10107	24/03/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
4	10837	18/04/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
5	10100	23/03/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
6	10654	12/04/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
7	10429	05/04/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	SIM	✓
8	10792	19/04/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SIM	✓
9	10081	22/03/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SIM	✓
10	9173	26/02/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓

A meta mensal estabelecida é de 26 exames, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta.

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

Tabela 26 - Quadro-resumo do indicador “10 Diagnóstico por Radiologia”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	81 – 311,54%	80 – 307,69%	4 pontos

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

Tabela 27 - Resultado da apuração do indicador “10 Diagnóstico por Radiologia”

Indicador	Indicação do Atendimento
10 Diagnóstico por Radiologia	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

11 Diagnóstico por Ultrassonografia

Este indicador visa obter o número absoluto de exames realizados. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
11. Diagnóstico por Ultrassonografia	-	Nº absoluto TOTAL exames	Meta Permanente (x): 778 exames / Mês (A meta permanente vale de acordo com o quantitativo de procedimentos realizados)	0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	SIA/SIH

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Produção Ambulatorial total”, “Produção Internamento total” e “Relação de Fatura por procedimentos” com restrição ao código “0205” do SIGTAP, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de Diagnóstico por Ultrassonografia = 741

Abaixo, o volume de exames realizados por procedimento, no mês de abril/2024:

Tabela 28 – Relação dos exames realizados em abril

Código	Procedimento	Qtd.
205010059	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	3
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	18
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE	3
0205010059	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO	45
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDOME SUPERIOR	1
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDOME TOTAL	15
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	12
0205020097	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	15
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	2
0205020143	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	280
0205020151	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER	14
0205020160	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	1
0205020178	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	26
0205020186	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	305
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	1

Total 741

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos exames de ultrassonografia aos pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo XI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 29 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Solicitação	Exame Realizado	Resultado anexo?	Avaliação
1	11198	30/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	SIM	✓
2	10728	15/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	SIM	✓
3	3942	15/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	SIM	✓
4	10334	01/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	SIM	✓
5	9354	18/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
6	11227	30/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
7	8074	15/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
8	10816	21/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
9	10992	23/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
10	10466	06/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
11	10655	12/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
12	10564	09/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
13	10937	22/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
14	10958	23/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
15	10834	18/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
16	10224	03/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
17	10500	08/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL	NÃO	✗
18	10545	09/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	SIM	✓
19	10844	20/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	SIM	✓
20	11048	25/04/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓

Uma vez que não foi identificado o laudo do exame ou a imagem resultante, não foi possível validar a realização do exame e, portanto, o mesmo foi deduzido da base de dados, levando ao resultado a seguir:

Número de Diagnóstico por Ultrassonografia = 740

A meta mensal estabelecida é de 778 exames, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

Tabela 30 - Quadro-resumo do indicador “11 Diagnóstico por Ultrassonografia”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	740 – 95,12%	740 – 95,12%	4 pontos

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

Tabela 31 - Resultado da apuração do indicador “11 Diagnóstico por Ultrassonografia”

Indicador	Indicação do Atendimento
11 Diagnóstico por Ultrassonografia	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado intermediário à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

12 Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG)

Este indicador visa obter o número absoluto de exames realizados. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
12. Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG)	-	Nº absoluto TOTAL exames	Meta Permanente (x): 130 exames / Mês	$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 2$ pontos $x > 95\% = 4$ pontos	SIA/SIH

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Produção Ambulatorial total”, “Produção Internamento total” e “Relação de Fatura por procedimentos”, com restrição ao código “02.11.02.003-6” do SIGTAP, por meio das quais foram obtidos o valor a seguir:

Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG) = 0

A meta mensal estabelecida é de 130 exames, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta.

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

Tabela 32 - Quadro-resumo do indicador “12 Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG)”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 2$ pontos $x > 95\% = 4$ pontos	0 – 0%	0 – 0%	0 ponto

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

Tabela 33 - Resultado da apuração do indicador “12 Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG)”

Indicador	Indicação do Atendimento
12 Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG)	✘ Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

13 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)

Este indicador visa obter o número absoluto de exames realizados. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
13. Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)	-	Nº absoluto TOTAL exames	Meta Permanente (x): 449 exames / Mês	0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	SIA/SIH

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Produção Ambulatorial total”, “Produção Internamento total” e “Relação de Fatura por procedimentos”, com restrição aos códigos “02.11.07.014-9” e “02.11.07.042-4” do SIGTAP, por meio dos quais foi obtido o valor a seguir:

Número Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas) = 255

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 18 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos exames otoacústicos aos pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo XII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 34 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data do exame	Avaliação
1	11160	30/04/2024	✓
2	10336	02/04/2024	✓
3	10844	19/04/2024	✓
4	10596	11/04/2024	✓
5	11043	26/04/2024	✓
6	10659	13/04/2024	✓
7	11093	27/04/2024	✓
8	10552	10/04/2024	✓
9	10717	15/04/2024	✓

#	Nº Prontuário	Data do exame	Avaliação
10	10555	10/04/2024	✓
11	10681	14/04/2024	✓
12	10462	07/04/2024	✓
13	10795	22/04/2024	✓
14	10556	10/04/2024	✓
15	10605	12/04/2024	✓
16	10623	12/04/2024	✓
17	10345	03/04/2024	✓
18	11030	26/04/2024	✓

Dos exames acima listados, conforme é verificável na coluna “Data do exame”, dois exames foram realizados em abril/2024 e, portanto, não foram considerados na base de cálculo, perfazendo o volume a seguir:

Número Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas) = 255

A meta mensal estabelecida é de 449 exames, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta.

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

Tabela 35 - Quadro-resumo do indicador “13 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	255 – 56,79%	255 – 56,79%	0 ponto

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

Tabela 36 - Resultado da apuração do indicador “13 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)”

Indicador	Indicação do Atendimento
13 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)	✘ Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado intermediário à meta mínima estabelecida, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

14 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto)

Este indicador visa obter o número absoluto de exames realizados. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
14. Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto)	-	Nº absoluto TOTAL exames	Meta Permanente(x) : 130 exames / Mês	$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 2$ pontos $x > 95\% = 4$ pontos	SIA/SIH

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Produção Ambulatorial total”, “Produção Internamento total” e “Relação de Fatura por procedimentos”, com restrição ao código “02.11.04.006-1” do SIGTAP, por meio dos quais foram obtidos o valor a seguir:

Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto) = 425

Abaixo, o volume de exames realizados por setor, no mês de abril/2024:

Tabela 37 – Relação dos exames realizados em abril

Produção	Código	Procedimento	Qtd.
Ambulatorial	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	375
Internamento (Auditado)	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	39
Internamento (Não Auditado)	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	11

Total 425

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 19 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos exames de tocardiografia aos pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo XIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 38 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Resultado no prontuário?	Avaliação
1	10714	SIM	✓
2	10851	SIM	✓
3	10274	SIM	✓
4	10617	SIM	✓
5	11091	SIM	✓
6	5133	SIM	✓
7	10824	SIM	✓
8	11175	SIM	✓
9	3563	SIM	✓

#	Nº Prontuário	Resultado no prontuário?	Avaliação
10	10812	SIM	✓
11	8245	SIM	✓
12	10404	SIM	✓
13	9153	SIM	✓
14	3563	SIM	✓
15	8074	SIM	✓
16	10410	SIM	✓
17	10589	SIM	✓
18	10325	SIM	✓

A meta mensal estabelecida é de 130 exames, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta.

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

Tabela 39 - Quadro-resumo do indicador “14 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto)”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	427 – 328,46%	425 – 326,92%	4 pontos

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

Tabela 40 - Resultado da apuração do indicador “14 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto)”

Indicador	Indicação do Atendimento
14 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto)	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

15 Teste Rápido

Este indicador visa obter o número absoluto de testes realizados. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação	
15.	Teste Rápido	-	Nº absoluto TOTAL exames	Meta Permanente (x): 518 exames / Mês	$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 2$ pontos $x > 95\% = 4$ pontos	SIA/SIH

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Produção Ambulatorial total”, “Produção Internamento total” e “Relação de Fatura por procedimentos”, com restrição ao código “0214” do SIGTAP, por meio dos quais foi obtido o valor a seguir:

Testes rápidos realizados = 955

Abaixo, o volume de testes realizados por procedimento, no mês de abril/2024:

Tabela 41 – Relação dos testes realizados em abril

Código	Procedimento	Qtd.
0214010015	GLICEMIA CAPILAR	3
0214010040	TESTE RAPIDO PARA DETECAO DE HIV EM	240
0214010058	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO	4
0214010074	SÍFILIS TESTE RÁPIDO (SIF)	246
0214010090	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C	224
0214010104	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B	226
0214010112	ZIKA VIRUS, ISOLAMENTO VIRAL(LACEN) ZIKAI	4
0214010163	(LABCHECAP)TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO	8

Total 955

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos testes rápidos nas pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo XIV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 42 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Resultado no prontuário?	Avaliação
1	11132	SIM	✓
2	8952	SIM	✓
3	4674	SIM	✓
4	10743	SIM	✓
5	4295	SIM	✓
6	10401	SIM	✓
7	10730	SIM	✓

#	Nº Prontuário	Resultado no prontuário?	Avaliação
8	11200	SIM	✓
9	10800	SIM	✓
10	4747	SIM	✓
11	5470	SIM	✓
12	10619	SIM	✓
13	10484	SIM	✓
14	10825	SIM	✓
15	10509	SIM	✓
16	11188	SIM	✓
17	10716	SIM	✓
18	8086	SIM	✓
19	10815	SIM	✓
20	10821	SIM	✓

A meta mensal estabelecida é de 518 exames, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta.

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

Tabela 43 - Quadro-resumo do indicador "15 Teste Rápido"

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	957 – 184,75%	955 – 184,36%	4 pontos

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

Tabela 44 - Resultado da apuração do indicador "15 Teste Rápido"

Indicador	Indicação do Atendimento
15 Teste Rápido	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

16 Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)

Este indicador visa obter o número absoluto de atendimentos realizados por esses profissionais. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
16. 03.01.01.004-8 (Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico))	-	Nº absoluto TOTAL de atendimentos	Meta Permanente (x): 2.160 consultas / Mês	0% < x ≤ 90% = 0 ponto x > 90% = 2 pontos	SIA/SIH

Para aferição deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório “Relação de atendimentos (Sintético)” e os relatórios de “Produção Ambulatorial total” e “Produção Internamento total”, com restrição ao código “03.01.01.004-8” do SIGTAP; por meio do qual foi obtido o volume a seguir:

Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico) = 7.466

Abaixo, o volume de atendimentos realizados por cada especialidade, no mês de abril/2024:

Tabela 45 – Relação das consultas realizadas em abril

Procedimento	Qtd.
ASSISTENTE SOCIAL	1101
ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA	331
ENFERMEIRO(A)	3185
ENFERMEIRO(A) BANCO DE LEITE	1
ENFERMEIRO(A) CENTRO CIRÚRGICO	10
ENFERMEIRO(A) DO TRABALHO	1
ENFERMEIRO(A) OBSTETRA	327
FARMACÊUTICO(A)	472
FISIOTERAPEUTA	445
FONOAUDIÓLOGO	379
FONOAUDIÓLOGO RT	9
NUTRICIONISTA	695
NUTRICIONISTA CLÍNICA	1
PSICÓLOGO HOSPITALAR	509

7.466

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as consultas realizadas aos pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo XV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 46 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Atendimento	Avaliação
1	10885	ASSISTENTE SOCIAL	✓

#	Nº Prontuário	Atendimento	Avaliação
2	6488	ASSISTENTE SOCIAL	✓
3	10978	ASSISTENTE SOCIAL	✓
4	6295	ASSISTENTE SOCIAL	✓
5	9331	ASSISTENTE SOCIAL	✓
6	11029	ASSISTENTE SOCIAL	✓
7	9914	ASSISTENTE SOCIAL	✓
8	9456	ASSISTENTE SOCIAL	✓
9	5927	ASSISTENTE SOCIAL	✓
10	9473	ASSISTENTE SOCIAL	✓
11	4504	ENFERMEIRO(A)	✓
12	10628	ENFERMEIRO(A)	✓
13	10095	ENFERMEIRO(A)	✓
14	9979	ENFERMEIRO(A)	✓
15	9576	ENFERMEIRO(A)	✓
16	10200	ENFERMEIRO(A)	✓
17	10454	ENFERMEIRO(A)	✓
18	10978	ENFERMEIRO(A)	✓
19	10673	ENFERMEIRO(A)	✓
20	9150	ENFERMEIRO(A)	✓

A meta mensal estabelecida é de 2.160 atendimentos, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 90% da meta.

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

Tabela 47 - Quadro-resumo do indicador “16 Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 90% = 0 ponto x > 95% = 2 pontos	7.457 – 345,20%	7.466 – 345,65%	2 pontos

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

Tabela 48 - Resultado da apuração do indicador “16 Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)”

Indicador	Indicação do Atendimento
16 Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

17 atendimentos de Urgência em Atenção Especializada – Médico

Este indicador visa obter o número absoluto de atendimentos realizados. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
17. 03.01.06.006-1 (Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada - Médico)	-	Nº absoluto TOTAL de atendimentos	Meta Permanente (x): 2.160 atendimentos / Mês	0% < x ≤ 90% = 0 ponto x > 90% = 2 pontos	SIA/SIH

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório de “Produção Ambulatorial total” e “Relação de Fatura por procedimentos”, com restrição ao código “03.01.06.006-1” do SIGTAP, por meio dos quais foi obtido o valor a seguir:

Número de Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada – Médico = 1.631

Abaixo, o volume de atendimentos realizados por cada especialidade, no mês de abril/2024:

Tabela 49 – Relação dos atendimentos realizados em abril

Especialidade	Qtd.
ANESTESIOLOGISTA	1
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1550
NEONATOLOGISTA	80

1.631

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestados os atendimentos realizados aos pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo XVI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 50 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Consulta	Atendimento	Avaliação
1	11035	25/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
2	7094	25/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
3	11091	26/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
4	10816	17/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
5	10602	10/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
6	8640	09/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
7	5346	11/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
8	10482	06/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
9	10108	09/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
10	7110	25/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
11	10513	07/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
12	10472	06/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
13	6690	15/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
14	10915	21/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓

#	Nº Prontuário	Data da Consulta	Atendimento	Avaliação
15	6607	10/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
16	10465	06/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
17	10824	17/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
18	10841	18/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
19	11205	30/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
20	10648	19/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓

A meta mensal estabelecida é de 2.160 atendimentos, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 90% da meta.

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

Tabela 51 - Quadro-resumo do indicador “17 Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada – Médico”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 90% = 0 ponto x > 90% = 2 pontos	1.631 – 75,51%	1.631 – 75,51%	0 ponto

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

Tabela 52 - Resultado da apuração do indicador “17 Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada – Médico”

Indicador	Indicação do Atendimento
17 Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada – Médico	✘ Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

18 Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas

Este indicador visa obter o número absoluto de atendimentos. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
18. 03.01.06.002-9 (Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas)	-	Nº absoluto TOTAL de atendimentos	Meta Permanente (x): 432 atendimentos / Mês	0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 90% = 1 ponto x > 90% = 2 pontos	SIA/SIH

Para aferição deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório de “Produção Ambulatorial total” e “Relação de Fatura por procedimentos”, com restrição ao código “03.01.06.002-9” do SIGTAP; por meio dos quais foi obtido o valor a seguir:

Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas = 1.138

Abaixo, o volume de atendimentos realizados por cada especialidade, no mês de abril:

Tabela 53 – Relação dos atendimentos realizados em abril

Especialidade	Qtd.
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1065
NEONATOLOGISTA	73

1.138

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestados os atendimentos realizados aos pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo XVII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 54 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data do Atendimento	Avaliação
1	10874	20/04/2024	✓
2	11209	30/04/2024	✓
3	10981	23/04/2024	✓
4	7109	11/04/2024	✓
5	9555	23/04/2024	✓
6	10416	04/04/2024	✓
7	10606	11/04/2024	✓
8	10912	28/04/2024	✓
9	10849	23/04/2024	✓
10	10576	09/04/2024	✓
11	11004	24/04/2024	✓
12	9958	23/04/2024	✓
13	10716	14/04/2024	✓
14	10484	30/04/2024	✓
15	10356	02/04/2024	✓
16	10839	30/04/2024	✓
17	10560	09/04/2024	✓
18	5676	08/04/2024	✓
19	3563	20/04/2024	✓
20	10457	09/04/2024	✓

A meta mensal estabelecida é de 432 atendimentos, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta.

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

Tabela 55 - Quadro-resumo do indicador “18 Atendimento de Urgência com Observação até 24Horas”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 1 ponto x > 95% = 2 pontos	1.138 - 263,43%	1.138 - 263,43%	2 pontos

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

Tabela 56 - Resultado da apuração do indicador “18 Atendimento de Urgência com Observação até 24Horas”

Indicador	Indicação do Atendimento
18 Atendimento de Urgência com Observação até 24Horas	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

19 Leito Clínico e Cirúrgico

Este indicador visa obter o número absoluto de saídas hospitalares. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
19. LEITO CLÍNICO 03.03.10 Tratamento durante a Gestação, Parto e Puerpério 03.10.01.003-9 Parto Normal	-	Nº absoluto TOTAL de saídas hospitalares na Clínica Médica e Cirúrgica	Meta Permanente (x): 638 saídas hospitalares / Mês	0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 5 pontos	SIA/SIH
LEITO CIRÚRGICO 04.11.01 Cirurgia Obstétrica - Parto Outras Cirurgias relacionadas ao Estado Gestacional, Saúde da Mulher e Saúde Reprodutiva					

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Produção Internamento total” e “Relação de Fatura por procedimentos”, com restrição aos códigos “03.03.10”, “03.10.01.003-9”, “04.11.01”, “04.11.02”, “04.09.06” e “04.09.07” do SIGTAP, por meio dos quais foi obtido o valor a seguir:

Procedimentos hospitalares no mês = 243

Tabela 57 – Relação dos procedimentos realizados em abril

Código	Procedimento	Qtd.
0303100010	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	6
0303100044	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	15
0310010039	PARTO NORMAL	10
0409060070	ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	3
0409060186	LAQUEADURA TUBARIA	15
0409060313	LAQUEADURA TUBRIA NA MESMA INTERNAÇÃO DE PARTO NORMAL	1
0411010026	PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	1
0411010034	PARTO CESARIANO	65
0411010042	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	17
0411010077	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	96
0411020013	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	11
0411020048	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	3

Total 243

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 18 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos procedimentos aos pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo XVIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 58 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Saída	Procedimento	Avaliação
1	11090	28/04/2024	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	✓
2	9970	20/04/2024	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	✓
3	10703	15/04/2024	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	✓
4	10686	15/04/2024	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	✓
5	7704	08/04/2024	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	✓
6	10751	17/04/2024	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	✓
7	10663	18/04/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓

#	Nº Prontuário	Data da Saída	Procedimento	Avaliação
8	10316	04/04/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
9	10219	25/04/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
10	8776	03/04/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
11	8379	06/04/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
12	10260	09/04/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
13	10728	18/04/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
14	10782	21/04/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
15	7483	12/04/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
16	8379	15/04/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
17	10358	09/04/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
18	10895	24/04/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓

A meta mensal estabelecida é de 638 saídas, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta.

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

Tabela 59 - Quadro-resumo do indicador “19 Leito Clínico e Cirúrgico”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	246 – 38,56%	243 – 38,09%	0 ponto

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

Tabela 60 - Resultado da apuração do indicador “19 Internação em Leito Clínico e Cirúrgico”

Indicador	Indicação do Atendimento
19 Internação em Leito Clínico e Cirúrgico	✘ Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

20 Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar

Este indicador visa obter o número absoluto de saídas hospitalares. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
20. CENTRO DE PARTO NORMAL PERI-HOSPITALAR 03.10.01.005-5 Parto Normal em Centro de Parto Normal (CPN)	-	Nº absoluto TOTAL de saídas hospitalares do CPN	Meta Permanente (x): 110 saídas hospitalares / Mês	0% < x ≤ 70% = 0 ponto 70% < x ≤ 90% = 2 pontos x > 90% = 4 pontos	SIA/SIH

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Produção Internamento total” e “Relação de Fatura por procedimentos”, com restrição ao código “03.10.01.005-5” do SIGTAP, por meio dos quais foi obtido o valor a seguir:

Procedimentos hospitalares no mês = 147

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 15 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos procedimentos de parto normal às pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo XIX, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 61 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Saída	Procedimento	Avaliação
1	10749	19/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
2	10321	03/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
3	10697	23/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
4	10714	17/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
5	10351	08/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
6	8952	11/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
7	10815	21/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
8	4909	29/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
9	4596	13/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
10	10301	01/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
11	10548	12/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
12	10518	09/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
13	10289	01/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
14	10978	26/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
15	9035	29/04/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓

A meta mensal estabelecida é de 110 saídas, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta.

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

Tabela 62 - Quadro-resumo do indicador “20 Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$0\% < x \leq 60\% = 0$ ponto $70\% < x \leq 90\% = 2$ pontos $x > 90\% = 4$ pontos	147 – 133,63%	147 – 133,63%	4 pontos

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

Tabela 63 - Resultado da apuração do indicador “20 Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar”

Indicador	Indicação do Atendimento
20 Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar	 Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

21 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN

Este indicador visa obter o número absoluto de diárias com ocupação efetiva dos leitos. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
21. Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN	-	Nº absoluto TOTAL de diárias pela ocupação efetiva do leito	Meta Permanente (x): 255 diárias / Mês	$0\% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60\% < x \leq 90\% = 1$ ponto $x > 90\% = 2$ pontos	SIA/SIH

Para aferição deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório “Histórico de Acomodações”, levando em conta a definição de dias de permanência definido pelo Ministério da Saúde, que determina que serão contados os dias entre a internação e a alta, independente da hora de internação e desconsiderando o dia de alta. Assim, foi obtido o valor a seguir:

Diárias de ocupação dos leitos da UTIN = 167

Abaixo, os prontuários que ocuparam os leitos da UTIN, por dia:

Tabela 64 – Relação dos prontos-para-uso de internação por dia

Dia	1/abr	2/abr	3/abr	4/abr	5/abr	6/abr	7/abr	8/abr	9/abr	10/abr	11/abr	12/abr	13/abr	14/abr	15/abr	16/abr	
Pront.	9499	9499	9499	9499	9499	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10185	10185	10185	10185	10269	
	10269	10269	10269	10269	10269	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10269	10269	10269	10269	10346	
		10346	10346	10346	10346	10346	10429	10429	10429	10429	10429	10542	10346	10346	10346	10346	10664
					10429				10542	10542	10542	10559	10559	10630	10630	10630	10711
									10545	10545	10561	10561	10654	10664	10664		
									10559	10559			10630	10664	10711	10711	
									10561	10561			10654				
													10664				
	Diárias	2	3	3	3	4	3	3	4	7	7	5	8	6	6	6	4

Dia	17/abr	18/abr	19/abr	20/abr	21/abr	22/abr	23/abr	24/abr	25/abr	26/abr	27/abr	28/abr	29/abr	30/abr
Pront.	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	8478	8478	8478
	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10269	10269	10269
	10664	10664	10664	10664	10664	10664	10630	10630	10664	10664	10664	10346	10346	10346
	10711	10711	10711	10711	10711	10664	10664	10664	10837	10837	10837	10664	10664	10664
	10783	10795	10795	10837	10837	10711	10711	10711	10878	10878	10878	10795	10795	10795
	10795	10837	10830	10878	10878	10837	10837	10837	11058	11058	11058	10878	10878	10878
Diárias	6	6	7	6	6	7	7	7	7	7	8	6	6	7

A meta mensal estabelecida é de 255 diárias, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta.

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

Tabela 65 - Quadro-resumo do indicador “21 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 1 ponto x > 95% = 2 pontos	167 – 65,49%	167 – 65,49%	1 ponto

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

Tabela 66 - Resultado da apuração do indicador “21 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN”

Indicador	Indicação do Atendimento
21 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN	 Parcialmente Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento parcial do indicador.	

22 Leitos de Unidade de Neonatologia - UCINCo e UCINCa

Este indicador visa obter o número absoluto de diárias com ocupação efetiva dos leitos. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
22. Leitos de Unidade de Neonatologia - UCINCo e UCINCa	-	Nº absoluto TOTAL de diárias pela ocupação efetiva do leito	Meta Permanente (x): 382 diárias / Mês	<p>0% < x ≤ 60% = 0 ponto</p> <p>60% < x ≤ 90% = 1 ponto</p> <p>x > 90% = 2 pontos</p>	SIA/SIH

Para aferição deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório “Histórico de Acomodações”, levando em conta a definição de dias de permanência definido pelo Ministério da Saúde, que determina que serão contados os dias entre a internação e a alta, independente da hora de internação e desconsiderando o dia de alta. Assim, foi obtido o valor a seguir:

Diárias de ocupação dos leitos das unidades de neonatologia = 194

Abaixo, os prontuários que ocuparam os leitos das unidades de neonatologia, por dia:

Tabela 67 – Relação dos prontuários de internação por dia

Dia	1/abr	2/abr	3/abr	4/abr	5/abr	6/abr	7/abr	8/abr	9/abr	10/abr	11/abr	12/abr	13/abr	14/abr	15/abr	16/abr
Pront.	10081	10081	10081	10081	10081	10081	10081	10081	10450	10450	10429	10542	10542	10559	10559	10185
	10100	10100	10100	10100	10100	10100	10450	10450	10468	10501	10450	10545	10545	10561	10561	10559
	10107	10107	10107	10107	10107	8478	8478	10468	10501	10517	10501	8478	10559	10649	10649	10561
	8478	8478	8478	8478	8478	9499	9499	10532	10532	10532	10517	9499	10561	10654	10654	10630
	9173	9464	9464	9914	9914	9914	9914	8478	8478	8478	10532		10649	8478	8478	10649
	9464	9914	9914	9173	9173	9173	9173	9499	9499	9499	10545		8478	9499	9499	10654
	9914	9173	9173					9914	9914	9914	8478		9499			
Diárias	7	7	7	6	6	6	6	8	8	7	9	4	7	6	6	8

Dia	17/abr	18/abr	19/abr	20/abr	21/abr	22/abr	23/abr	24/abr	25/abr	26/abr	27/abr	28/abr	29/abr	30/abr
Pront.	10185	10185	10559	10559	10559	10559	10559	10559	10559	10630	10630	10630	10630	10630
	10559	10559	10561	10561	10561	10561	10561	10561	10630	10711	10711	10711	10711	11058
	10561	10561	10630	10630	10630	10830	10830	10830	10711	10988	10988	10988	11058	11059
	10630	10630	10857	10795	10795	10857	8478	10988	10830	8478	8478	11058	11059	11102
	10649	10649	8478	10830	10830	8478		8478	10988			11059	11102	11122
	10654	8478		10844	10844				8478			11102	11122	11136
	8478	9499		10857	10857							11122	11136	10711
9499			8478	8478							11136			
Diárias	8	7	5	8	8	5	4	5	6	4	4	8	7	7

A meta mensal estabelecida é de 382 diárias, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta.

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

Tabela 68 - Quadro-resumo do indicador “22 Leitos de Unidade de Neonatologia - UCINCo e UCINCa”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 1$ ponto $x > 95\% = 2$ pontos	194 – 50,79%	194 – 50,79%	0 ponto

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

Tabela 69 - Resultado da apuração do indicador “22 Leitos de Unidade de Neonatologia - UCINCo e UCINCa”

Indicador	Indicação do Atendimento
22 Leitos de Unidade de Neonatologia - UCINCo e UCINCa	x Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado intermediário à meta mínima estabelecida, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

23 Percentual de usuários classificados (classificação de risco)

Este indicador visa obter o número absoluto de pacientes que realizaram classificação de risco, conforme Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
23. % de usuários classificados	-	Nº absoluto TOTAL de pacientes que realizaram classificação de risco	Meta Permanente (x): (usuários classificados no mês / Número de consultas Realizadas) X 100	$0% < x \leq 70\% = 0$ ponto $70% < x \leq 90\% = 1$ ponto $x > 90\% = 2$ pontos	SIA/SIH

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Relação de Atendimentos (Analítico)”, “Monitoria de Tempo de Atendimento” e “Relação de Pacientes no Acolhimento”, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de usuários classificados: 1.138

Número de atendimentos realizados: 1.138

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

$$\% \text{ de usuários classificados (classificação de risco)} = \frac{\text{Número de usuários classificados}}{\text{Número de consultas realizadas}} \times 100$$

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 20 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória e por conveniência, a partir de potenciais falhas de controle identificadas no processo de apuração. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as consultas descritas no relatório, conforme evidências que constam no Anexo XX, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 70 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Atend.	Tipo Acomodação	Pront.	Entrada	Especialidade	Avaliação
1	26595	EMERGÊNCIA	663	07/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
2	28397	EMERGÊNCIA	3763	30/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
3	26125	EMERGÊNCIA	4554	31/03/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
4	26158	EMERGÊNCIA	5382	01/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
5	28135	EMERGÊNCIA	6457	26/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
6	26308	EMERGÊNCIA	7652	02/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
7	26827	EMERGÊNCIA	8379	10/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
8	26270	EMERGÊNCIA	8783	02/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
9	26488	EMERGÊNCIA	9060	05/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
10	27680	EMERGÊNCIA	9334	21/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
11	27794	EMERGÊNCIA	9515	22/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
12	26159	EMERGÊNCIA	9885	01/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
13	27201	EMERGÊNCIA	10048	15/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
14	26238	EMERGÊNCIA	10221	01/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
15	28460	EMERGÊNCIA	10321	30/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
16	26284	EMERGÊNCIA	10356	02/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
17	26880	EMERGÊNCIA	10378	10/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
18	26429	EMERGÊNCIA	10419	04/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
19	26486	EMERGÊNCIA	10446	05/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
20	26510	EMERGÊNCIA	10457	05/04/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓

A meta mensal estabelecida é de um volume superior a 90%, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 70% da meta.

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

Tabela 71 - Quadro-resumo do indicador “23 % de usuários classificados (classificação de risco)”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 70% = 0 ponto 70% < x ≤ 90% = 1 ponto x > 90% = 2 pontos	1.137 - 100%	1.138 - 100%	2 pontos

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

Tabela 72 - Resultado da apuração do indicador “23 % de usuários classificados (classificação de risco)”

Indicador	Indicação do Atendimento
23 Percentual de usuários classificados (classificação de risco)	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

24 Monitorar mensalmente e publicar a taxa de Episiotomia

Este indicador visa obter o número absoluto de pacientes que realizaram episiotomia. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
24. Monitorar mensalmente e publicar a taxa de Episiotomia	-	Nº absoluto TOTAL de pacientes que realizaram episiotomia	Meta Permanente (x): (Número de pacientes que realizaram a episiotomia no mês / quantitativo de partos normais realizados no mês) X 100 ≤ 5%	x > 5% = 0 ponto x ≤ 5% = 2 pontos	Relatório Hospitalar

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Relatório de Parto” e “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2”, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Numerador – Número de pacientes submetidos a episiotomia no mês: 3

Denominador – Número de partos normais realizados no mês: 164

Abaixo, os registros de episiotomia realizadas no mês de abril/2024:

Tabela 73 – Relação dos tipos de parto realizados em abril

Pront.	Data parto	Hora parto	Tipo parto
10606	11/04/2024	16:32	PARTO NORMAL EM CPN
10481	08/04/2024	12:37	PARTO NORMAL EM CPN
10253	12/04/2024	19:34	PARTO NORMAL EM CPN

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

Monitorar mensalmente e publicizar a taxa de Episiotomia

$$= \frac{\text{Número de pacientes submetidas à episiotomia no mês}}{\text{Quantitativo de partos normais realizados no mês}} \times 100$$

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 15 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória e por conveniência, a partir de potenciais falhas de controle identificadas no processo de apuração. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestados os partos normais sem ocorrência do procedimento de episiotomia, conforme evidências que constam no Anexo XXI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 74 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Episiotomia	Avaliação
1	11049	25/04/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
2	11090	26/04/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
3	10376	04/04/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
4	10849	23/04/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
5	11129	28/04/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
6	4596	12/04/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
7	10024	11/04/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
8	10489	07/04/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
9	10881	20/04/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
10	10332	23/04/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
11	10604	11/04/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
12	7483	25/04/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
13	9153	08/04/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
14	11158	29/04/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
15	10646	14/04/2024	PARTO CESARIANA	IGNORADO	✓

A meta mensal estabelecida é de no máximo 5%. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

Tabela 75 - Quadro-resumo do indicador “24 Monitorar mensalmente e publicizar a taxa de Episiotomia”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
x > 5% = 0 ponto x ≤ 5% = 2 pontos	1,77%	1,83%	2 pontos

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

Tabela 76 - Resultado da apuração do indicador “24 Monitorar mensalmente e publicizar a taxa de Episiotomia”

Indicador	Indicação do Atendimento
24 Monitorar mensalmente e publicizar a taxa de Episiotomia	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

25 Garantia da inserção de DIU

Este indicador visa obter o número absoluto de pacientes que assinaram o termo de inserção do DIU. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
25. Garantia da inserção de DIU	-	Nº absoluto TOTAL de pacientes que assinaram o Termo de garantia de inserção do DIU	Meta Permanente (x): (quantitativo de inserção de DIU / quant. de termos assinados no mês) X 100	x <100%= 0 ponto 100% = 4 pontos	Relatório Hospitalar

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Relatório de Parto”, “Cirurgias Realizadas” e “Relação de Faturas por Procedimento”.

Além dos relatórios, foram analisados os termos de inserção de DIU fornecidos pela Organização Social, apresentados juntamente a este Relatório de Apuração no Anexo XXII, por meio dos quais foram identificadas, em abril, a concordância com a inserção do DIU assinada por 96 pacientes, das quais 89 efetivamente inseriram o DIU. As 7 demais pacientes não efetivaram a inserção por desistência ou devido a condições clínicas desfavoráveis evidenciadas nos prontuários. O volume total de inserções diverge do apresentado pela OS devido a 1 paciente duplicadas, que constam no controle do PPP e do CO simultaneamente (PRON 9875).

Assim, a fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 10 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória e por conveniência, a partir da relação de casos sem evidência da embalagem do DIU e sem a codificação do SIGTAP. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as inserções do DIU, conforme evidências que constam no anexo XXIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 77 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	DIU	Avaliação
1	9875	SIM	✓
2	10460	SIM	✓
3	11029	SIM	✓
4	10992	SIM	✓
5	10405	SIM	✓
6	10602	SIM	✓
7	10714	SIM	✓
8	10915	SIM	✓
9	10999	SIM	✓
10	11159	SIM	✓

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

$$\text{Garantia de Inserção de DIU} = \frac{\text{Quantitativo de inserção de DIU}}{\text{Quantitativo de termos assinados}} \times 100$$

A meta anual estabelecida é de 100% dos DIUs inseridos com os respectivos termos assinados. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

Tabela 78 - Quadro-resumo do indicador “25 Garantia da inserção de DIU”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
x < 100% = 0 ponto 100% = 4 pontos	90 - 100%	89 - 100%	4 pontos

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

Tabela 79 - Resultado da apuração do indicador “25 Garantia da inserção de DIU”

Indicador	Indicação do Atendimento
25 Garantia da inserção de DIU	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado correspondente à meta estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

26 Apgar < 7 no 5º minuto de vida

Este indicador visa obter o número absoluto de RNs nascidos com Apgar > 7 no 5º minuto. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
26. Apgar < 7 no 5º minuto de vida	-	Nº absoluto TOTAL de RN nascidos com Apgar < 7 no 5º minuto de vida	Meta Permanente (x): (Número de RN nascidos no período de um mês com Apgar < 7 no 5º minuto de vida / Total de RN no período de um mês) X 100	0% < x ≤ 95% = 0 ponto x > 95% = 4 pontos	Relatório de Declaração de Nascidos Vivos do Hospital

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2”, por meio do qual foram obtidos os valores a seguir:

Número de RNs nascidos com Apgar < 7 no 5º minuto de vida: 3

Numerador – Número de RNs nascidos com Apgar > 7 no 5º minuto de vida: 250

Denominador – Número de recém-nascidos no mês (com Apgar aferido): 253

Abaixo, os registros dos RNs com Apgar < 7 no 5º minuto de vida, no mês de abril/2024:

Tabela 80 – Relação dos RNs com Apgar<7

#	Pront.	Data de nascimento	Tipo parto
1	10545	09/04/2024	NORMAL
2	10878	20/04/2024	CESÁRIA
3	11152	29/04/2024	NORMAL

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

$$\text{Apgar} < 7 \text{ no } 5^{\text{o}} \text{ minuto de vida} = \frac{\text{Número de RN com Apgar} < 7 \text{ no } 5^{\text{o}} \text{ minuto de vida}}{\text{Total de RN no período de um mês}} \times 100$$

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 18 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as aferições do Apgar superior a 7 no 5º minuto de vida, conforme evidências que constam no anexo XXIV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 81 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Apgar <7	Avaliação
1	10320	01/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
2	10345	02/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
3	10402	04/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
4	10459	05/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
5	10435	05/04/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
6	10469	06/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
7	10490	07/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
8	10505	07/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
9	10527	08/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
10	10519	08/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
11	10561	09/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
12	10555	09/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
13	10566	09/04/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
14	10631	11/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
15	10626	11/04/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
16	10640	12/04/2024	NORMAL	NÃO	✓
17	10645	12/04/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
18	10705	14/04/2024	NORMAL	NÃO	✓

A meta mensal estabelecida é de um volume superior a 95%. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

Tabela 82 - Quadro-resumo do indicador “26 Apgar < 7 no 5º minuto de vida”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 95% = 0 ponto x > 95% = 4 pontos	99,21%	98,81%	4 pontos

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

Tabela 83 - Resultado da apuração do indicador “26 Apgar < 7 no 5º minuto de vida”

Indicador	Indicação do Atendimento
26 Apgar < 7 no 5º minuto de vida	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

27 Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida

Este indicador visa obter o número absoluto de RNs que tiveram contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
27. Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida	-	Número absoluto TOTAL de RN com contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida	Meta permanente (x): (Total de RN no período de um mês com contato imediato e aleitamento materno / Total de RN no período de um mês) X 100	0% < x ≤ 95% = 0 ponto x > 95% = 2 pontos	Relatório do Hospital

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico V2”, por meio do qual foram obtidos os valores a seguir:

Número de RNs registrados na maternidade: 256

Número de RNs que tiveram contato pele a pele e aleitamento materno: 232

Numerador – Número de RNs que tiveram contato pele a pele e aleitamento materno: 254 (exceto os 2 nascimentos em residência/trânsito + 24 evidências de impedimento clínico do aleitamento)

Denominador – Número de recém-nascidos no mês: 254 (exceto os 2 nascimentos em residência/trânsito)

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

$$\text{Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida} = \frac{\text{Total de RN com contato imediato e aleitamento}}{\text{Total de RN no período de um mês}} \times 100$$

Para obtenção do numerador, foram identificados no relatório 24 RNs que não fizeram aleitamento na primeira hora de vida e/ou não fizeram contato pele a pele efetivo com a genitora. Contudo, para esses casos foram identificadas contraindicação clínica da genitora e/ou RN, conforme relacionado abaixo:

Tabela 84 – Relação dos 24 RNs que não efetivaram o aleitamento

Pront.	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Motivo
10346	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que impossibilitou a amamentação na 1ª hora de vida e transferido para UCINCO
10458	SIM	NÃO	RN não realizou o procedimento devido as condições clínicas maternas
10429	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
10542	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
10561	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
10559	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
10556	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram observação no berço aquecido por 1ª hora.
10545	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
10611	NÃO	NÃO	RN necessitou de observação durante 1ª hora no berço aquecido devido a desconforto respiratório, realizou a amamentação após 1ª hora de vida.
10654	NÃO	NÃO	RN apresentou condições clínicas que demandaram as manobras de reanimação
10711	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
10783	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
10795	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
10837	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
10878	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
10896	SIM	NÃO	RN não realizou o procedimento devido as condições clínicas maternas.
11058	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
11059	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
11122	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
11136	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
11180	NÃO	NÃO	RN necessitou de observação durante 1ª hora no berço aquecido, realizou a amamentação após 1ª hora de vida.
11152	NÃO	NÃO	RN necessitou de observação durante 1ª hora no berço aquecido devido a desconforto respiratório, realizou a amamentação após 1ª hora de vida.
11213	NÃO	NÃO	RN necessitou de observação durante 1ª hora no berço aquecido devido a desconforto respiratório, realizou a amamentação após 1ª hora de vida.
10664	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN

Foram analisados os prontuários acima listados, a fim de verificar se as motivações para a ausência do aleitamento podem ser consideradas como justificativa para esses casos. Após essas análises, concluímos pela efetiva justificativa dos casos e, portanto, adicionou os 24 RNs ao numerador do cálculo.

Adicionalmente, a fim de analisar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 15 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as ocorrências de contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, conforme evidências que constam no Anexo XXV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 85 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Parto	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Avaliação
1	10329	01/04/2024	SIM	SIM	✓
2	10392	03/04/2024	SIM	SIM	✓

#	Pront.	Parto	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Avaliação
3	10435	05/04/2024	SIM	SIM	✓
4	10505	07/04/2024	SIM	SIM	✓
5	10578	09/04/2024	SIM	SIM	✓
6	10630	11/04/2024	SIM	SIM	✓
7	10635	12/04/2024	SIM	SIM	✓
8	10700	14/04/2024	SIM	SIM	✓
9	10754	16/04/2024	SIM	SIM	✓
10	10828	18/04/2024	SIM	SIM	✓
11	10857	19/04/2024	SIM	SIM	✗
12	10936	22/04/2024	SIM	SIM	✓
13	10995	23/04/2024	SIM	SIM	✓
14	11042	25/04/2024	SIM	SIM	✓
15	11093	26/04/2024	SIM	SIM	✗

A meta mensal estabelecida é de um volume superior a 95%. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

Tabela 86 - Quadro-resumo do indicador “27 Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 95% = 0 ponto x > 95% = 2 pontos	99,60%	100%	2 pontos

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

Tabela 87 - Resultado da apuração do indicador “27 Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida”

Indicador	Indicação do Atendimento
27 Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

28 Taxa de óbito neonatal tardio (7 a 27 dias)

Este indicador visa obter o número absoluto de óbito neonatal tardio (de 7 a 27 dias de vida). Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
28. Taxa de óbito neonatal tardio (7 a 27 dias)	-	Número absoluto TOTAL de óbito neonatal tardio (de 7 a 27 dias de vida)	Meta Permanente (x): (Total de óbitos de 7 a 27 dias de vida no período de um mês / total de nascidos vivos no período de um mês) X 1000	x ≥ 2,82 = 0 ponto x < 2,82 = 2 pontos	Relatório Hospitalar

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório “Relação de Pacientes com Alta por Óbito”, por meio do qual foram obtidos os valores a seguir:

Número de altas por óbito neonatal: 0

Numerador - Número de altas por óbito neonatal entre o 7º e 27º dia de vida: 0

Denominador – Número de recém-nascidos vivos no mês: 256

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

$$\text{Taxa de óbito neonatal tardio} = \frac{\text{Total de óbitos de 7 a 27 dias de vida}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 1.000$$

A meta mensal estabelecida é de um quantitativo inferior a 2,82. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

Tabela 88 - Quadro-resumo do indicador “28 Taxa de óbito neonatal tardio (7 a 27 dias)”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
		0	2 pontos
x ≥ 2,82 = 0 ponto x < 2,82 = 2 pontos	0	0	2 pontos

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

Tabela 89 - Resultado da apuração do indicador “28 Taxa de óbito neonatal tardio (7 a 27 dias)”

Indicador	Indicação do Atendimento
28 Taxa de óbito neonatal tardio (7 a 27 dias)	✓ Atendido

Conclusão da Apuração

Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.

29 Taxa de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias)

Este indicador visa obter o número absoluto de óbito neonatal precoce (de 0 a 6 dias de vida). Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
29. Taxa de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias)	-	Número absoluto TOTAL de óbito neonatal precoce (de 0 a 6 dias de vida)	Meta Permanente (x): (Total de óbitos de 0 a 6 dias de vida no período de um mês / total de nascidos vivos no período de um mês) X 1000	$x \geq 7,04 = 0$ ponto $x < 7,04 = 2$ pontos	Relatório Hospitalar

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório “Relação de Pacientes com Alta por Óbito”, por meio do qual foram obtidos os valores a seguir:

Numerador - Número de altas por óbito neonatal entre 0 e 6 dias de vida: 0

Denominador – Número de recém-nascidos vivos no mês: 256

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

$$\text{Taxa de óbito neonatal precoce} = \frac{\text{Total de óbitos de 0 a 6 dias de vida}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 1.000$$

A meta mensal estabelecida é de um quantitativo inferior a 7,04. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

Tabela 90 - Quadro-resumo do indicador “29 Taxa de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias)”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$x \geq 7,04 = 0$ ponto $x < 7,04 = 2$ pontos	0	0	2 pontos

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

Tabela 91 - Resultado da apuração do indicador “29 Taxa de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias)”

Indicador	Indicação do Atendimento
29 Taxa de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias)	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

30 Taxa de Mortalidade Materna

Este indicador visa obter o número absoluto de óbito materno. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
30. Taxa de Mortalidade Materna	-	Número absoluto TOTAL de óbito materno	Meta Permanente (x): N° de óbitos maternos no ANO avaliado ≤ 2	$x > 2 = 0$ pontos $x \leq 2 = 2$ pontos	Relatório Hospitalar

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório “Relação de Pacientes com Alta por Óbito”, por meio do qual foram obtidos os valores a seguir:

Número de altas por óbito materno: 0

A meta anual estabelecida é de no máximo 2. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

Tabela 92 - Quadro-resumo do indicador “30 Taxa de Mortalidade Materna”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$x > 2 = 0$ pontos $x \leq 2 = 2$ pontos	0	0	2 pontos

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

Tabela 93 - Resultado da apuração do indicador “30 Taxa de Mortalidade Materna”

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

31 Teste do Olhinho

Este indicador visa obter o número absoluto de testes do olhinho realizados. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
31. Teste do Olhinho	-	Nº absoluto TOTAL de Teste do Olhinho realizado	Meta Permanente (x): (Total de nascidos vivos que realizou o teste no período de um mês / Total de nascidos vivos no período de um mês) X 100	0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	Relatório Hospitalar

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Quantitativos dos Testes Realizados em Recém-Nascidos V2” e “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2”, por meio dos quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de testes realizados no mês: 263

Número de nascidos vivos no mês: 255

Para obtenção do numerador, foi identificado 263 testes realizados em abril/2024. No entanto, em análise aos relatórios citados, foram identificadas as seguintes situações:

- 17 testes foram realizados em abril, mas em RNs nascidos em março e fevereiro (PRON 10188, 10308, 10312, 10319, 10293, 10317, 10310, 10299, 10262, 10286, 10294, 10107, 10081, 9464, 9173, 9914 e 8478), devido ao pouco tempo de vida e/ou impossibilidades clínicas de realização do teste logo após o nascimento. Assim, uma vez que a ficha técnica visa obter o número de RNs submetidos ao teste no mês em apuração (independente do mês de nascimento do RN), estes casos foram mantidos na base de dados;
- 7 RNs (PRON 10450, 10468, 10517, 10649, 10844, 10876 e 10948) têm registro duplicado de realização do teste. Assim, uma vez que 14 testes foram realizados em apenas 7 RNs, foram desconsiderados os três registros em duplicidade;

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 255 RNs nascidos em abril. Um RN (PRON 10664) nascido na maternidade não consta no relatório “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2”, então o somamos ao denominador, tal como os 4 RNs (PRON 10707, 10690, 10752 e 10687) regulados de outra maternidade. No entanto, 21 desses RNs não estavam aptos a realizar o teste, pelos motivos descritos a seguir. Sendo assim, estes não foram considerados na base de dados, posto que a ausência dos testes não decorre da inefetividade da equipe assistencial da maternidade:

- 9 RNs (PRON 10532, 10711, 10837, 10878, 11058, 11059, 11122, 11136 e 10664) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em abril/2024, após alta da internação;

- 12 RNs (PRON 11197, 11195, 11213, 11212, 11204, 11223, 11207, 11215, 11224, 11193, 11230 e 11194) nasceram no dia 30 de abril e, portanto, não realizaram o teste, uma vez que o mesmo somente é realizado a partir de 24 a 48 horas do nascimento;

Assim, dadas as considerações acima, o numerador deve ser deduzido dos 7 testes, enquanto o denominador deve ser subtraído dos 21 RNS relacionados acima. Em paralelo, os 17 RNs nascidos em março e fevereiro e que só puderam realizar o teste em abril foram somados à base do denominador, bem como os 4 RNs regulados de outra maternidade e o RN que não constava no relatório de RNs. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 256

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 256

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

Teste do Olhinho

$$= \frac{\text{Total de nascidos vivos que realizou o teste}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 100$$

Adicionalmente, a fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 18 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos testes do olhinho, conforme evidências que constam no anexo XXVI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 94 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	10584	TESTE DO OLHINHO	✓
2	10299	TESTE DO OLHINHO	✓
3	10403	TESTE DO OLHINHO	✓
4	10507	TESTE DO OLHINHO	✓
5	10450	TESTE DO OLHINHO	✓
6	10662	TESTE DO OLHINHO	✓
7	10718	TESTE DO OLHINHO	✓
8	10757	TESTE DO OLHINHO	✓
9	10654	TESTE DO OLHINHO	✓
10	10789	TESTE DO OLHINHO	✓
11	10879	TESTE DO OLHINHO	✓
12	10948	TESTE DO OLHINHO	✓
13	10991	TESTE DO OLHINHO	✓
14	11070	TESTE DO OLHINHO	✓
15	11103	TESTE DO OLHINHO	✓
16	11173	TESTE DO OLHINHO	✓
17	10555	TESTE DO OLHINHO	✓
18	10975	TESTE DO OLHINHO	✓

A meta anual estabelecida é de no mínimo um volume superior a 95%, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 80% da meta. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

Tabela 95 - Quadro-resumo do indicador “31 Teste do Olhinho”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	102,73%	100%	4 pontos

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

Tabela 96 - Resultado da apuração do indicador “31 Teste do Olhinho”

Indicador	Indicação do Atendimento
31 Teste do Olhinho	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

32 Teste do Coraçãozinho

Este indicador visa obter o número absoluto de testes do coraçãozinho realizados. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
32. Teste do Coraçãozinho	-	Nº absoluto TOTAL de Teste do Coraçãozinho realizado	Meta Permanente (x): (Total de nascidos vivos que realizou o teste no período de um mês / Total de nascidos vivos no período de um mês) X 100	0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	Relatório Hospitalar

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Quantitativos dos Testes Realizados em Recém-Nascidos V2” e “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2”, por meio dos quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de testes realizados no mês: 257

Número de nascidos vivos no mês: 255

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 255 RNs nascidos em abril/2024. No entanto, 18 desses RNs não estavam aptos a realizar o teste, pelos motivos descritos a seguir. Sendo assim, estes não foram considerados na base de dados, posto que a ausência dos testes não decorre da inefetividade da equipe assistencial da maternidade:

- 4 RNs (PRON 10664, 10346, 10878 e 11122) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em abril, após alta do bloco neonatal;
- 14 RNs (PRON 11191, 11197, 11195, 11213, 11212, 11204, 11192, 11223, 11207, 11215, 11224, 11193, 11230 e 11194) nasceram nos dias 29 e 30 abril e, portanto, não realizaram o teste, uma vez que o referido teste somente é realizado a partir de 24 horas do nascimento.

Além dos casos acima, foram identificadas as seguintes situações:

- 12 testes foram realizados em abril, mas nos RNs nascidos em março (PRON 10286, 10293, 10295, 10294, 10299, 10312, 10319, 10317, 10292, 10310, 10308 e 9464), uma vez que o referido teste somente é realizado a partir de 24 horas do nascimento. Assim, uma vez que a ficha técnica visa obter o número de RNs submetidos ao teste no mês em apuração (independente do mês de nascimento do RN), estes casos foram adicionados à base de dados;
- 4 RNs (PRON 10707, 10690, 10752 e 10687) foram regulados de outras maternidades e, portanto, não constam na relação de nascidos na maternidade. Estes foram adicionados à base de dados;
- 1 RN (PRON 10664) nasceu na maternidade, mas não consta no relatório “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2”, então o adicionamos à base de dados.

Assim, dadas as considerações acima, o denominador deve ser subtraído dos 18 RNS inaptos a realizar o teste em abril, enquanto os 12 RNs nascidos em março e que só puderam realizar o teste em abril foram somados à base, tal como os 4 RNs regulados de outras maternidades e o RN não registrado no relatório. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 254

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 254

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

$$\text{Teste do Coraçãozinho} = \frac{\text{Total de nascidos vivos que realizou o teste}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 100$$

Adicionalmente, a fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 18 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos testes do coraçãozinho, conforme evidências que constam no anexo XXVII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 97 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	10336	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
2	10286	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
3	10295	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
4	10317	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
5	10308	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
6	10369	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
7	10403	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓

#	Pront.	Teste	Avaliação
8	10407	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
9	10432	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
10	10500	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
11	10456	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
12	10520	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
13	10584	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
14	10636	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
15	10705	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
16	10687	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
17	10717	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
18	10736	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓

A meta anual estabelecida é de no mínimo um volume superior a 95%, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 80% da meta. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

Tabela 98 - Quadro-resumo do indicador “32 Teste do Coraçãozinho”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	100,39%	100%	4 pontos

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

Tabela 99 - Resultado da apuração do indicador “32 Teste do Coraçãozinho”

Indicador	Indicação do Atendimento
32 Teste do Coraçãozinho	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

33 Teste da Linguinha

Este indicador visa obter o número absoluto de testes da linguinha realizados. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
33. Teste do Linguinha	-	Nº absoluto TOTAL de Teste da Linguinha realizado	Meta Permanente (x): (Total de nascidos vivos que realizou o teste no período de um mês / Total de nascidos vivos no período de um mês) X 100	0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	Relatório Hospitalar

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Quantitativos dos Testes Realizados em Recém-Nascidos V2” e “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2”, por meio dos quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de testes realizados no mês: 274

Número de nascidos vivos no mês: 255

Para obtenção do numerador, foi identificado 374 testes realizados em abril/2024. No entanto, em análise aos relatórios citados, foram identificadas as seguintes situações:

- 11 testes foram realizados em abril, mas nos RNs nascidos em março (PRON 10166, 10192, 10217, 10223, 10230, 9789, 9799, 9814, 9835, 9902 e 9980). Assim, uma vez que a ficha técnica visa obter o número de RNs que realizaram testes no mês (independente do mês de nascimento do RN), estes foram mantidos na base de dados;
- 8 RNs (PRON 10369, 10496, 10517, 10543, 10561, 10623, 10654 e 10687) têm registros múltiplos de realização do teste. Assim, uma vez que 16 testes foram realizados a apenas 8 RNs, e posto que a ficha técnica do indicador visa obter o número de nascidos vivos que realizaram o teste, foram desconsiderados os registros múltiplos;
- 11 RNs nascidos em março refizeram o teste em abril e, portanto, foram deduzidos do numerador por se tratar de reteste (PRON 10299, 10295, 10293, 10312, 10317, 10292, 10308, 10107, 10319, 10310 e 10247).

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 255 RNs nascidos em abril. No entanto, 16 desses RNs não estavam aptos a realizar o teste, pelos motivos descritos a seguir. Sendo assim, não foram considerados na base de dados, posto que a ausência dos testes não decorre da falta de ação da equipe assistencial da maternidade:

- 3 RNs (PRON 10346, 10878 e 10664) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em abril, após alta do bloco neonatal;
- 13 RNs (PRON 11197, 11195, 11213, 11212, 11204, 11192, 11223, 11207, 11215, 11224, 11193, 11230 e 11194) nasceram no dia 30 e de abril e, portanto, não realizaram o teste no mesmo dia;

Além disso, foi identificada a seguinte situação:

- 4 RNs (PRON 10687, 10690, 10707 e 10752) foram regulados de outras maternidades e, portanto, não constam na relação de nascidos na maternidade. Estes foram adicionados à base de dados;
- 1 RN (PRON 10664) nasceu na maternidade, mas não consta no relatório “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2”, então o adicionamos à base de dados.

Assim, dadas as considerações acima, o numerador deve ser deduzido dos 19 testes duplicados, enquanto o denominador deve ser subtraído dos 16 RNs relacionados acima. Em paralelo, os 11 RNs nascidos em março e que só puderam realizar o teste em abril foram somados à base, bem como os 4 RN transferido de outra maternidade e o RN que não consta no relatório de RNs. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 255

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 255

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

Teste da Linguinha

$$= \frac{\text{Total de nascidos vivos que realizou o teste}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 100$$

Adicionalmente, a fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 18 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos testes do coraçõzinho, conforme evidências que constam no anexo XXVIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 100 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	10370	TESTE DA LINGUINHA	✓
2	10308	TESTE DA LINGUINHA	✓
3	11166	TESTE DA LINGUINHA	✓
4	10335	TESTE DA LINGUINHA	✓
5	10371	TESTE DA LINGUINHA	✓
6	10397	TESTE DA LINGUINHA	✓
7	10441	TESTE DA LINGUINHA	✓
8	10496	TESTE DA LINGUINHA	✓
9	10535	TESTE DA LINGUINHA	✓
10	10532	TESTE DA LINGUINHA	✓
11	10632	TESTE DA LINGUINHA	✓
12	10645	TESTE DA LINGUINHA	✓
13	10670	TESTE DA LINGUINHA	✓
14	10713	TESTE DA LINGUINHA	✓
15	10736	TESTE DA LINGUINHA	✓
16	10757	TESTE DA LINGUINHA	✓
17	10773	TESTE DA LINGUINHA	✓
18	10852	TESTE DA LINGUINHA	✓

A meta anual estabelecida é de no mínimo um volume superior a 95%, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 80% da meta.%. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

Tabela 101 - Quadro-resumo do indicador “33 Teste da Linguinha”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	100,39%	100%	4 pontos

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

Tabela 102 - Resultado da apuração do indicador “33 Teste da Linguinha”

Indicador	Indicação do Atendimento
33 Teste da Linguinha	 Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

34 Taxa de Ocupação (de leitos)

Este indicador visa obter o número absoluto de diárias com ocupação efetiva dos leitos. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
34. Taxa de Ocupação	-	Nº absoluto TOTAL da Taxa de Ocupação	Meta Permanente (x): Média mensal da taxa de ocupação diária ≥ 90% (Taxa de ocupação diária = Nº de pacientes/dia / nº de leitos dia) x 100	0% < x < 90% = 0 ponto x ≥ 90% = 2 pontos	SIA/SIH

Para aferição deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório “Histórico de Acomodações”, levando em conta a definição de dias de permanência definido pelo Ministério da Saúde, que determina que serão contados os dias entre a internação e a alta, independente da hora de internação e desconsiderando o dia de alta. Assim, foi obtido o valor a seguir:

Diárias de ocupação dos leitos = 1.057
 Número de leitos/dia = 2.481

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

$$\text{Taxa de Ocupação (de leitos)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes/dia}}{\text{N}^\circ \text{ de leitos dia}} \times 100$$

A meta mensal estabelecida é de no mínimo 90%

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

Tabela 103 - Quadro-resumo do indicador "34 Taxa de Ocupação (de leitos)"

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x < 90% = 0 ponto x ≥ 90% = 2 pontos	42,09%	42,60%	0 ponto

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

Tabela 104 - Resultado da apuração do indicador "34 Taxa de Ocupação (de leitos)"

Indicador	Indicação do Atendimento
34 Taxa de Ocupação (de leitos)	x Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

35 Taxa de Infecção Hospitalar

Este indicador visa obter o número absoluto de diárias com ocupação efetiva dos leitos. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
35. Taxa de Infecção Hospitalar	-	Nº absoluto TOTAL de Infecção Hospitalar	Meta Permanente (x): Nº de infecções hospitalares ocorridas no mês avaliado / nº de saídas no mesmo período x 100	x ≥ 10% = 0 pontos 0% < x < 10% = 2 pontos	Relatório Hospitalar

Para aferição deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório "Relação de Pacientes com Alta Hospitalar", bem como as informações constantes no relatório mensal do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, o qual segue junto a este Relatório de Apuração, sob o Anexo XXIX. Assim, foi obtido o valor a seguir:

Número de saídas hospitalares em abril = 362

Número de infecções em abril = 6

Conforme relatório do SCIH, houve 4 registros de infecção em abril/2024. Uma vez que o VI não dispõe de outro meio de verificação desse dado, foram selecionados pacientes submetidos a exame de hemocultura para análise de prontuário, em busca de quadros infecciosos adquiridos na internação. Desses casos selecionados, contudo, não foram identificadas outras infecções adquiridas na maternidade.

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

$$\text{Taxa de Infecção Hospitalar} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de infecções hospitalares}}{\text{N}^\circ \text{ de saídas}} \times 100$$

A meta mensal estabelecida é de uma taxa inferior a 10%.

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

Tabela 105 - Quadro-resumo do indicador "35 Taxa de Infecção Hospitalar"

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
x ≥ 10% = 0 pontos 0% < x < 10% = 2 pontos	1,6%	1,66%	2 pontos

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

Tabela 106 - Resultado da apuração do indicador "35 Taxa de Infecção Hospitalar"

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

36 Taxa de Cesariana

Conforme termos definidos na Ficha Técnica de avaliação e valoração dos indicadores, constante no item 3 do Anexo 1 ao Contrato de Gestão Nº 113/2022, este indicador visa obter a taxa de cesarianas realizadas no período. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
36. Taxa de Cesariana	-	Nº absoluto TOTAL de Taxa de Cesariana	Meta Permanente (x): (Total de partos cesáreas no período de um mês / nº total de partos realizados no período de um mês) x100	x ≥ 40% = 0 ponto 40% > x ≥ 30% = 1 ponto x < 30% = 4 pontos	SIA/SIH

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Relatório de Parto”, “Cirurgias Realizadas” e “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2”. Além dos dados extraídos do sistema, foram analisadas as documentações físicas de registro dos partos, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de recém-nascidos no mês: 295

Número de recém-nascidos por parto cesárea no mês: 92

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados 295 nascimentos registrados na maternidade, no mês de abril, dos quais 163 nasceram de parto normal e 92, de parto cesárea. Desses nascimentos, foram identificadas as seguintes situações:

- 3 RNs nasceram de parto normal ocorrido em domicílio/trânsito (PRON 11090, 4830 e 9970) e, portanto, não se trata de parto realizado sob a assistência da maternidade Lourdes Nogueira. Este foi desconsiderado (subtraído) da base de dados dos partos normais;
- 3 óbitos fetais (PRON 10548, 11155 e 10376) foi adicionado à base de dados dos partos normais;
- 1 RN (PRON RN 10664) nasceu na maternidade, mas não consta no relatório “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2” foi adicionado à base de dados dos partos normais;
- 6 RNs nasceram de 3 partos de gêmeos (PRON RN 10335, 10336, 10871, 10872, 11058 e 11059), sendo assim, 3 deles foram subtraídos da base de dados de partos cesária.

Para o numerador, o número RNs de partos cesárea deve ser deduzido dos 3 RNs gêmeos, que remetem a apenas 3 partos. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de partos cesárea realizados no mês: 89

Denominador - Número de partos realizados no mês: 253

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

$$\text{Taxa de Cesariana} = \frac{\text{Total de partos cesáreas no período de um mês}}{\text{Total de partos realizados no período de um mês}} \times 100$$

A meta anual estabelecida é de um volume inferior a 30%. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

Tabela 107 - Quadro-resumo do indicador “36 Taxa de Cesariana”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$x \geq 40\% = 0$ ponto $40\% > x \geq 30\% = 1$ ponto $x < 30\% = 4$ pontos	33,9%	35,18%	1 ponto

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

Tabela 108 - Resultado da apuração do indicador “36 Taxa de Cesariana”

Indicador	Indicação do Atendimento
36 Taxa de Cesariana	 Parcialmente Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado intermediário à meta máxima estabelecida, concluímos pelo atendimento parcial do indicador.	

37 Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP

Conforme termos definidos na Ficha Técnica de avaliação e valoração dos indicadores, constante no item 3 do Anexo 1 ao Contrato de Gestão Nº 113/2022, este indicador visa obter o número absoluto de diárias com ocupação efetiva dos leitos. Vide Ficha Técnica abaixo:

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
37 Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP	-	Nº absoluto TOTAL do índice de rotatividade de leito	Meta Permanente (x): Nº. de saídas de pacientes / Nº de leitos no mês avaliado	$x < 13 = 0$ ponto $x \geq 13 = 4$ pontos	Relatório Hospitalar

Para aferição deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Histórico de Acomodações” e “Relação de Pacientes com Alta Hospitalar”; por meio dos quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de saídas hospitalares em abril = 333

Número de leitos clínicos, cirúrgicos e PPP = 58 (exceto leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa)

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

$$\text{Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP} = \frac{\text{Nº. de saídas de pacientes}}{\text{Nº de leitos no mês}}$$

A meta mensal estabelecida é de um índice mínimo de 13.

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

Tabela 109 - Quadro-resumo do indicador “37 Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
		5,74	0 ponto
x < 13 = 0 ponto x ≥ 13 = 4 pontos	4,3		

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

Tabela 110 - Resultado da apuração do indicador “37 Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP”

Indicador	Indicação do Atendimento
37 Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP	x Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

Anexos

Anexo I a XXIX – Documentação suporte dos indicadores com fontes de dados manuais e evidências das análises dos prontuários

- 1. Anexo I - Doc. Suporte - Indicador 1
- 2. Anexo II - Doc. Suporte - Indicador 2
- 3. Anexo III - Doc. Suporte - Indicador 3
- 4. Anexo IV - Doc. Suporte - Indicador 4
- 5. Anexo V - Doc. Suporte - Indicador 5
- 6. Anexo VI - Doc. Suporte - Indicador 6
- 7. Anexo VII - Doc. Suporte - Indicador 7
- 8. Anexo VIII - Doc. Suporte - Indicador 8
- 9. Anexo IX - Evid. Prontuários - Indicador 9
- 10. Anexo X - Evid. Prontuários - Indicador 10
- 11. Anexo XI - Evid. Prontuários - Indicador 11
- 12. Anexo XII - Evid. Prontuários - Indicador 13
- 13. Anexo XIII - Evid. Prontuários - Indicador 14
- 14. Anexo XIV - Evid. Prontuários - Indicador 15
- 15. Anexo XV - Evid. Prontuários - Indicador 16
- 16. Anexo XVI - Evid. Prontuários - Indicador 17
- 17. Anexo XVII - Evid. Prontuários - Indicador 18
- 18. Anexo XVIII - Evid. Prontuários - Indicador 19
- 19. Anexo XIX - Evid. Prontuários - Indicador 20
- 20. Anexo XX - Evid. Prontuários - Indicador 23
- 21. Anexo XXI - Evid. Prontuários - Indicador 24
- 22. Anexo XXII - Doc. Suporte - Indicador 25
- 23. Anexo XXIII - Evid. Prontuários - Indicador 25
- 24. Anexo XXIV - Evid. Prontuários - Indicador 26
- 25. Anexo XXV - Evid. Prontuários - Indicador 27
- 26. Anexo XXVI - Evid. Prontuários - Indicador 31
- 27. Anexo XXVII - Evid. Prontuários - Indicador 32
- 28. Anexo XXVIII - Evid. Prontuários - Indicador 33
- 29. Anexo XXIX - Evid. Prontuários - Indicador 35
- 30. Anexo XXX - Evid. Prontuários - Indicador 25



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

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

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