



P8 - Relatório de Apuração dos Indicadores e Cálculo da Contraprestação Mensal – Fevereiro/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, 08 de agosto 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 fevereiro/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

Versão	Data	Comentários
Vs.02	08/08/2024	Ajustes no indicador 36, com alteração no resultado do indicador, conforme solicitação formalizada na reunião de CAC (Anexo XXXI)

Índice

1. Introdução	4
2. Objetivo	4
3. Ressalva	4
4. Apuração dos Indicadores	5
4.1 Indicadores Qualitativos	11
4.2 Indicadores Quantitativos	19
Anexos	75

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 fevereiro de 2024, correspondentes ao **Produto P8**, que contempla os seguintes aspectos:

- Verificação 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.
- 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.

Salientamos que a avaliação foi realizada segundo os termos e definições previstas no Contrato de Gestão 113/2022.

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 6º dia útil 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 preparados com base nessas informações e emitidos em bases mensais 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 de a 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.

4. Apuração dos Indicadores

Neste tópico serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados sobre a competência de fevereiro/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\$ 517.369,28**, seguindo a composição demonstrada a seguir:



Resultado da Apuração de Fevereiro/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	75
Contraprestação Variável Mensal Efetiva	R\$ 517.369,28

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	42	R\$ 289.726,79

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 fevereiro/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	33,52%	335%	1 Ponto	33,53%	335%	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 ou ✗ - 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	14	116,67%	2 Pontos	13	108,33%	2 Pontos	✓
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA									
9	Diagnóstico em Laboratório Clínico	3.370 exames	3417	101,39%	4 Pontos	3426	101,66%	4 Pontos	✓
10	Diagnóstico por Radiologia	26 exames	74	284,62%	4 Pontos	74	284,62%	4 Pontos	✓
11	Diagnóstico por Ultrassonografia	778 exames	697	89,59%	2 Pontos	698	89,72%	2 Pontos	⊘
12	Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG - Eletrocardiograma)	130 exames	4	3,08%	0 Ponto	5	3,85%	0 Ponto	✗
13	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)	449 exames	272	60,58%	2 Pontos	282	62,81%	2 Pontos	⊘
14	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto)	130 exames	452	347,69%	4 Pontos	434	333,85%	4 Pontos	✓
15	Teste Rápido	518 exames	1289	248,84%	4 Pontos	1268	244,79%	4 Pontos	✓
GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLINICOS									
16	Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)	2.160 consultas	7233	334,86%	2 Pontos	7332	339,44%	2 Pontos	✓
17	Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada - Médico	2.160 atendimentos	1903	88,10%	0 Ponto	1903	88,10%	0 Ponto	✗

Indicador		Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Atendimento apurado (IV)
			Qnt.	Percentual	Pontos	Qnt.	Percentual	Pontos	
18	Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas	432 atendimentos	1214	281,02%	2 Pontos	1214	281,02%	2 Pontos	✓
GRUPO 04 - INTERNAÇÃO HOSPITALAR									
19	Leito Clínico e Cirúrgico	638 saídas hospitalares	252	39,50%	0 Ponto	267	41,85%	0 Ponto	✗
20	Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPN)	110 saídas hospitalares	167	151,82%	4 Pontos	168	152,73%	4 Pontos	✓
21	Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN	255 diárias	142	55,69%	0 Ponto	142	55,69%	0 Ponto	✗
22	Leitos de Unidade de Neonatologia - UCINCo e UCINCa	382 diárias	180	47,12%	0 Ponto	180	47,12%	0 Ponto	✗
23	% de usuários classificados (classificação de risco)	> 90%	1.196 Classificações 1.196 Atendimentos	100,00%	2 Pontos	1.196 Classificações 1.196 Atendimentos	100,00%	2 Pontos	✓
24	Monitorar mensalmente e publicizar a taxa de Episiotomia	≤ 5%	3 Episiotomias 189 Partos normais	1,59%	2 Pontos	3 Episiotomias 189 Partos normais	1,61%	2 Pontos	✓
25	Garantia da inserção de DIU	100%	93 Inserções 93 Termos	100,00%	4 Pontos	92 Inserções 92 Termos	100,00%	4 Pontos	✓
26	Apgar < 7 no 5º minuto de vida	> 95%	268 Apgar >7 271 RNs	98,89%	4 Pontos	266 Apgar >7 269 RNs	98,88%	4 Pontos	✓
27	Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida	> 95%	267 Contato e Aleitamento 271 RNs	98,52%	2 Pontos	268 Contato e Aleitamento 269 RNs	99,63%	2 Pontos	✓
28	Taxa de óbito neonatal tardio (7 a 27 dias)	< 2,82	0 Óbitos 271 RNs	0,00	2 Pontos	0 Óbitos 271 RNs	346,02%	2 Pontos	✓
29	Taxa de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias)	< 7,04	0 Óbitos 271 RNs	0,00	2 Pontos	0 Óbitos 271 RNs	346,02%	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%	261 Testes 271 RNs	96,31%	4 Pontos	263 Testes 263 RNs	100,00%	4 Pontos	✓

Indicador		Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Atendimento apurado (IV)
			Qnt.	Percentual	Pontos	Qnt.	Percentual	Pontos	
32	Teste do Coraçõozinho	> 95%	278 Testes 271 RNs	102,58%	4 Pontos	278 Testes 278 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
33	Teste do Linguinha	> 95%	303 Testes 271 RNs	111,81%	4 Ponto	284 Testes 284 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
34	Taxa de Ocupação (de leitos)	≥ 90%	1.082 Pacientes/dia 2.436 Leitos/dia	44,42%	0 Ponto	1.069 Pacientes/dia 2.407 Leitos/dia	44,41%	0 Ponto	✗
35	Taxa de Infecção Hospitalar	< 10%	4 Infecções 404 Saídas	0,99%	2 Pontos	4 Infecções 404 Saídas	0,99%	2 Pontos	✓
36	Taxa de Cesariana	< 30%	80 Partos Cesárea 267 Partos	29,96%	1 Ponto	79 Partos Cesárea 267 Partos	29,59%	4 Pontos	✓
37	Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP	≥ 13	84 Leitos 401 Saídas	4,77	0 Ponto	58 Leitos 369 Saídas	6,36	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 fevereiro/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 28/02/2024. 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:

- Treinamento de padronização de diluição, reconstituição e estabilidade dos medicamentos;
- Plano de ação para substituição de roupas privativas por jaleco;
- Limpeza de incubadora/higienização terminal;
- Instalação de ar-condicionado na CME;
- Reestruturação do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos;
- Serviço de busca fonada para identificação de infecções nas pacientes que já obtiveram alta;
- Presença de doulas no CO.

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 002/2023, que constitui a comissão, verificada a presença do quórum mínimo para realização da reunião, com ausência de quatro integrantes (Sra. Alessandra Aragão, Sra. Itala Marilayna Barreto, Sra. Fabiana Monteiro e a Sra. Adriana Mota Noronha), participação de dois farmacêuticos convidados (Sr. Anderson Matos Pereira e a Sra. Adriana Moresco Matos) e presença de uma integrante que não faz parte da comissão (Sra. Ladjane Cristina Pessoa).

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 22/02/2024. 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.

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 três integrantes (Sra. Luciana Almeida Bontempo, Sr. Philipe Sobral Siqueira e Sra. Stephanie Chagas Feitosa), participação da médica convidada, Sra. Rebeca Lorena e de uma integrante que não faz parte da comissão (Sra. Joyce Silva Aragão).

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 23/02/2024. 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 os 3 óbitos fetais ocorridos em fevereiro/2024, além de retomados 2 óbitos ocorridos em janeiro/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 2 integrantes (Sra. Joiciane Barbara da Silva e Sra. Adriana Mota Bione Noronha).

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 26/02/2024. 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, a padronização e exclusão de medicações e materiais que não se apliquem ao perfil dos pacientes, a prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes e diagnóstico e pontos de fragilidade na unidade de neonatal.

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 dos seguintes integrantes: Sra. Adriana Mota Bione, Sr. Bruno Vinicius Oliveira Barbosa e Sr. João Luiz Alves dos Santos. Além disso, os seguintes integrantes participaram da reunião, porém não fazem parte da comissão: Sra. Michelle Fontes Sobral e Thais Bandeira Cerqueira.

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
Assistência	Humanização da Assistência		registro em ata. Adotar os princípios de Assistência, de acordo com os protocolos institucionais.		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 21/02/2024. 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 compras de cadernos diários para os RNs, ação de sensibilização da atuação das doulas, confirmação de curso de LIBRAS, e treinamentos sobre Entrega Protegida.

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 cinco integrantes, quais sejam: Sra. Amanda Azevedo, Sra. Marina Correia de Azevedo, Sra. Terezinha Alexandrina dos Santos e a Sra. Thatyanny Ramony. Além da Sra. Luciane Katrine que não faz parte da comissão, porém estava presente.

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. A referida documentação suporte consta no Anexo VI, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Assim, amparado por esta documentação, este Verificador Independente verificou que foi obtido retorno de 810 fichas de pesquisa de satisfação disponibilizadas.

Contudo, de posse das planilhas de controle das respostas obtidas nos meses anteriores, 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, sem as planilhas de controle supracitadas não é possível ao VI identificar e desconsiderar as múltiplas pesquisas aplicadas a um mesmo usuário ou as respostas obtidas de acompanhantes.

Em relação ao volume total de altas hospitalares de pacientes internadas e atendidas no setor emergencial, 2.416, foi obtido um percentual de 33,53% 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	33,52%	33,53%	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 16/02/2024. 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 prevenção de acidentes, tais como cronograma da SIPAT, fluxo de acidente e mapa de risco.

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 fevereiro/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: 14

Número de participantes nas atividades: 174 (mínimo de 10 em cada atividade)

Número de horas das atividades: 13 horas

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

Tabela 17 – Relação das atividades educativas realizadas em fevereiro

Data	Título do treinamento	N° de Participantes	Puérpera/Gestante participante	Carga Horária
06/02/2024	Visita Guiada pelas Gestantes à Maternidade	16	14	2h
29/02/2024	Apresentação do calendário de vacinação infantil e benefício da vacinação	10	0	30min
29/02/2024	Importância do aleitamento humano e a Importância da Rede de Apoio	10	0	30 min
28/02/2024	Acolhimento e classificação de risco	10	0	40 min
27/02/2024	Visita Guiada pelas Gestantes à MMLN	13	9	2h
19/02/2024	Importância de manter vacinação atualizada e manter cartão de vacinas em dia	11	3	30 min
05/02/2024	Tabelas alimentares na gestação e lactação	16	0	20 min
05/02/2024	Calendário de vacina infantil e importância de vacinar	13	1	30 min
21/02/2024	A importância de se movimentar no POI	10	5	1h
09/02/2024	A importância de se movimentar no POI	13	8	1h
01/02/2024	A importância de se movimentar no POI	10	5	1h
05/02/2024	A importância da amamentação para o aleitamento materno	17	0	30 min
19/02/2024	Importância nutricional do aleitamento materno	11	3	30 min
27/02/2024	Bebê Luz	14	14	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 uma das atividades teve duração de apenas 20 minutos, a desconsideraremos 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	14	13	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)	$0% < x \leq 60\% = 0$ 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 “0202” do SIGTAP, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de Diagnóstico em Laboratório Clínico = 3.426

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

Tabela 20 – Relação de exames de laboratório realizados

Código	Procedimento	Qt.	Código	Procedimento	Qt.
202010120	ÁCIDO ÚRICO (AUR)	4	202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE	2
202010180	AMILASE (AMI)	3	202020380	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	492
202010201	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	248	202030202	PROTEINA C REATIVA (PCR)	298
202010210	CALCIO (CAL)	56	202030300	PESQUISA DE ANTICORPO PARA HIV 1 E 2	5
202010260	COLORO(CLO)	7	202030679	PESQUISA DE Ac CONTRA VÍRUS DA HEPATITE C	3
202010317	CREATININA	123	202030741	CITOMEGALOVÍRUS, SOROLOGIA, PCR E AVIDEZ (LACEN)	3
202010333	CKMB DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB(CKMB)	1	202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	1
202010368	LDH - DESIDROGENASE LÁTICA	50	202030792	TESTE RÁPIDO DENGUE IGG/IGM	4
202010384	FERRITINA	6	202030814	RUBÉOLA - ANTICORPOS IgG	1
202010392	FERRO SERICO	6	202030849	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG HERPES 1 e 2	1
202010422	FOSFATASE ALCALINA (FAL)	21	202030857	CITOMEGALOVÍRUS - ANTICORPOS IgM	3
202010430	FOSFORO	12	202030873	TOXOPLASMOSE - ANTICORPOS IgM	4
202010465	GAMA GT (GGT)	11	202030920	RUBÉOLA, SOROLOGIA (LACEN) RUSOR	1
202010554	DOSAGEM DE LIPASE	1	202030954	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM HERPES 1 e 2	1
202010562	MAGNÉSIO (MAG)	51	202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO	6
202010600	POTÁSSIO (POT)	75	202031110	VDRL NO LIQUOR	15
202010635	SODIO	87	202031179	VDRL P/ DETECAO DE SIFILIS EM GESTANTE	32
202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-	67	202050017	SUMARIO DE URINA (SUM)	93

Código	Procedimento	Qty.
202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-	67
202010678	TRIGLICERÍDES (TRI)	1
202010694	URÉIA (URE)	119
202010732	GASOMETRIA VENOSA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	14
202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS (RET)	102
202020070	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	4
202020096	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -	4
202020126	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	2
202020134	TTPA - DETERMINACAO DE TEMPO DE	25
202020142	TEMPO DE PROTROMBINA (TP)	24

1.191

Código	Procedimento	Qty.
202060217	DOSAGEM DE HORMÔNIO GONADOTROFINA	23
202060373	T4 TOTAL TETRAODOTIRONINA/TIROXINA (T4)	1
202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	1
202080013	ANTIBIOGRAMA	14
202080080	UROCULTURA	12
202080129	CULTURA BACTÉRIAS PLOGÊNICAS(CULG2) 3ª AMOSTRA	1
202080153	HEMOCULTURA	37
202080196	CULTURA PARA STREPTOCOCCUS	8
202120023	GRUPO SANGUÍNEO + FATOR RH	661
202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	512

2.235

Total 3.426

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	3336	23/02/2024	ÁCIDO ÚRICO (AUR)	SIM	✓
2	7900	03/02/2024	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
3	8424	02/02/2024	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
4	8263	06/02/2024	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
5	8357	09/02/2024	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
6	8774	15/02/2024	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
7	8422	02/02/2024	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
8	3336	23/02/2024	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
9	8227	02/02/2024	CORO(CLO)	SIM	✓
10	8750	12/02/2024	CREATININA	SIM	✓
11	9315	29/02/2024	CREATININA	SIM	✓
12	3868	13/02/2024	CREATININA	SIM	✓
13	8674	11/02/2024	CREATININA	SIM	✓
14	8537	13/02/2024	CREATININA	SIM	✓
15	8967	20/02/2024	CREATININA	SIM	✓
16	8446	03/02/2024	LDH - DESIDROGENASE LÁTICA	SIM	✓
17	7966	27/02/2024	FERRITINA	SIM	✓
18	7529	07/02/2024	FOSFORO	SIM	✓
19	8227	08/02/2024	SODIO	SIM	✓
20	3858	12/02/2024	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	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	
$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 2$ pontos $x > 95\% = 4$ pontos	3.417 – 101,39%	3.426 – 101,66%	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 Parcialmente
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)	$0% < x \leq 60\% = 0$ 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 “0204” do SIGTAP, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de Diagnóstico por Radiologia = 74

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

Tabela 24 – Relação dos exames realizados em fevereiro

Código	Procedimento	Qtd.
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	47
0204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	2
0204040060	RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA (AP E ZANCA)	1
0204040094	RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA (PA E OBLIQUA)	2
0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	2
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	18
0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	2

74

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 Solicitação	Exame Realizado	Resultado Anexo?	Avaliação
1	7912	11/02/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
2	8741	13/02/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
3	8741	13/02/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SIM	✓
4	7529	04/02/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
5	8658	10/02/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
6	8855	16/02/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
7	8156	24/02/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
8	8914	18/02/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
9	9070	25/02/2024	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	SIM	✓
10	8941	19/02/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	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	74 – 285%	74 - 285%	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)	$0% < x \leq 60\% = 0$ 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 “0205” do SIGTAP, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de Diagnóstico por Ultrassonografia = 698

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

Tabela 28 – Relação dos exames realizados em fevereiro

Código	Procedimento	Qtd.
205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	20
205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE	2
205010059	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO	42
205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDOME SUPERIOR	1
205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDOME TOTAL	19
205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	12
205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	5
205020097	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	5
205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	8
205020143	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	233
205020151	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER	5
205020160	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	3

Código	Procedimento	Qtd.
205020178	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	14
205020186	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	329

Total 698

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	9131	26/02/2024	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	SIM	✓
2	3206	07/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	SIM	✓
3	8461	03/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	SIM	✓
4	4523	04/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	SIM	✓
5	2467	22/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	SIM	✓
6	8820	15/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
7	6410	12/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
8	8299	16/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
9	8849	28/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
10	8644	10/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
11	8769	14/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
12	8705	11/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
13	8436	02/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
14	8798	15/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
15	8709	11/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	SIM	✓
16	8227	08/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
17	9298	29/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
18	7684	22/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
19	8537	13/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
20	9051	22/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓

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	697 – 89,59%	698 – 89,72%	2 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	 Parcialmente 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 ≤ 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 “02.11.02.003-6” do SIGTAP, por meio das quais foram obtidos o valor a seguir:

Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG) = 5

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados os 5 prontuários para análise. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos exames de eletrocardiograma aos pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo XXX, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 32 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Solicitação	Exame Realizado	Resultado anexo?	Avaliação
1	8564	12/02/2024	ELETROCARDIOGRAMA	SIM	✓
2	5954	07/02/2024	ELETROCARDIOGRAMA	SIM	✓
3	8517	05/02/2024	ELETROCARDIOGRAMA	SIM	✓
4	8129	27/02/2024	ELETROCARDIOGRAMA	SIM	✓
5	7966	17/02/2024	ELETROCARDIOGRAMA	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 33 - Quadro-resumo do indicador “12 Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG)”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
		0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	4 – 3,08%

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

Tabela 34 - Resultado da apuração do indicador “12 Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG)”

Indicador	Indicação do Atendimento
12 Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG)	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.	

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, no dia 26/02/2024, 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) = 282

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

Tabela 35 – Relação dos exames realizados em fevereiro

Código	Procedimento	Qtd.
0211070149	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/	276
0211070424	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA	6

Total 282

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 exames otoacústicos aos pacientes da unidade, conforme evidências que constam no Anexo XII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 36 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data do exame	Resultado no prontuário?	Avaliação
1	9159	27/02/2024	SIM	✓
2	8516	06/02/2024	SIM	✓
3	8953	20/02/2024	SIM	✓
4	8652	11/02/2024	SIM	✓
5	8801	16/02/2024	SIM	✓
6	9270	29/02/2024	SIM	✓
7	9013	22/02/2024	SIM	✓
8	8794	16/02/2024	SIM	✓
9	8932	20/02/2024	SIM	✓
10	9225	28/02/2024	SIM	✓
11	8507	06/02/2024	SIM	✓
12	9166	27/02/2024	SIM	✓
13	9195	27/02/2024	SIM	✓
14	8504	05/02/2024	SIM	✓
15	8459	04/02/2024	SIM	✓

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 37 - 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	272 – 60,58%	282 – 62,81%	2 pontos

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

Tabela 38 - 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)	 Parcialmente 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 parcial 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 ≤ 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 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) = 434

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

Tabela 39 – Relação dos exames realizados em fevereiro

Produção	Código	Procedimento	Qtd.
Ambulatorial	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	388
Internamento (Auditado)	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	28
Internamento (Não Auditado)	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	18

Total 434

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 40 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da solicitação	Resultado no prontuário?	Avaliação
1	8781	28/02/2024	SIM	✓
2	8813	15/02/2024	SIM	✓
3	4114	01/02/2024	SIM	✓
4	8842	16/02/2024	SIM	✓
5	8704	16/02/2024	SIM	✓
6	8783	14/02/2024	SIM	✓
7	5187	29/02/2024	SIM	✓
8	8355	01/02/2024	SIM	✓
9	4372	05/02/2024	SIM	✓
10	5320	09/02/2024	SIM	✓
11	8722	12/02/2024	SIM	✓
12	8999	20/02/2024	SIM	✓
13	8209	01/02/2024	SIM	✓
14	7776	01/02/2024	SIM	✓
15	8943	19/02/2024	SIM	✓
16	8422	02/02/2024	SIM	✓
17	8339	04/02/2024	SIM	✓
18	8429	02/02/2024	SIM	✓
19	8430	23/02/2024	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 41 - Quadro-resumo do indicador “14 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tococardiografia 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	452 – 347,69%	434 – 334,85%	4 pontos

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

Tabela 42 - 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 = 1.268

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

Tabela 43 – Relação dos testes realizados em fevereiro

Código	Procedimento	Qtd.
0214010015	GLICEMIA CAPILAR	3
0214010040	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM	316
0214010058	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV	2
0214010074	SÍFILIS TESTE RÁPIDO (SIF)	318
0214010090	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C	313
0214010104	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B	313
0214010112	TESTE RÁPIDO PARA VÍRUS ZIKA IGG	2
0214010163	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO	1

Total 1.268

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 44 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da solicitação	Resultado no prontuário?	Avaliação
1	8781	28/02/2024	SIM	✓
2	9216	27/02/2024	SIM	✓
3	9096	23/02/2024	SIM	✓
4	4883	04/02/2024	SIM	✓
5	7003	15/02/2024	SIM	✓
6	8893	26/02/2024	SIM	✓
7	6831	23/02/2024	SIM	✓
8	8227	24/02/2024	SIM	✓
9	8013	16/02/2024	SIM	✓
10	9070	24/02/2024	SIM	✓
11	7652	17/02/2024	SIM	✓
12	8498	04/02/2024	SIM	✓
13	9113	29/02/2024	SIM	✓
14	8566	07/02/2024	SIM	✓
15	8072	08/02/2024	SIM	✓
16	8989	20/02/2024	SIM	✓
17	8440	10/02/2024	SIM	✓
18	8938	19/02/2024	SIM	✓
19	8433	02/02/2024	SIM	✓
20	8556	17/02/2024	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 45 - 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	1.289 – 248,84%	1.268 – 244,79%	4 pontos

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

Tabela 46 - 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) = 7.332

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

Tabela 47 – Relação das consultas realizadas em fevereiro

Procedimento	Qtd.
ASSISTENTE SOCIAL	1214
ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA	409
ENFERMEIRO(A)	3382
ENFERMEIRO(A) BANCO DE LEITE	1
ENFERMEIRO(A) OBSTETRA	368
FARMACÊUTICO(A)	15
FISIOTERAPEUTA	419
FONOAUDIÓLOGO	372
FONOAUDIÓLOGO RT	18
NUTRICIONISTA	605
NUTRICIONISTA CLÍNICA	1

Procedimento	Qtd.
PSICÓLOGO HOSPITALAR	526
AINDA NÃO FATURADO	2

7.332

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 48 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data do Atendimento	Atendimento	Avaliação
1	8744	12/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
2	8476	04/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
3	8472	11/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
4	8498	04/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
5	7331	18/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
6	3531	06/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
7	8072	08/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
8	8800	15/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
9	8633	09/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
10	8640	24/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
11	8854	19/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
12	2601	14/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
13	7776	04/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
14	8663	10/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
15	8385	01/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
16	8596	08/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
17	4331	19/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
18	8571	07/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
19	8713	11/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓
20	8707	18/02/2024	ASSISTENTE SOCIAL	✓

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 49 - 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	7.233 – 334,86%	7.332 – 339,44%	2 pontos

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

Tabela 50 - 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 = 1.903

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

Tabela 51 – Relação dos atendimentos realizados em fevereiro

Especialidade	Qtd.
CLÍNICO GERAL	1
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1850
INFECTOLOGISTA	1
NEONATOLOGISTA	95

1.947

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 52 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Consulta	Atendimento	Avaliação
1	8605	19/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
2	8194	07/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
3	8477	22/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓

#	Nº Prontuário	Data da Consulta	Atendimento	Avaliação
4	6983	10/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
5	7627	23/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
6	9269	28/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
7	7067	07/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
8	6781	28/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
9	5187	29/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
10	8265	07/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
11	8709	11/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
12	5035	09/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
13	8618	09/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
14	9110	28/02/2024	NEONATOLOGISTA	✓
15	9273	28/02/2024	NEONATOLOGISTA	✓
16	8197	09/02/2024	NEONATOLOGISTA	✓
17	8538	16/02/2024	NEONATOLOGISTA	✓
18	8549	06/02/2024	NEONATOLOGISTA	✓
19	7343	24/02/2024	NEONATOLOGISTA	✓
20	8538	07/02/2024	NEONATOLOGISTA	✓

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
		Reporte Verificador Independente	Pontuação
0% < x ≤ 90% = 0 ponto x > 90% = 2 pontos	1.903 – 88,10%	1.903 – 88,10%	0 ponto

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

Tabela 54 - 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 24Horas

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 = 1.214

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

Tabela 55 – Relação dos atendimentos realizados em fevereiro

Especialidade	Qtd.
CLÍNICO GERAL	18
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1142
NEONATOLOGISTA	54

1.214

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 56 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data do Atendimento	Avaliação
1	1188	21/02/2024	✓
2	1351	05/02/2024	✓
3	1592	04/02/2024	✓
4	2458	01/02/2024	✓
5	2465	06/02/2024	✓
6	2601	18/02/2024	✓
7	3206	07/02/2024	✓
8	4010	23/02/2024	✓
9	6631	07/02/2024	✓
10	7682	15/02/2024	✓
11	8012	09/02/2024	✓

#	Nº Prontuário	Data do Atendimento	Avaliação
12	8154	14/02/2024	✓
13	8330	03/02/2024	✓
14	8347	01/02/2024	✓
15	8538	16/02/2024	✓
16	8588	09/02/2024	✓
17	8797	16/02/2024	✓
18	9238	27/02/2024	✓
19	9273	28/02/2024	✓
20	9315	29/02/2024	✓

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 57 - 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	1.214 – 281,02%	1.214 - 281,02%	2 pontos

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

Tabela 58 - 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 = 267

Tabela 59 – Relação dos procedimentos realizados em fevereiro

Código	Procedimento	Qtd.
303100010	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	8
303100044	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	15
303100052	TRATAMENTO DE MOLA HIDATIFORME	1
310010039	PARTO NORMAL	19
409060011	CERCLAGEM DE COLO DO UTERO	2
409060070	ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	2
409060186	LAQUEADURA TUBARIA	15
411010026	PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	1
411010034	PARTO CESARIANO	55
411010042	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	23

Código	Procedimento	Qtd.
411010077	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	108
411020013	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	12
411020030	HISTERECTOMIA PUERPERAL	1
411020048	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	5

Total 267

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 60 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Solicitação	Procedimento	Avaliação
1	9206	27/02/2024	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	✓
2	3244	19/02/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
3	8789	15/02/2024	PARTO NORMAL	✓
4	8593	08/02/2024	PARTO CESARIANO	✓
5	8458	03/02/2024	PARTO CESARIANO	✓
6	7067	07/02/2024	PARTO CESARIANO	✓
7	8943	19/02/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
8	8798	15/02/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
9	8510	09/02/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
10	4201	20/02/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
11	7900	03/02/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
12	8987	21/02/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
13	8647	15/02/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
14	8683	11/02/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
15	8696	12/02/2024	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	✓
16	8785	15/02/2024	LAQUEADURA TUBARIA	✓
17	9143	26/02/2024	PARTO CESARIANO	✓
18	8278	01/02/2024	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	✓

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

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	252 – 39,50%	267 – 41,85%	0 ponto

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

Tabela 62 - Resultado da apuração do indicador “19 Internação em Leito Clínico e Cirúrgico”

Indicador	Indicação do Atendimento
19 Internação em Leito Clínico e Cirúrgico	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.	

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	$0% < x \leq 70\% = 0$ ponto $70% < x \leq 90\% = 2$ 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 = 168

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 63 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Solicitação	Procedimento	Avaliação
1	8446	03/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
2	8451	03/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
3	1790	06/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
4	7763	02/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
5	5031	23/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
6	8519	17/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
7	8792	15/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
8	8510	09/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
9	2584	23/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
10	8202	25/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
11	8947	19/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
12	9125	25/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
13	8979	27/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
14	8555	07/02/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
15	8586	14/02/2024	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 64 - 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	167 – 151,82%	168 – 152,73%	4 pontos

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

Tabela 65 - 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	<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 da UTIN = 142

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

Tabela 66 – Relação dos prontuários de internação por dia

Dia	1/fev	2/fev	3/fev	4/fev	5/fev	6/fev	7/fev	8/fev	9/fev	10/fev	11/fev	12/fev	13/fev	14/fev	15/fev
Pront.	8156	8263	8263	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	7912	8478	8478	8478	8478
	8234	8403			8517	8517	8517	8517	8517	8517	8478	8517	8517	8517	8751
	8263						8575	8575	8575	8575	8517	8658	8715	8715	8752
	8366						8580	8580		8658	8658	8715	8751	8741	8787
	8370										8715		8752	8751	
	8375													8752	
	8403														
Diárias	7	2	1	1	2	2	4	4	3	4	5	4	5	6	4

Dia	16/fev	17/fev	18/fev	19/fev	20/fev	21/fev	22/fev	23/fev	24/fev	25/fev	26/fev	27/fev	28/fev	29/fev	
Pront.	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	
	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8869	
	8752	8787	8787	8787	8787	8787	8787	8869	8869	8869	8869	8869	8869	8940	
	8787	8869	8869	8869	8869	8869	8869	8894	8894	8894	8894	8894	8894	9173	
	8855		8894	8894	8894	8894	8894	8940		9138	9163	8940	8940	9273	
			8895	8895	8937	8940	8940				9173	9173	9173	9281	
			8907	8937	8940							9202	9202	9266	9299
			8914	8940										9273	9312
				8941											
	Diárias	5	4	8	9	7	6	6	5	4	5	6	7	8	8

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

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	142 – 55,69%	142 – 55,69%	0 ponto

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

Tabela 68 - 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	✖ 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.	

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	$0% < x \leq 60\% = 0$ 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 das unidades de neonatologia = 180

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

Tabela 69 – Relação dos prontuários de internação por dia

Dia	1/fev	2/fev	3/fev	4/fev	5/fev	6/fev	7/fev	8/fev	9/fev	10/fev	11/fev	12/fev	13/fev	14/fev	15/fev
Pront.	6740	6740	6740	6740	6740	6740	6740	6740	8234	8234	8575	7912	7912	8575	8517
	7529	7529	7529	7529	8234	8234	8234	8234	8504	8504		8575	8575	8658	8575
	7966	7966	7966	7966	8403	8263	8263	8480	8580	8614			8658		8658
	7967	7967	7967	7967			8480	8504	8614				8741		8715
	8197	8197	8197	8234											
	8327	8234	8234	8362											
	8362	8327	8327	8403											
		8362	8362												
		8366	8366												
		8370	8370												
	8375	8375	8403												
Diárias	7	11	12	7	3	3	4	4	4	3	1	2	4	2	4

Dia	16/fev	17/fev	18/fev	19/fev	20/fev	21/fev	22/fev	23/fev	24/fev	25/fev	26/fev	27/fev	28/fev	29/fev
Pront.	8015	8015	8015	8517	8517	8517	8517	8517	8517	8517	8517	8517	8517	8752
	8517	8517	8517	8575	8575	8752	8752	8752	8752	8752	8752	8752	8752	8787
	8575	8575	8575	8658	8658	8875	8875	8787	8787	8787	8787	8787	8787	8895
	8658	8658	8658	8715	8715	8895	8895	8875	8875	8875	8895	8895	8895	8907
	8715	8715	8715	8752	8752	8907	8907	8895	8895	8895	8907	8907	8907	9202
		8752	8752	8855	8875	8937	8941	8907	8907	8907	8940	9163	9163	9213
		8855	8855	8875	8895	8941		8941	8940	8940	9138	9213	9202	8751
		8875	8875	8898	8898						9182		9213	8894
			8898	8907	8907									9266
				8914	8941									9163
Diárias	5	8	9	10	10	7	6	7	7	7	8	7	8	10

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto	180 – 47,12%	180 – 47,12%	0 ponto
60% < x ≤ 95% = 1 ponto			
x > 95% = 2 pontos			

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

Tabela 71 - 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	✘ 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.	

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 ≤ 70% = 0 ponto 70% < x ≤ 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: 1.196

Número de atendimentos realizados: 1.196

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

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

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 72 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Atend.	Tipo Acomodação	Pront.	Entrada	Especialidade	Avaliação
1	21093	EMERGÊNCIA	4331	01/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
2	21098	EMERGÊNCIA	8382	01/02/2024	BIOMEDICO LABORATÓRIO	✓
3	21101	EMERGÊNCIA	7538	01/02/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
4	21102	EMERGÊNCIA	5414	01/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
5	21104	EMERGÊNCIA	8385	01/02/2024	ENFERMEIRO(A)	✓
6	21104	EMERGÊNCIA	8385	01/02/2024	TECNICO(A) DE ENFERMAGEM	✓
7	21108	EMERGÊNCIA	4060	01/02/2024	ENFERMEIRO(A)	✓
8	21109	EMERGÊNCIA	5998	01/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
9	21110	EMERGÊNCIA	8209	01/02/2024	ENFERMEIRO(A)	✓
10	21112	EMERGÊNCIA	8387	01/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
11	21120	EMERGÊNCIA	5878	01/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
12	21123	EMERGÊNCIA	8390	01/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
13	21124	EMERGÊNCIA	8391	01/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
14	21126	EMERGÊNCIA	8358	01/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
15	21128	EMERGÊNCIA	8009	01/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
16	21130	EMERGÊNCIA	2458	01/02/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
17	21131	EMERGÊNCIA	7776	01/02/2024	TECNICO(A) DE ENFERMAGEM	✓
18	21133	EMERGÊNCIA	8104	01/02/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
19	21141	EMERGÊNCIA	3538	01/02/2024	ENFERMEIRO(A)	✓
20	21150	EMERGÊNCIA	4114	01/02/2024	ENFERMEIRO(A)	✓

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 73 - 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	100%	100%	2 pontos

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

Tabela 74 - 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 publicizar 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 publicizar 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: 186

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

Tabela 75 – Relação dos tipos de parto realizados em fevereiro

Pront.	Data parto	Hora parto	Tipo parto	Local parto
9243	28/02/2024	16:41	PARTO NORMAL EM CPN	QUARTO PPP
9063	27/02/2024	06:29	PARTO NORMAL EM CPN	SALA DE PARTO
8447	10/02/2024	14:37	PARTO NORMAL EM CPN	QUARTO PPP

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

$$\text{Monitorar mensalmente e publicizar a taxa de Episiotomia} = \frac{\text{Número de pacientes submetidas à episiotomia no mês}}{\text{Quantitativo de partos normais realizados no mês}} \times 100$$

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 76 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Episiotomia	Avaliação
1	5907	01/02/2024	Sem aba parto	Sem aba parto	✓

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Episiotomia	Avaliação
2	4201	20/02/2024	Sem aba parto	Sem aba parto	✓
3	9245	28/02/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
4	8749	29/02/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
5	9043	26/02/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
6	8472	11/02/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
7	9050	23/02/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
8	8813	15/02/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
9	8203	18/02/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
10	1646	11/02/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
11	5593	12/02/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
12	8697	12/02/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
13	9112	26/02/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
14	9206	27/02/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
15	8268	04/02/2024	Sem aba parto	Sem aba parto	✓

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

Tabela 77 - 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	1,59%	1,61%	2 pontos

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

Tabela 78 - 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 fevereiro, a concordância com a inserção do DIU assinada por 108 pacientes, das quais 93 efetivamente inseriram o DIU. As 15 demais pacientes não efetivaram a inserção por desistência ou devido a condições clínicas desfavoráveis evidenciadas nos prontuários.

Assim, a fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 18 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 79 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	DIU	Avaliação
1	8387	SIM	✓
2	9043	SIM	✓
3	8472	SIM	✓
4	8268	SIM	✓
5	8436	SIM	✓
6	8487	SIM	✓
7	8757	SIM	✓
8	8627	SIM	✓
9	8555	SIM	✓
10	9150	SIM	✓
11	4201	SIM	✓
12	9151	SIM	✓
13	9088	SIM	✓
14	7605	SIM	✓
15	9296	SIM	✓
16	9096	SIM	✓
17	3913	SIM	✓
18	8769	SIM	✗

Conforme demonstrado acima, uma paciente inseriu o DIU, mas o mesmo foi expelido à expressão, ficando acordado o retorno posterior da paciente para repetir o procedimento. Assim, este não foi considerado como inserção e subtraído da base de dados inicialmente apurada. Dadas as considerações acima, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de DIUs inseridos no mês: 92

Denominador - Número de termos assinados no mês: 92

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 80 - 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	93 - 100%	92 - 100%	4 pontos

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

Tabela 81 - 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 superior 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: 2

Numerador – Número de RNs nascidos com Apgar > 7 no 5º minuto de vida: 267

Denominador – Número de recém-nascidos no mês (com Apgar aferido): 269

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

Tabela 82 – Relação dos RNs com Apgar<7

#	Pront.	Data de nascimento	Tipo parto
1	8937	19/02/2024	NORMAL
2	9281	29/02/2024	NORMAL
3	8787	15/02/2024	NORMAL

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

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

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 83 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Apgar <7	Avaliação
1	8384	01/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
2	8478	04/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
3	8711	11/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
4	8729	12/02/2024	NORMAL	NÃO	✓

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Apgar <7	Avaliação
5	8796	15/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
6	8827	15/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
7	8837	16/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
8	8997	20/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
9	9270	28/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
10	8741	12/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
11	9077	23/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
12	9312	29/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
13	8468	03/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
14	8730	12/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
15	9281	29/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
16	9200	27/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
17	8869	17/02/2024	NORMAL	NÃO	✓
18	8787	15/02/2024	NORMAL	NÃO	✗

Conforme demonstrado acima, um RN cujo registro de Apgar no 5º minuto de vida era superior a 7, conforme relatório do SMPEP, teve, na verdade, Apgar 5, conforme análise do prontuário. Assim, este foi subtraído do indicador, perfazendo os seguintes números:

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: 266

Denominador – Número de recém-nascidos no mês (com Apgar aferido): 269

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 84 - 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	98,89%	98,88%	4 pontos

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

Tabela 85 - 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: 271

Número de RNs que tiveram contato pele a pele e aleitamento materno: 235

Numerador – Número de RNs que tiveram contato pele a pele e aleitamento materno: 268 (exceto os 2 nascimentos em residência + 36 evidências de impedimento clínico do aleitamento – 1 RN sem justificativa pra ausência de amamentação na primeira hora)

Denominador – Número de recém-nascidos no mês: 269

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 36 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 86 – Relação dos 36 RNs que não efetivaram o aleitamento

Pront.	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Motivo
8403	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8384	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8478	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8474	SIM	NÃO	Genitora não desejou amamentar
8481	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8517	SIM	NÃO	Parto domiciliar
8534	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8531	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação

Pront.	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Motivo
8530	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8575	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8580	NÃO	NÃO	Genitoria usuária de drogas
8658	SIM	NÃO	Genitora sob efeito anestésico
8689	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8715	NÃO	NÃO	Genitora HIV positivo
8736	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8755	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8787	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8855	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8869	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8875	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8894	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8907	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8895	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8914	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8941	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8937	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
8940	SIM	NÃO	Genitora não desejou amamentar
8956	SIM	NÃO	Genitoria usuária de drogas
8997	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9073	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internação na UTIN
9173	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9163	SIM	NÃO	Genitora HIV positivo
9202	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9222	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9266	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9312	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação

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 36 RNs ao numerador do cálculo.

Adicionalmente, a fim de analisar 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 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 87 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Parto	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Avaliação
1	8472	11/02/2024	IGNORADO	IGNORADO	✓
2	8769	14/02/2024	IGNORADO	IGNORADO	✓
3	8813	15/02/2024	IGNORADO	IGNORADO	✓
4	9031	22/02/2024	IGNORADO	IGNORADO	✓
5	1646	11/02/2024	IGNORADO	IGNORADO	✓
6	8697	12/02/2024	IGNORADO	IGNORADO	✓

#	Pront.	Parto	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Avaliação
7	8387	01/02/2024	SIM	SIM	✓
8	8355	02/02/2024	SIM	SIM	✓
9	8499	04/02/2024	SIM	SIM	✓
10	8300	07/02/2024	SIM	SIM	✓
11	8447	10/02/2024	SIM	SIM	✓
12	1646	11/02/2024	SIM	SIM	✓
13	8683	12/02/2024	SIM	SIM	✓
14	8790	15/02/2024	SIM	SIM	✓
15	8299	17/02/2024	SIM	SIM	✓
16	7331	18/02/2024	SIM	SIM	✓
17	3548	21/02/2024	SIM	SIM	✓
18	9065	23/02/2024	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 88 - 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	98,52%	99,63%	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 “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: 271

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
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 91 - 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 ≥ 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: 271

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 92 - 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 93 - 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 94 - 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 95 - 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: 261

Número de nascidos vivos no mês: 271

Para obtenção do numerador, foi identificado 261 testes realizados em fevereiro/2024. No entanto, em análise aos relatórios citados, foram identificadas as seguintes situações:

- 13 testes foram realizados em fevereiro, mas em RNS nascidos em janeiro (PRON 8324, 8349, 8367, 8369, 8354, 8350, 8383, 8372, 8289, 8375, 8362, 8234 e 8752), 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;
- 2 RNS (PRON 8505 e 9229) têm registro duplicado de realização do teste. Assim, uma vez que 4 testes foram realizados em apenas 2 RNS, foram desconsiderados os dois registros em duplicidade;
- 4 testes foram realizados, mas sem registro da aba “triagem” no SMPEP. Sendo assim, uma vez confirmada a realização do teste conforme análise dos prontuários, esses 4 casos (PRON 9219, 8517, 9166 e 9140) foram adicionados à base de dados.

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 271 RNs nascidos em fevereiro. 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:

- 7 RNs (PRON 8478, 8869, 8894, 9173, 9163, 9213, e 9202) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em março/2024, após alta da internação;
- 14 RNs (PRON 9265, 9266, 9256, 9314, 9313, 9290, 9297, 9312, 9288, 9307, 9299, 9302, 9281 e 9292) nasceram entre os dias 28 e 29 de fevereiro 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 2 testes duplicados e acrescido dos 4 exames comprovados mediante prontuário, enquanto o denominador deve ser subtraído dos 21 RNS relacionados acima. Em paralelo, os 13 RNs nascidos em janeiro e que só puderam realizar o teste em fevereiro foram somados à base do denominador. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 263

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 263

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 96 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	8745	TESTE DO OLHINHO	✓
2	8354	TESTE DO OLHINHO	✓
3	8442	TESTE DO OLHINHO	✓
4	8389	TESTE DO OLHINHO	✓
5	8450	TESTE DO OLHINHO	✓
6	8466	TESTE DO OLHINHO	✓
7	8455	TESTE DO OLHINHO	✓
8	8479	TESTE DO OLHINHO	✓
9	8507	TESTE DO OLHINHO	✓
10	8516	TESTE DO OLHINHO	✓
11	8534	TESTE DO OLHINHO	✓
12	8539	TESTE DO OLHINHO	✓
13	8546	TESTE DO OLHINHO	✓
14	8538	TESTE DO OLHINHO	✓
15	8591	TESTE DO OLHINHO	✓
16	8576	TESTE DO OLHINHO	✓
17	8619	TESTE DO OLHINHO	✓
18	8601	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 97 - 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	97,78%	100%	4 pontos

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

Tabela 98 - 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: 278

Número de nascidos vivos no mês: 271

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 271 RNs nascidos em fevereiro/2024. No entanto, 17 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:

- 6 RNs (PRON 8478, 8869, 8894, 9197, 9173 e 9163) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em fevereiro, após alta do bloco neonatal;
- 11 RNs (PRON 9314, 9313, 9290, 9297, 9312, 9288, 9307, 9299, 9302, 9281 e 9292) nasceram no dia 29 de fevereiro 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:

- 22 testes foram realizados em fevereiro, mas nos RNs nascidos em janeiro (PRON 8348, 8342, 8349, 8350, 8347, 8330, 8360, 8357, 8327, 8375, 8234, 8362, 8367, 8122, 8366, 8369, 8372, 8289, 8354, 8383, 8370 e 7529), 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;
- 2 RNs (PRON 8751 e 8752) foram regulados de outras maternidades e, portanto, não constam na relação de nascidos na maternidade. Estes foram adicionados à base de dados;

Assim, dadas as considerações acima, o denominador deve ser subtraído dos 17 RNS inaptos a realizar o teste em fevereiro, enquanto os 22 RNs nascidos em janeiro e que só puderam realizar o teste em fevereiro foram somados à base, tal como os 2 RNs regulados de outras maternidades. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 278

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 278

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 99 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	8360	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
2	8370	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
3	8411	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
4	8442	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
5	8455	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
6	8505	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
7	8520	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
8	8592	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
9	8605	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓

#	Pront.	Teste	Avaliação
10	8575	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
11	8650	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
12	8717	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
13	8741	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
14	8751	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
15	8791	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
16	8832	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
17	8862	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
18	8877	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 100 - 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	102,5%	100%	4 pontos

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

Tabela 101 - 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: 303

Número de nascidos vivos no mês: 271

Para obtenção do numerador, foi identificado 303 testes realizados em fevereiro/2024. No entanto, em análise aos relatórios citados, foram identificadas as seguintes situações:

- 26 testes foram realizados em fevereiro, mas nos RNs nascidos em janeiro (PRON 8156, 8234, 7548, 7550, 8110, 8205, 8246, 8286, 8289, 8324, 8327, 8347, 8348, 8349, 8350, 8354, 8357, 8360, 8362, 8366, 8367, 8369, 8370, 8372, 8375 e 8383). 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;
- 3 testes realizados em RNs não nascidos na maternidade, mas transferido em até 24 horas do nascimento (PRON 8751, 8752 e 9273). Esses casos foram mantidos na base de dados.
- 25 RNs (PRON 9202, 9273, 9213, 8774, 8756, 8435, 8941, 8449, 8370, 8450, 8771, 8462, 8787, 8466, 8357, 8539, 9266, 9268, 9279, 8605, 8234 e 8643) têm registros múltiplos de realização do teste. Assim, uma vez que 47 testes foram realizados a apenas 22 RNs, e posto que a ficha técnica do indicador visa obter o número de nascidos vivos que realizaram o teste, foram desconsiderados os 25 registros múltiplos;
- 6 testes realizados, mas sem registro na aba “triagem” do SMPEP foram acrescentados à base de dados.

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 271 RNs nascidos em fevereiro. 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:

- 4 RNs (PRON 8478, 8869, 8875 e 9173) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em fevereiro, após alta do bloco neonatal;
- 12 RNs (PRON 9256, 9314, 9313, 9290, 9297, 9312, 9288, 9307, 9299, 9302, 9281 e 9292) nasceram nos dias 28 e 29 de fevereiro e, portanto, não realizaram o teste no mesmo dia;

Além disso, foi identificada a seguinte situação:

- 3 testes em RNs não nascidos na maternidade, mas transferido em até 24 horas do nascimento (PRON 8751, 8752 e 9273). Esses casos foram adicionados à base de dados;

Assim, dadas as considerações acima, o numerador deve ser deduzido dos 25 testes duplicados e acrescido dos 6 testes efetivamente realizados, mas sem registro no sistema, enquanto o denominador deve ser subtraído dos 16 RNs relacionados acima. Em paralelo, os 26 RNs nascidos em janeiro e que só puderam realizar o teste em fevereiro foram somados à base, bem como os 3 RN transferido de outra maternidade. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 284

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 284

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 102 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	8349	TESTE DA LINGUINHA	✓
2	8362	TESTE DA LINGUINHA	✓
3	8397	TESTE DA LINGUINHA	✓
4	8481	TESTE DA LINGUINHA	✓
5	8462	TESTE DA LINGUINHA	✓
6	8484	TESTE DA LINGUINHA	✓
7	8531	TESTE DA LINGUINHA	✓
8	8205	TESTE DA LINGUINHA	✓
9	8605	TESTE DA LINGUINHA	✓
10	8575	TESTE DA LINGUINHA	✓
11	8739	TESTE DA LINGUINHA	✓
12	8715	TESTE DA LINGUINHA	✓
13	8774	TESTE DA LINGUINHA	✓
14	8827	TESTE DA LINGUINHA	✓
15	8843	TESTE DA LINGUINHA	✓
16	8871	TESTE DA LINGUINHA	✓
17	8752	TESTE DA LINGUINHA	✓
18	8959	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 103 - 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	111,8%	100%	4 pontos

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 “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 = 1.069

Número de leitos/dia = 2.407

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

$$\text{Taxa de Ocupação (de leitos)} = \frac{\text{Nº de pacientes/dia}}{\text{Nº de leitos dia}} \times 100$$

A meta mensal estabelecida é de no mínimo 90%

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

Tabela 105 - 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	44,42%	44,41%	0 ponto

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 “34 Taxa de Ocupação (de leitos)”

Indicador	Indicação do Atendimento
34 Taxa de Ocupação (de leitos)	✘ 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 fevereiro = 404

Número de infecções em fevereiro = 4

Conforme relatório do SCIH, houve 4 registros de infecção em fevereiro/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 107 - Quadro-resumo do indicador “35 Taxa de Infecção Hospitalar”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$x \geq 10\% = 0$ pontos $0\% < x < 10\% = 2$ pontos	0,99%	0,99%	2 pontos

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 “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	$x \geq 40\% = 0$ ponto $40\% > x \geq 30\% =$ 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: 271

Número de recém-nascidos por parto cesárea no mês: 82

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados 271 nascimentos registrados na maternidade, no mês de fevereiro, dos quais 186 nasceram de parto normal e 85, de parto cesárea. Desses nascimentos, foram identificadas as seguintes situações:

- 1 RN nasceu de parto normal ocorrido em domicílio (PRON RN 8534) e, portanto, não se trata de parto realizado sob a assistência da maternidade Lourdes Nogueira. Este foi desconsiderado da base de dados dos partos normais;
- 2 nascimentos (PRON RN 8770 e 8771) foram de gêmeos, decorrentes de apenas 1 parto normal e, portanto, apenas um parto foi considerado na base de dados dos partos normais;
- 3 partos normais de óbitos fetal foram considerados na base de dados dos partos normais;
- 6 nascimentos (PRON RN 8755, 8756, 8894, 8895, 9137 e 9139) foram de gêmeos, decorrentes de apenas 3 partos cesárea e, portanto, apenas três partos foram considerados na base de dados dos partos cesárea.

Assim, dadas as considerações acima, o número de partos cesárea deve ser deduzido de 3 dos partos de RNs gêmeos, enquanto o número de partos normais deve ser deduzido do parto normal de gêmeos e do RN não nascido na maternidade, mas acrescido dos partos de óbito fetal. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de partos cesárea realizados no mês: 82

Denominador - Número de partos realizados no mês: 269

Contudo, conforme informações cedidas pela SMS e formalizadas por meio da ata de reunião da CAC (Anexo XXXI), os partos devem ser apurados a partir das saídas hospitalares. Posteriormente, na reunião de governança de maio/2024, a SMS definiu que a apuração deste indicador deve ser ajustada em consideração aos partos faturados no SIA/SIH, conforme formalizado na ata da reunião (Anexo XXXII).

Mais adiante, conforme formalizado em e-mail demonstrado no Anexo XXXIII, a SMS sinalizou que, em face da pendência de habilitação dos partos em CPN, os partos ocorridos nestas condições não figurarão no SIA/SIH e, portanto, até que essa situação seja regularizada, os indicadores relacionados a partos deverão ser apurados com base nas saídas de internação, conforme denota o relatório de produção do SMPEP, por ser este o dado mais aproximado do que constaria no Datasus.

Assim, no que tange à revisão do indicador 36 do produto P8 de fevereiro/2024, foi definido pela SMS o ajuste da apuração deste indicador a partir do relatório de produção do SMPEP, tendo como base as saídas de internação. Dito isso, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório “Produção Internamento Total”, que retornou os seguintes números:

Numerador - Número de partos cesárea realizados no mês: 79

Denominador - Número de partos realizados no mês: 267

Produção Internamento Total



Filtros: Exibe todos os procedimentos já importados na competência do faturamento. É possível filtrar por faturas já conferidas ou exibir todas as faturas contidas na competência, mesmo sem conferência, dessa forma pode ter uma previsão dos valores já importados.

Mês de Competência: 3, Ano de Competência: 2024, Data Inicial (restringir a cmpt): 01/02/2024, Data Final (restringir a cmpt): 29/02/2024, Especialidade: [TODOS], Responsável: [TODOS], Somente Conferidos: Não, Somente Auditados: Não

grupo				
0411				
0411010034	PARTO CESARIANO	9	395,68	3.561,12
0411010042	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	19	395,68	7.517,92
0411010077	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	21	88,76	1.863,96
0411020013	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	6	109,21	655,26
0411020030	HISTERECTOMIA PUERPERAL	1	242,09	242,09
0411020048	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	3	330,48	991,44
	Total:	59		14.831,79
grupo				
0310				
0310010020	ATENDIMENTO AO RECEM-NASCIDO EM SALA DE PARTO	60	0,00	0,00
0310010039	PARTO NORMAL	5	267,60	1.338,00
0310010047	PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO	1	374,41	374,41
0310010055	PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)	27	267,60	7.225,20
	Total:	93		8.937,61

19/03/2024 15:51

2 de 4

Imagem – Print de tela do relatório “Produção Internamento Total”, do SMPEP, não auditados

Produção Internamento Total



Filtros: Exibe todos os procedimentos já importados na competência do faturamento. É possível filtrar por faturas já conferidas ou exibir todas as faturas contidas na competência, mesmo sem conferência, dessa forma pode ter uma previsão dos valores já importados.

Mês de Competência: 2, Ano de Competência: 2024, Data Inicial (restringir a cmpt): 01/02/2024, Data Final (restringir a cmpt): 29/02/2024, Especialidade: [TODOS], Responsável: [TODOS], Somente Conferidos: Sim, Somente Auditados: Sim

Código	Procedimento	Qty.	Unitário	Total
grupo				
0411				
0411010026	PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	1	660,79	660,79
0411010034	PARTO CESARIANO	46	395,68	18.201,28
0411010042	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	4	395,68	1.582,72
0411010077	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	87	88,76	7.722,12
0411020013	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	6	109,21	655,26
0411020048	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	2	330,48	660,96
	Total:	146		29.483,13
grupo				
0310				
0310010020	ATENDIMENTO AO RECEM-NASCIDO EM SALA DE PARTO	201	0,00	0,00
0310010039	PARTO NORMAL	14	267,60	3.746,40
0310010055	PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)	141	267,60	37.731,60
	Total:	356		41.478,00

19/03/2024 15:48

3 de 3

Imagem – Print de tela do relatório “Produção Internamento Total”, do SMPEP, auditados

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

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

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 109 - 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	29,96%	29,59%	4 pontos

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 “36 Taxa de Cesariana”

Indicador	Indicação do Atendimento
36 Taxa de Cesariana	 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.	

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 fevereiro = 369

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
x < 13 = 0 ponto x ≥ 13 = 4 pontos	4,77	6,36	0 ponto

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

Tabela 112 - 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	✘ 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 XXX – 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 12



FORMULÁRIO		
ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO:	REVISÃO: 00
	FP.SGQ.002	PÁGINA:1

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Presencial	Sandro Tosta	11/04/2024	10:30	11:00

PAUTA

Relatório de avaliação de indicadores referente a competência de fevereiro de 2024.

PARTICIPANTES

- Rita de Cássia Leal – Diretora Geral
- Sandro Roberto Sousa Sampaio Tosta – Gerente Administrativo Financeiro
- Adriana Bione – Gerente Operacional
- Alessandra Melo de Jesus – Fiscal de contrato SMS
- Cynthia Gabrielle Sousa Rocha – Fiscal de contrato SMS

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Aos 11 dias do mês de abril de 2024, às 10 horas e 30 minutos, na sala da Diretoria Geral da Maternidade Municipal Lourdes Nogueira, ocorreu a reunião da Comissão de Acompanhamento do Contrato 113/2022, para tratativas sobre o relatório de avaliação da competência fevereiro de 2024. Reunião iniciada como Gerente Administrativo Financeiro, Sandro Tosta, falando que não houve divergência de apuração da pontuação relativa aos indicadores, exceto em relação ao indicador 36 cuja apuração dos Verificadores Independentes apresentou pontuação inferior à da Organização Social. Manifestou-se ainda acerca das diferenças existentes em relação aos quantitativos que serviram de base para apuração da pontuação.

A Gerente Operacional Assistencial da Maternidade, Adriana Bione, destacou que, conforme discutido anteriormente com a fiscal da SMS, Cynthia Rocha, a divergência na apuração se deve ao tipo de relatório que o Verificador Independente extrai do sistema hospitalar da Maternidade. Entretanto, em relação ao indicador 36, os dados extraídos para análise devem ser computados pelas saídas hospitalares, por meio dos relatórios de faturamento "Produção Internamento Total" (sintético) e "Relação de Faturas por Procedimento" (analtico), fazendo alusão ao método de verificação classificado na meta como (SIA/SIH), conforme tabela a seguir:



Rua Procurador José Costa Cavalcante, 17 de Março
Aracaju – SE | CEP 49003247

Anexo XXXII – Ata da reunião de governança

	ATA DE REUNIÃO	DATA/HORA	LOCAL
		20-06-2024 09:00h-10:00h	Remoto - Teams
PARTICIPANTES: SMS: Cynthia Rocha e Alessandra Melo. Deloitte: Paulo Vitale, Alana Sales, Amanda Bina e Felipe Versiani.			

OBJETIVOS / PAUTA: 1. Reunião de Governança – Junho/2024.

ITEM	DISCUSSÕES	AÇÃO / ENCAMINHAMENTO	RESPONSÁVEL	PRAZO
CNES Leitos	<p>O VI apontou a existência de uma quantidade de leitos ativos (87) divergente do volume de leitos cadastrados no CNES (85) e, conseqüentemente, dos leitos previstos no contrato de gestão (83).</p> <p>Na Reunião de Governança de maio/24, Géssica Almeida (Assessoria Estratégica Hospitalar) solicitou que a equipe de fiscalização do contrato atuasse junto à OS na atualização do CNES e do contrato.</p> <p>SMS afirma que o tema já foi discutido internamente, porém ainda resta definir as ações necessárias à melhor estratégia de unificação dos dados. Até lá, o VI deverá seguir utilizando a quantidade de leitos prevista no contrato para fins de apuração do indicador 34.</p>	<p>i) Retomar o assunto junto aos atores pertinentes e definir os próximos passos para unificação da quantidade de leitos;</p> <p>ii) Prosseguir com as apurações conforme metodologia já adotada.</p>	<p>i) SMS;</p> <p>ii) Deloitte;</p>	N/A

ITEM	DISCUSSÕES	AÇÃO / ENCAMINHAMENTO	RESPONSÁVEL	PRAZO
Planilha de acompanhamento	<p>Apresentada a planilha de controle de entregáveis do VI (para auxiliar a equipe de fiscalização do contrato no acompanhamento dos produtos entregues), bem como a forma de utilização e acesso à ferramenta DOL (repositório interno da Deloitte).</p>	N/A	N/A	N/A
Apuração dos indicadores 31 a 33	<p>Discutida a unificação do método de apuração dos indicadores 31 a 33, cujas fichas técnicas apresentam informações divergentes entre o produto da apuração e a forma de cálculo.</p> <p>Na Reunião de Governança de maio/24, Géssica Almeida (Assessoria Estratégica Hospitalar) solicitou que a equipe de fiscalização do contrato consultasse os protocolos de referência para elaboração do indicador, a fim de identificar se a apuração deve partir do número de testes realizados ou do número de RNs que realizaram os testes.</p> <p>A equipe de fiscalização do contrato sinalizou que não há protocolos voltados a esse tema e entende que a apuração deve seguir conforme cobertura (quantidade de RNs que realizaram os testes).</p>	<p>Prosseguir com o apostilamento do contrato de gestão, a fim de ajustar a ficha técnica dos indicadores 31 a 33.</p>	SMS	N/A
Reapuração do indicador 36	<p>Definido por Géssica Almeida (Assessoria Estratégica Hospitalar), na Reunião de Governança de maio/24, que o VI deveria efetuar a reapuração do indicador 36 do P8 de fevereiro/24 a partir do faturamento no SIA/SIH, apesar da relevante divergência entre os dados apontados pela OS (187 partos normais e 80 partos cesarianos – Taxa de 29%) e os dados constantes no Datasus (14 partos normais e 56 partos cesarianos – Taxa 80%).</p> <p>A equipe de fiscalização do contrato sinalizou, contudo, que não é devido seguir dessa forma, uma vez que a referida divergência não parte da ineficiência de atuação da OS, mas do fato de a maternidade não possuir habilitação no CNES para os partos em</p>	<p>Alinhar o procedimento de atuação acerca da nova portaria da Rede Cegonha e solicitar a habilitação do parto em CPN.</p>	SMS	N/A

Sales, Alana Patricia de Oliveira

De: Saude Maternidade <saude.maternidade@aracaju.se.gov.br>
Enviado em: quarta-feira, 31 de julho de 2024 09:42
Para: Sales, Alana Patricia de Oliveira
Assunto: [EXT] Re: VI MMLSN | Ata da reunião de governança de junho/24 e alinhamentos sobre próximos passos

Ciente e de acordo.

Em qua., 3 de jul. de 2024 às 12:18, Sales, Alana Patricia de Oliveira <asales@deloitte.com> escreveu:

Prezadas,

Bom dia!

Segue ata da última reunião de governança, ocorrida em 20/06/2024, com a compilação dos temas discutidos e endereçamento das ações a serem tomadas por cada parte. Solicitamos seu "de acordo" acerca do documento ou o apontamento de qualquer alteração que entendam ser necessária. Em não havendo retorno, entenderemos que a SMS concorda e aceita a ata.

Em tempo, formalizo aqui os temas abordados em 02/07/2024, via contato telefônico com as fiscais do contrato, Cynthia Rocha e Alessandra Melo:

1. Quanto à apuração dos indicadores cuja fonte de informação é o SIA/SIH, conforme já alinhado anteriormente, o VI deverá se utilizar dos dados de faturamento dispostos no Datasus, a serem fornecidos pela SMS. Contudo, informado pelas fiscais do contrato que os dados de faturamento do SIA/SIH para a apuração da competência de junho/2024 somente serão disponibilizados a partir de 10 a 15 de agosto/2024. Isso, portanto, altera a data de entrega do produto P8 e, conseqüentemente, do produto P7, que deriva do processo de apuração dos indicadores. Está correto o entendimento do VI acerca desse tema?
2. As fiscais do contrato sinalizaram que, em face da pendência de habilitação dos partos em CPN, até que essa situação seja regularizada, os indicadores relacionados a partos deverão ser apurados com base nas saídas de internação, conforme denota o relatório de produção do SMPEP, por ser este o dado mais aproximado do que constaria no Datasus. Assim, no que tange à reapuração do indicador 36 do produto P8 de fevereiro/2024, definido pela SMS que o VI deverá proceder com a reapuração a partir do relatório de produção do SMPEP, considerando as saídas de internação. Está correto o entendimento do VI acerca desse tema?

Agradecemos o contato tempestivo e eficaz dessa SMS e permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos e novos alinhamentos.



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.