



P8 - Relatório de Apuração dos Indicadores e Cálculo da Contraprestação Mensal – Julho/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, 12 de Novembro de 2024

À

Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju

Sr. João Vitor Burgos Mota

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 julho/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.01	30/09/2024	Relatório de Apuração dos Indicadores
Vs.02	12/11/2024	Ajustada a quantidade de óbitos do Indicador 29, sem impacto no status de conformidade do resultado.

Índice

1. Introdução	4
2. Objetivo	4
3. Ressalva	4
4. Apuração dos Indicadores	5
4.1 Indicadores Qualitativos	12
4.2 Indicadores Quantitativos	20
Anexos	74

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 julho 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 dia 10 de cada mês, uma vez que esse é a única fonte de dados para esta finalidade. Os relatórios de apuração dos indicadores e cálculo da contraprestação são emitidos em bases mensais e reportado às partes interessadas até o final do mês subsequente.

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

Uma vez que a auditoria da SMS dispõe de um prazo de até 3 meses para análise das contas e atribuição de AIH, é possível que algumas contas hospitalares não sejam analisadas dentro da competência de produção. Logo, os volumes apurados pelo VI podem sofrer alteração no decorrer de três meses após o mês apurado em face dos seguintes cenários, mas não se limitando a:

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

Há, ainda, a possibilidade 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.

Importante ressaltar, ainda, que a assertividade do trabalho de Verificação Independente está fortemente vinculada à qualidade do ambiente de controles internos que amparam os processos de geração das informações base para cálculo dos indicadores, incluindo os dados provenientes dos sistemas computacionais envolvidos. Desta forma, as fragilidades de controle e outras exceções demonstradas nos relatórios P7, P10 e P12 potencializam o risco de distorções na apuração dos indicadores, podendo afetar os cálculos da Contraprestação Mensal Efetiva.

Eventuais inconsistências decorrentes das fragilidades de controles abordadas nestes relatórios são de responsabilidade integral da Administração da Maternidade, e serão consideradas como limitação do escopo deste Verificador Independente.

4. Apuração dos Indicadores

Neste tópico serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados sobre a competência de julho/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\$ 489.776,25**, seguindo a composição demonstrada a seguir:

Resultado da Apuração de Julho/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	71
Contraprestação Variável Mensal Efetiva	R\$ 489.776,25

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	38	R\$ 262.133,77

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 julho/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	22,6%	226%	1 Ponto	21,38%	214%	1 Ponto	✓
7	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA)	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓

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

Tabela 2 - Quadro resumo de atendimento dos Indicadores Quantitativos

Indicador	Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Atendimento apurado (IV)	
		Qty.	Percentual	Pontos	Qty.	Percentual	Pontos		
GRUPO 01 - AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE									
8	Atividade educativa / orientação em grupo na Atenção Especializada	9 atividades/ mês	15	166,67%	2 Pontos	12	133,33%	2 Pontos	✓
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA									
9	Diagnóstico em Laboratório Clínico	3.370 exames	3735	110,83%	4 Pontos	4256	126,29%	4 Pontos	✓
10	Diagnóstico por Radiologia	26 exames	124	476,92%	4 Pontos	181	696,15%	4 Pontos	✓
11	Diagnóstico por Ultrassonografia	778 exames	658	84,58%	2 Pontos	672	86,38%	2 Pontos	⊘
12	Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG - Eletrocardiograma)	130 exames	0	0,00%	0 Ponto	0	0,00%	0 Ponto	✗
13	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)	449 exames	271	60,36%	2 Pontos	271	60,36%	2 Pontos	⊘
14	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tococardiografia Ante Parto)	130 exames	400	307,69%	4 Pontos	400	307,69%	4 Pontos	✓
15	Teste Rápido	518 exames	1236	238,61%	4 Pontos	1236	238,61%	4 Pontos	✓
GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLINICOS									
16	Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)	2.160 consultas	7831	362,55%	2 Pontos	8294	383,98%	2 Pontos	✓
17	Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada - Médico	2.160 atendimentos	1545	71,53%	0 Ponto	1545	71,53%	0 Ponto	✗
18	Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas	432 atendimentos	1142	264,35%	2 Pontos	1142	264,35%	2 Pontos	✓
GRUPO 04 - INTERNAÇÃO HOSPITALAR									
19	Leito Clínico e Cirúrgico	638 saídas hospitalares	299	46,87%	0 Ponto	303	47,49%	0 Ponto	✗
20	Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPN)	110 saídas hospitalares	167	151,82%	4 Pontos	167	151,82%	4 Pontos	✓
21	Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN	255 diárias	192	75,29%	1 Ponto	194	76,08%	1 Ponto	⊘

Indicador		Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Atendimento apurado (IV)
			Qty.	Percentual	Pontos	Qty.	Percentual	Pontos	
22	Leitos de Unidade de Neonatologia - UCINCo e UCINCa	382 diárias	218	57,07%	0 Ponto	221	57,85%	0 Ponto	✘
23	% de usuários classificados (classificação de risco)	> 90%	1.176 Classificações 1.177 Atendimentos	99,92%	2 Pontos	1.176 Classificações 1.177 Atendimentos	99,92%	2 Pontos	✓
24	Monitorar mensalmente e publicizar a taxa de Episiotomia	≤ 5%	1 Episiotomia 173 Partos normais	0,58%	2 Pontos	1 Episiotomia 173 Partos normais	0,58%	2 Pontos	✓
25	Garantia da inserção de DIU	100%	95 Inserções 95 Termos	100,00%	4 Pontos	93 Inserções 93 Termos	100,00%	4 Pontos	✓
26	Apgar < 7 no 5º minuto de vida	> 95%	252 Apgar >7 257 RNs	98,05%	4 Pontos	252 Apgar >7 257 RNs	98,05%	4 Pontos	✓
27	Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida	> 95%	259 Contato e Aleitamento 259 RNs	100,00%	2 Pontos	259 Contato e Aleitamento 259 RNs	100,00%	2 Pontos	✓
28	Taxa de óbito neonatal tardio (7 a 27 dias)	< 2,82	0 Óbito 259 RNs	0,00	2 Pontos	0 Óbito 259 RNs	0,00	2 Pontos	✓
29	Taxa de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias)	< 7,04	2 Óbito 259 RNs	7,72	0 Ponto	2 Óbitos 259 RNs	7,72	0 Ponto	✘
30	Taxa de Mortalidade Materna	≤ 2 / ano	0 Óbito	0,00%	2 Pontos	0 Óbito	0,00%	2 Pontos	✓
31	Teste do Olhinho	> 95%	262 Testes 259 RNs	101,16%	4 Pontos	257 Testes 258 RNs	99,63%	4 Pontos	✓
32	Teste do Coraçõzinho	> 95%	263 Testes 259 RNs	101,54%	4 Pontos	261 Testes 262 RNs	99,63%	4 Pontos	✓
33	Teste do Linguinha	> 95%	276 Testes 259 RNs	106,56%	4 Pontos	269 Testes 270 RNs	99,63%	4 Pontos	✓
34	Taxa de Ocupação (de leitos)	≥ 90%	1.202 Pacientes/dia 2.592 Leitos/dia	46,37%	0 Ponto	1.208 Pacientes/dia 2.561 Leitos/dia	47,17%	0 Ponto	✘
35	Taxa de Infecção Hospitalar	< 10%	5 Infecções 407 Saídas	1,23%	2 Pontos	5 Infecções 407 Saídas	1,23%	2 Pontos	✓

Indicador		Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Atendimento apurado (IV)
			Qty.	Percentual	Pontos	Qty.	Percentual	Pontos	
36	Taxa de Cesariana	< 30%	91 Partos Cesárea 270 Partos	33,70%	1 Ponto	91 Partos Cesárea 270 Partos	33,70%	1 Ponto	⊗
37	Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP	≥ 13	84 Leitos 403 Saídas	4,80	0 Ponto	58 Leitos 403 Saídas	6,95	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 julho/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

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

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a portaria de constituição, a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 26/07/2024. A referida documentação de 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:

- Pretensão de realização de treinamento sobre higienização das mãos e de prevenção de flebite;
- Finalização da reformulação da tabela de diluição;
- Novo acordo da acomodação dos carrinhos na sala de rouparia;
- Inclusão do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA);
- Quantidade de testes rápidos realizados em julho;
- Construção do “Fluxo de acionamento da equipe de higienização após procedimento cirúrgico”;
- Substituição de roupas privativas por jaleco;
- Análise de documentações referentes ao ar-condicionado a ser instalado no CME;
- Produção de folder a ser entregue às pacientes após seus partos;
- Construção de uma CI para envio a cooperativa e Auris gestão;
- Início da construção de plano de contingência em caso de surtos de doenças, pela auditoria interna.

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 002/2024, que constitui a comissão, verificada a presença do quórum mínimo para realização da reunião, com ausência de 3 integrantes (Sra. Bruna Maria Santana Matos, Sra. Luciana Almeida Bontempo e Sra. Vanise Aragão Santos Parente), participação de 1 convidada (Sra. Adriana Moresco Matos).

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

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

Tabela 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 24/07/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo II, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

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

- Distribuição de prontuários para revisão;
- Debate sobre a auditoria dos prontuários e erros mais frequentes;
- Pendência da definição do NEP de ação/treinamento;
- Pendência da definição do uso de carimbo para medicação de alta vigilância;
- Reformulação no SBAR e no fluxo;
- Acordo na realização de mudanças no SBAR;
- Dificuldade com a auditoria externa quanto a solicitação de inserção e retirada de cateteres no bloco neonatal;
- Certificação digital de todos os profissionais de saúde da maternidade;
- Correção da configuração do tamanho da fonte na aba "Relatório de alta";
- Importância da presença na próxima reunião das coordenações médicas da neonatologia e da anestesiologia;
- Inconsistência/erro na ficha "Prontuário de assistência ao parto e nascimento";

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 003/2024, que constitui a comissão, verificada existência de quórum mínimo para realização da reunião, com a ausência de 3 integrantes da comissão (Sra. Adriana Mota Bione, Sra. Luciana Almeida Bontempo e a Sra. Paloma Pereira de Souza), participação de 2 convidados (Sra. Emely Araujo Silva e o Sr. Tiago Aki).

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 29/07/2024. 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 2 óbitos fetais ocorridos em julho/2024 que não foram discutidos na última reunião e 4 óbitos ocorridos em julho/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. Fabiana Monteiro da Silva Almeida e a Sra. Vanise Aragão Santos parente) e a presença de 1 integrante convidado (Sra. Viviane Oliveira de Sousa Correia).

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 26/07/2024. 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 tabela de diluição, Inclusão no Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA) a determinação do tempo de avaliação, visita em julho ao conjunto do NSP, farmácia e SCIH à unidade neonatal para traçar diagnósticos e pontos de fragilidade, Não será necessário construção de Política de Cadeia Medicamentosa Segura, alteração do PO Interação Fármaco x Nutriente, acordado para agosto treinamento com as equipes assistenciais, recebimento de devolutiva do PO Nutrição de reação adversa e abertura de queixa técnica, abertura de queixas técnicas em julho e disponibilização de lista mestra de todos os documentos.

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 003/2024, que constitui a comissão, verificada existência de quórum mínimo para realização da reunião, sem a presença das seguintes integrantes: Sra. Luciana Almeida Bontempo, Sra. Michelle Fontes Sobral e a Sra. Viviane Oliveira de Sousa Correia.

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

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

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

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

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

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

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

5 Comissão de Humanização da Assistência

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

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

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 29/07/2024. 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 ações ocorridas no mês de julho, visita guiada à MMLN, ação sobre o PO Atuação das doulas, previsto execução de treinamento do PO, planejamento de realização de ações externas nas UBS, identificação da “mãe e bebê” no banco de leite, liberação do antigo estar masculino, segurança na entrada do bloco neonatal, aquisição de caixa de acrílico para dispor de pesquisas de satisfação, ação de comunicação efetiva a ser realizada com lideranças e o projeto Palhaços de Propósito.

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 003/2024, que constitui a comissão, verificada existência de quórum mínimo para realização da reunião, sem a presença de cinco integrantes, quais sejam: Sra. Conceição Jeane Magalhães Silva, Sra. Marcia Regina de Oliveira Santos, Sra. Maria Andreza da Silva Lima, Sra. Nayara de Oliveira Santana e Sra. Thatyanny Ramony Andrade Santos. Além da Sr. Alexsandro Souza Santos Soares que não faz parte da comissão, porém foi convidado.

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 - SAC

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 providencias tomadas

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

Assim, amparado por esta documentação, verificou-se múltiplas respostas dos mesmos pacientes às pesquisas, além de respostas provenientes dos acompanhantes e de usuários anônimos. Uma vez que o indicador visa a aplicação da pesquisa a um mínimo de 10% dos pacientes atendidos, foram desconsideradas as múltiplas pesquisas aplicadas a um mesmo usuário, resultando em 582 respostas válidas de um universo de 602 respostas obtidas, das quais 567 foram provenientes de pacientes; 9 de acompanhantes e 6 de usuários sem identificação.

Em relação ao volume total de altas hospitalares de pacientes internadas e atendidas no setor emergencial, 2.652, foi obtido um percentual de 21,38% 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	22,6%	21,38%	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 (CIPA)

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 19/07/2024. 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 ao novo andamento do novo processo eleitoral da CIPA gestão 2024 e 2025 a ser instalado na unidade e foram sanadas algumas dúvidas e informações a respeito da comissão.

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 julho/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: 12

Número de participantes nas atividades: 142 (mínimo de 10 em cada atividade)

Número de horas das atividades: 18 horas e 30 min

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

Tabela 17 – Relação das atividades educativas realizadas em julho

Data	Título do treinamento	Nº de Participantes	Puérpera/Gestante participante	Carga Horária
26/07/2024	Importância da vacinação para os bebês e apresentação das vacinas de 2 meses até 1 ano e 3 meses de vida	11	0	30min
10/07/2024	Importância da vacinação para os bebês e vacinação contra influenza	10	6	30min
05/07/2024	Doação de LH, proibição da amamentação cruzada	13	0	30min
25/07/2024	Higienização das mãos	11	0	30min
05/07/2024	Produção de leite materno, como aumentar?	10	3	30min
10/07/2024	Leite humano e fórmula infantil. Quando usar?	10	0	30min
09/07/2024	Visita guiada à MMLN	13	7	3h
02/07/2024	Visita guiada à MMLN	15	8	3h
23/07/2024	Visita guiada à MMLN	12	6	3h
16/07/2024	Visita guiada à MMLN	12	6	3h
30/07/2024	Visita guiada à MMLN	19	3	3h
26/07/2024	Mitos e verdades sobre amamentação	11	0	30min

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

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	15	12	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 = 4.256

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

Tabela 20 – Relação de exames de laboratório realizados

Código	Procedimento	Qtd	Código	Procedimento	Qnt.
0202010120	ÁCIDO ÚRICO (AUR)	10	0202020479	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (COOMBS INDIRETO)	4
0202010180	AMILASE (AMI)	3	0202030202	PROTEINA C REATIVA (PCR)	373
0202010201	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	276	0202030300	PESQUISA DE ANTICORPO PARA HIV 1 E 2	5
0202010210	CALCIO (CAL)	102	0202030679	PESQUISA DE Ac CONTRA VÍRUS DA HEPATITE C	4
0202010317	CREATININA	217	0202030717	PESQUISA DO VIRUS DA BRONQUEOLITE (RSV)	2
0202010325	CPK - CREATINOFOSFOQUINASE	5	0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	3
0202010333	CKMB DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB(CKMB)	5	0202030873	TOXOPLASMOSE - ANTICORPOS IgM	6
0202010368	LDH - DESIDROGENASE LÁTICA	86	0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO	7

Código	Procedimento	Qtd
0202010384	FERRITINA	5
0202010392	FERRO SERICO	5
0202010422	FOSFATASE ALCALINA (FAL)	27
0202010430	FOSFORO	27
0202010465	GAMA GT (GGT)	13
0202010562	MAGNÉSIO (MAG)	99
0202010600	POTÁSSIO (POT)	128
0202010627	PROTEÍNAS TOTAIS NO LÍQUIDO PLEURAL	8
0202010635	SODIO	146
0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-	115
0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-	115
0202010678	TRIGLICÉRIDES (TRI)	8
0202010694	URÉIA (URE)	219
0202010732	GASOMETRIA ARTERIAL	37
0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS (RET)	106
0202020070	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	4
0202020134	TTPA - DETERMINACAO DE TEMPO DE	40
0202020142	TEMPO DE PROTROMBINA (TP)	40
0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	615

2.461

Código	Procedimento	Qnt.
0202031110	VDRL NO LIQUOR	15
0202031179	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	17
0202050017	SUMARIO DE URINA (SUM)	94
0202060217	DOSAGEM DE HORMÔNIO GONADOTROFINA	32
0202080013	ANTIBIOGRAMA	18
0202080080	UROCULTURA	17
0202080129	CULTURA DE VIGILANCIA SWAB RETAL (CONTROLE SEMANAL) (SSEM)	3
0202080153	HEMOCULTURA	37
0202090051	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	2
0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	1
0202090183	BIOQUÍMICA DO LIQUOR (GLICOSE, LDH, PTN, CLORO, LACTATO)	2
0202120023	GRUPO SANGUÍNEO + FATOR RH	649
0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	493
0202010260	CLORO(CLO)	5
0202110087	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE	1
0202020096	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	2
0202010554	DOSAGEM DE LIPASE	1
0202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA(COOMBS DIRETO)(TAD)	1
0202030636	PESQUISA DE Ac CONTRA Ag DE SUPERFÍCIE DA HEPATITE B (ANTI-HBs)	1

1.795

Total 4.256

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	5309	09/07/2024	AMILASE (AMI)	SIM	✓
2	10143	04/07/2024	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
3	6912	06/07/2024	CREATININA	SIM	✓
4	8373	04/07/2024	CREATININA	SIM	✓
5	13828	30/07/2024	CREATININA	SIM	✓
6	13130	05/07/2024	LDH - DESIDROGENASE LÁTICA	SIM	✓
7	13821	30/07/2024	GAMA GT (GGT)	SIM	✓
8	13645	24/07/2024	POTÁSSIO (POT)	SIM	✓

#	Nº Prontuário	Data da Solicitação	Exame Realizado	Resultado anexo?	Avaliação
9	13821	30/07/2024	SODIO	SIM	✓
10	12277	10/07/2024	AGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	SIM	✓
11	13057	02/07/2024	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	SIM	✓
12	13708	26/07/2024	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	SIM	✓
13	13825	30/07/2024	URÉIA (URE)	SIM	✓
14	13238	09/07/2024	URÉIA (URE)	SIM	✓
15	12806	24/06/2024	TTPA - DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)	SIM	✓
16	13275	11/07/2024	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	SIM	✓
17	13828	30/07/2024	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	SIM	✓
18	13321	12/07/2024	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	SIM	✓
19	9034	13/07/2024	PROTEINA C REATIVA (PCR)	SIM	✓
20	10074	08/07/2024	SUMARIO DE URINA (SUM)	SIM	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	3.735 – 110,83%	4.256 – 126,29%	4 pontos

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

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

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

10 Diagnóstico por Radiologia

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

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

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

Número de Diagnóstico por Radiologia = 181

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

Tabela 24 – Relação dos exames realizados em julho

Código	Procedimento	Qtd.
0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	3
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	97
0204040051	RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO (AP E PERFIL)	6
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	52
0204010179	RADIOGRAFIA PANORAMICA	1
0204040116	RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO (AP CORRIGIDO, AXILAR E PERFIL DE ESCÁPULA)	3
0204040019	RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO (AP E PERFIL)	2
0204040060	RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA (AP E ZANCA)	2
0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	6
0204050120	RADIOGRAFIA DO ABDOME - ABD	4
0204060117	RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA (AP E PERFIL)	2
0204060168	RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA (AP E PERFIL)	2
0204060176	RADIOGRAFIA DA PELVE ESQUERDA	1

181

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

Tabela 25 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Realização	Exame Realizado	Resultado Anexo?	Avaliação
1	12919	29/06/2024	RADIOGRAFIA PANORAMICA	SIM	✓
2	12652	05/07/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
3	12295	29/06/2024	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	SIM	✓
4	12987	06/07/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
5	13293	13/07/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
6	12357	24/06/2024	RADIOGRAFIA DO BRAÇO ESQUERDO (AP E PERFIL)	SIM	✓
7	10269	27/07/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
8	12596	05/07/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
9	12786	28/06/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SIM	✓
10	12369	14/06/2024	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	124 – 476,92%	181 – 696,15%	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 = 672

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

Tabela 28 – Relação dos exames realizados em julho

Código	Procedimento	Qtd.
0205010059	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO	42
0205020046	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL	13
0205020054	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	5
0205020097	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	86
0205020143	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	208
0205020151	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER	15
0205020178	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	26
0205020186	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	234
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	36
0205010040	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE	3
0205020160	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	2
0205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	2

Total 672

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	12932	01/07/2024	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	SIM	✓
2	13070	03/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	SIM	✓

#	Nº Prontuário	Data da Solicitação	Exame Realizado	Resultado anexo?	Avaliação
3	13769	29/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	SIM	✓
4	13684	26/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	SIM	✓
5	13324	13/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
6	13303	12/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
7	13783	29/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
8	13456	17/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
9	8845	01/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
10	10540	09/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
11	13341	13/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
12	13056	03/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
13	13827	30/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
14	13285	30/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
15	13502	27/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
16	12355	23/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
17	13436	19/07/2024	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	SIM	✓
18	12161	05/07/2024	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	SIM	✓
19	12161	05/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	SIM	✓
20	13003	05/07/2024	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	SIM	✓

Em análise ao prontuário da paciente 13769, verificamos se tratar de uma paciente que se dirigiu à unidade unicamente para realização da ultrassonografia. Em paralelo, observamos, através do “Relatório de agendamentos e autorizações de procedimentos” extraído IDS, que ela não realizou agendamento para a realização do procedimento. Além da referida paciente, identificamos outras 15 usuárias na mesma situação.


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	658 – 84,58%	672 – 86,38%	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 parcial do indicador.	

12 Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG)

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

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

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

Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG) = 0

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

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

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

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

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

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

Indicador	Indicação do Atendimento
12 Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG)	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	$0% < x \leq 60\% = 0$ 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 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) = 271

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

Tabela 34 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data do exame	Avaliação
1	13442	23/07/2024	✓
2	13119	11/07/2024	✓
3	13562	25/07/2024	✓
4	13570	25/07/2024	✓
5	13302	17/07/2024	✓
6	13344	17/07/2024	✓
7	13124	11/07/2024	✓
8	13143	11/07/2024	✓
9	13790	31/07/2024	✓
10	13506	29/07/2024	✓
11	13694	29/07/2024	✓
12	13284	17/07/2024	✓
13	12970	16/07/2024	✓
14	13138	11/07/2024	✓
15	13315	24/07/2024	✓
16	13125	18/07/2024	✓
17	13245	17/07/2024	✓
18	13293	23/07/2024	✓

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


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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 2$ pontos $x > 95\% = 4$ pontos	271 – 60,36%	271 – 60,36%	2 pontos

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

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

Indicador	Indicação do Atendimento
13 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)	 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	$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 2$ pontos $x > 95\% = 4$ pontos	SIA/SIH

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

Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto) = 400

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

Tabela 37 – Relação dos exames realizados em julho

Produção	Código	Procedimento	Qtd.
Ambulatorial	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	365
Internamento (Auditado)	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	26
Internamento (Não Auditado)	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	9

Total 400

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

Tabela 38 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Resultado no prontuário?	Avaliação
1	13102	SIM	✓
2	13492	SIM	✓
3	13473	SIM	✓
4	12389	SIM	✓
5	13316	SIM	✓
6	13146	SIM	✓
7	13083	SIM	✓
8	13210	SIM	✓
9	13303	SIM	✓
10	13226	SIM	✓
11	7002	SIM	✓
12	13547	SIM	✓
13	13682	SIM	✓
14	12588	SIM	✓
15	13127	SIM	✓
16	13327	SIM	✓
17	10858	SIM	✓
18	12880	SIM	✓
19	13703	SIM	✓

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


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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 2$ pontos $x > 95\% = 4$ pontos	400 - 307,69%	400 – 307,69%	4 pontos

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

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

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

15 Teste Rápido

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

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

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

Testes rápidos realizados = 1.236

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

Tabela 41 – Relação dos testes realizados em julho

Código	Procedimento	Qtd.
0214010015	GLICEMIA CAPILAR	3
0214010040	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM	299
0214010058	SOROLOGIA QUANTITATIVA PARA COVID IGG e IGM - LACEN	1

Código	Procedimento	Qtd.
0214010074	SÍFILIS TESTE RÁPIDO (SIF)	301
0214010090	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C	296
0214010104	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B	297
0214010163	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO	39

Total 1.236

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

Tabela 42 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Resultado no prontuário?	Avaliação
1	7518	SIM	✓
2	13146	SIM	✓
3	11986	SIM	✓
4	12701	SIM	✓
5	13491	SIM	✓
6	13353	SIM	✓
7	13277	SIM	✓
8	13487	SIM	✓
9	9870	SIM	✓
10	13353	SIM	✓
11	7979	SIM	✓
12	13033	SIM	✓
13	13836	SIM	✓
14	13386	SIM	✓
15	13487	SIM	✓
16	13385	SIM	✓
17	1967	SIM	✓
18	13034	SIM	✓
19	13160	SIM	✓
20	9851	SIM	✓

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

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

Tabela 43 - Quadro-resumo do indicador “15 Teste Rápido”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	1.236 – 238,61%	1.236 – 238,61%	4 pontos

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

Tabela 44 - Resultado da apuração do indicador “15 Teste Rápido”

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

16 Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)

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

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

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

Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico) = 8.294

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

Tabela 46 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Atendimento	Avaliação
1	13099	ASSISTENTE SOCIAL	✓
2	11210	ASSISTENTE SOCIAL	✓

#	Nº Prontuário	Atendimento	Avaliação
3	10983	ASSISTENTE SOCIAL	✓
4	6768	ASSISTENTE SOCIAL	✓
5	13184	ASSISTENTE SOCIAL	✓
6	12948	ASSISTENTE SOCIAL	✓
7	11649	ASSISTENTE SOCIAL	✓
8	13252	ASSISTENTE SOCIAL	✓
9	5382	ASSISTENTE SOCIAL	✓
10	13000	ASSISTENTE SOCIAL	✓
11	7518	ASSISTENTE SOCIAL	✓
12	38	ENFERMEIRO(A)	✓
13	9927	ENFERMEIRO(A)	✓
14	12435	ENFERMEIRO(A)	✓
15	12753	ENFERMEIRO(A)	✓
16	13054	ENFERMEIRO(A)	✓
17	11892	ENFERMEIRO(A)	✓
18	13027	ENFERMEIRO(A)	✓
19	10529	ENFERMEIRO(A)	✓
20	13528	ENFERMEIRO(A)	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 90% = 0 ponto x > 95% = 2 pontos	7.831 – 362,55%	8.294 – 383,98%	2 pontos

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

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

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

17 Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada – Médico

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

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

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

Número de Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada – Médico = 1.545

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

Tabela 49 – Relação dos atendimentos realizados em julho

Especialidade	Qtd.
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1467
NEONATOLOGISTA	78

1.545

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

Tabela 50 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Consulta	Atendimento	Avaliação
1	13490	19/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
2	13030	01/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
3	13324	12/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
4	11429	01/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
5	13363	22/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
6	13504	30/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
7	13311	12/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
8	11684	02/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
9	12852	01/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
10	13205	08/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
11	8845	01/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
12	9493	27/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
13	13465	17/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
14	12912	10/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
15	13644	24/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓

#	Nº Prontuário	Data da Consulta	Atendimento	Avaliação
16	13065	02/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
17	12583	31/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
18	11938	02/07/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
19	12962	16/07/2024	NEONATOLOGISTA	✓
20	13268	25/07/2024	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 51 - Quadro-resumo do indicador “17 Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada – Médico”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 90% = 0 ponto x > 90% = 2 pontos	1.545 – 71,53%	1.545 – 71,53%	0 ponto

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

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

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

18 Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas

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

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

Para aferição deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório de “Produção Ambulatorial total” e “Relação de

Fatura por procedimentos”, com restrição ao código “03.01.06.002-9” do SIGTAP; por meio dos quais foi obtido o valor a seguir:

Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas = 1.142

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

Tabela 53 – Relação dos atendimentos realizados em julho

Especialidade	Qtd.
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1065
NEONATOLOGISTA	77

1.142

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

Tabela 54 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data do Atendimento	Avaliação
1	12335	05/07/2024	✓
2	13201	08/07/2024	✓
3	13194	07/07/2024	✓
4	13146	09/07/2024	✓
5	13586	22/07/2024	✓
6	11907	10/07/2024	✓
7	6937	15/07/2024	✓
8	13033	04/07/2024	✓
9	12819	11/07/2024	✓
10	6333	24/07/2024	✓
11	13786	29/07/2024	✓
12	13609	23/07/2024	✓
13	9335	12/07/2024	✓
14	13011	01/07/2024	✓
15	13851	31/07/2024	✓
16	13210	08/07/2024	✓
17	13724	26/07/2024	✓
18	13419	16/07/2024	✓
19	13210	15/07/2024	✓
20	13544	20/07/2024	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 1 ponto x > 95% = 2 pontos	1.142 - 264,35%	1.142 - 264,35%	2 pontos

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

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

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

19 Leito Clínico e Cirúrgico

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

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

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

Procedimentos hospitalares no mês = 303

Tabela 57 – Relação dos procedimentos realizados em julho

Código	Procedimento	Qtd.
0411020013	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	21
0409060070	ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	4
0409060186	LAQUEADURA TUBARIA	15
0409060313	LAQUEADURA TUBÁRIA NA MESMA INTERNAÇÃO DE PARTO NORMAL	19
0411010034	PARTO CESARIANO	63
0411010042	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	27
0411010026	PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	1
0310010039	PARTO NORMAL	8
0411010077	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	119
0411020048	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	1
0303100010	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	9
0303100044	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	14
0411020048	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	1

Total 303

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

Tabela 58 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Saída	Procedimento	Avaliação
1	7979	10/07/2024	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	✓
2	13134	05/07/2024	LAQUEADURA TUBARIA	✓
3	13168	10/07/2024	PARTO CESARIANO	✓
4	13260	12/07/2024	PARTO CESARIANO	✓
5	13113	09/07/2024	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	✓
6	13317	17/07/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
7	13491	22/07/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
8	13624	24/07/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
9	13275	11/07/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
10	13260	23/07/2024	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	✓
11	13682	28/07/2024	PARTO CESARIANO	✓
12	13711	27/07/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓

#	Nº Prontuário	Data da Saída	Procedimento	Avaliação
13	13363	14/07/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
14	13752	28/07/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
15	10172	29/07/2024	PARTO NORMAL	✓
16	13401	28/07/2024	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	✓
17	13460	25/07/2024	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	✓
18	12978	01/07/2024	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	299 – 46,87%	303 – 47,49%	0 ponto

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

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

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

20 Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar

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

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

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

Procedimentos hospitalares no mês = 167

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

Tabela 61 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Saída	Procedimento	Avaliação
1	13487	19/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
2	13366	15/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
3	13433	18/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
4	12013	17/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
5	13007	10/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
6	13258	13/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
7	13365	15/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
8	12820	23/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
9	7002	27/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
10	13818	31/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
11	13531	22/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
12	13702	28/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
13	11443	15/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
14	13614	31/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
15	13454	30/07/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 70% < x ≤ 90% = 2 pontos x > 90% = 4 pontos	167 – 151,82%	167 – 151,82%	4 pontos

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

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

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

21 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
21. Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN	-	Nº absoluto TOTAL de diárias pela ocupação efetiva do leito	Meta Permanente (x): 255 diárias / Mês	0% < x ≤ 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 “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 = 194

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

Tabela 64 – Relação dos prontuários de internação por dia

Dia	1-jul	2-jul	3-jul	4-jul	5-jul	6-jul	7-jul	8-jul	9-jul	10-jul	11-jul	12-jul	13-jul	14-jul	15-jul
Pront.	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269
	10346	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10664	10878	10878	10878	10878
	10878	12200	12200	12200	12200	12295	12295	12295	13191	13191	10878	13191	12891	13191	13191
	12200	12295	12295	12295	12295	12596	12596	13191	13215	13215	13191	13215	13191	13215	13215
	12295	12596	12596	12596	12596	12987	13191		13245	13245	13215	13245	13215	13245	13245
	12987	12987	12987	12987	12987						13245	13293	13245	13293	13293
	13019	13019	13019	13019	13019						13281		13293	13347	13347
		13063									13293		13347	13367	13367
Diárias	7	8	7	7	7	5	5	4	5	5	8	6	8	8	8

Dia	16-jul	17-jul	18-jul	19-jul	20-jul	21-jul	22-jul	23-jul	24-jul	25-jul	26-jul	27-jul	28-jul	29-jul	30-jul	31-jul
Pront.	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269
	13191	13191	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878
	13215	13215	13191	13191	12119	12119	12119	13191	13191	13191	13191	13191	13191	13156	13156	13156
	13293	13367	13215	13215	13191	13191	13191	13215	13215	13215	13470	13601	13601	13191	13191	13191
	13367	13466	13466	13470	13215	13215	13215	13470	13470	13470	13470	13601	13733		13601	13601
			13470	13512	13470		13438	13470	13599	13601	13601	13722				
						13470	13571	13600	13630							13857
								13601								
								13603								
Diárias	5	5	6	6	6	7	7	9	7	6	6	5	4	5	5	7


A meta mensal estabelecida é de 255 diárias, e a pontuação se dá a partir do atingimento de um volume superior a 60% da meta. A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social.

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 1 ponto x > 95% = 2 pontos	192 – 75,29%	194 – 76,08%	1 ponto

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

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

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

22 Leitos de Unidade de Neonatologia - UCINCo e UCINCa

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
Neonatologia - UCINCo e UCINCa		de diárias pela ocupação efetiva do leito	(x): 382 diárias / Mês	<p>ponto</p> <p>60% < x ≤ 90% = 1 ponto</p> <p>x > 90% = 2 pontos</p>	

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 = 226

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

Tabela 67 – Relação dos prontuários de internação por dia

Dia	1-jul	2-jul	3-jul	4-jul	5-jul	6-jul	7-jul	8-jul	9-jul	10-jul	11-jul	12-jul	13-jul	14-jul	15-jul	16-jul	
Pront.	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	10878
	12161	12161	12161	12161	12357	12357	12357	12518	12295	12295	12295	12295	12295	12295	12295	12295	12119
	12357	12357	12357	12357	12670	12670	12670	12670	12518	12518	12518	12518	12619	12891	12891	12891	12295
	12369	12670	12670	12670	12901	12901	12901	12987	12987	12987	12619	12619	12891	13019	13019	13019	13019
	12670	12806	12806	12901		13019	12987	13019	13019	13019	12987	12987	13019	13281	13281	13281	13245
	12806	12901	12901	13003			13019			13252	13019	13019	13281	13377	13377	13281	13281
	12898	13003	13003									13245					13347
	12901		13063									13281					
	13003																
Diárias	9	7	8	6	4	5	6	5	5	6	6	8	6	6	6	6	7

Dia	17-jul	18-jul	19-jul	20-jul	21-jul	22-jul	23-jul	24-jul	25-jul	26-jul	27-jul	28-jul	29-jul	30-jul	31-jul
Pront.	10878	12119	12119	12295	12295	12295	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119
	12119	12295	12295	13019	13019	13019	12295	12295	12295	13019	13215	13215	13215	13215	13470
	12295	13019	13019	13293	13293	13293	13019	13019	13019	13215	13468	13468	13468	13468	13599
	13019	13293	13293	13367	13367	13367	13367	13367	13468	13468	13470	13470	13470	13470	13600
	13245	13347	13347	13520	13438		13506	13468	13506	13506	13599	13599	13599	13599	13630
	13293	13367	13367				13603	13506	13553	13553	13600	13600	13600	13600	13642
	13347							13599	13599	13599	13630	13630	13630	13630	13722
								13600	13600	13600	13600	13642	13642	13642	13744
								13603	13603	13603	13603	13722	13722	13722	13722
Diárias	7	6	6	5	5	4	6	10	11	11	9	11	11	10	9

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 1 ponto x > 95% = 2 pontos	218 – 57,07%	221 – 57,85%	0 ponto

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

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

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

23 Percentual de usuários classificados (classificação de risco)

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
23. % de usuários classificados	-	Nº absoluto TOTAL de pacientes que realizaram classificação de risco	Meta Permanente (x): (usuários classificados no mês / Número de consultas Realizadas) X 100	0% < x ≤ 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: 1.176

Número de atendimentos realizados: 1.177

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


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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$0% < x \leq 70\% = 0$ ponto $70% < x \leq 90\% = 1$ ponto $x > 90\% = 2$ pontos	99,92%	99,92%	2 pontos

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

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

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

24 Monitorar mensalmente e publicar a taxa de Episiotomia

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
24. Monitorar mensalmente e publicar a taxa de Episiotomia	-	Nº absoluto TOTAL de pacientes que realizaram episiotomia	Meta Permanente (x): (Número de pacientes que realizaram a episiotomia no mês / quantitativo de partos normais realizados no mês) X 100 \leq 5%	$x > 5\% = 0$ ponto $x \leq 5\% = 2$ 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: 1

Denominador – Número de partos normais realizados no mês: 173

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

Tabela 73 – Relação dos tipos de parto realizados em julho

Pront.	Data parto	Hora parto	Tipo parto
13622	24/07/2024	05:11	PARTO NORMAL EM CPN

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

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

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

Tabela 74 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Episiotomia	Avaliação
1	13343	13/07/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
2	10172	27/07/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
3	13689	25/07/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
4	7979	09/07/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
5	13763	28/07/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
6	13526	20/07/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
7	12880	15/07/2024	PARTO CESARIANA COM LAQUEADURA TUBÁRIA	IGNORADO	✓
8	13168	07/07/2024	PARTO CESARIANA	IGNORADO	✓
9	13818	30/07/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
10	13027	01/07/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
11	13095	23/07/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
12	13333	13/07/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
13	7307	19/07/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
14	13045	02/07/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
15	7423	17/07/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
x > 5% = 0 ponto x ≤ 5% = 2 pontos	0,58%	0,58%	2 pontos

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

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

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

25 Garantia da inserção de DIU

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

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

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

Além dos relatórios, foram analisados os termos de inserção de DIU fornecidos pela Organização Social, apresentados juntamente a este Relatório de Apuração no Anexo XXII, por meio dos quais foram identificadas, em julho, a inserção de 93 DIUs.

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

Tabela 77 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	DIU	Avaliação
1	13020	SIM	✓
2	13078	SIM	✓
3	13084	SIM	✓
4	13091	SIM	✓
5	13080	SIM	✓
6	13097	SIM	✓
7	13089	SIM	✓
8	13120	SIM	✓
9	13118	SIM	✓
10	13104	SIM	✓

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

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

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

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

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

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

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

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

26 Apgar < 7 no 5º minuto de vida

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

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

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

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

Numerador – Número de RNs nascidos com Apgar > 7 no 5º minuto de vida: 252

Denominador – Número de recém-nascidos no mês (com Apgar aferido): 257

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

Tabela 80 – Relação dos RNs com Apgar<7

#	Pront.	Data de nascimento	Tipo parto
1	13347	13/07/2024	NORMAL
2	13390	15/07/2024	NORMAL
3	13571	22/07/2024	NORMAL
4	13842	31/07/2024	NORMAL
5	13281	11/07/2024	CESÁRIA

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 81 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Apgar <7	Avaliação
1	13315	12/07/2024	NORMAL	NÃO	✓
2	13453	17/07/2024	NORMAL	NÃO	✓
3	13570	22/07/2024	NORMAL	NÃO	✓
4	13028	01/07/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
5	13084	03/07/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
6	13111	04/07/2024	NORMAL	NÃO	✓
7	13183	07/07/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
8	13273	11/07/2024	NORMAL	NÃO	✓
9	13349	13/07/2024	NORMAL	NÃO	✓
10	13382	14/07/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
11	13410	16/07/2024	NORMAL	NÃO	✓
12	13469	18/07/2024	NORMAL	NÃO	✓
13	13523	20/07/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
14	13565	22/07/2024	NORMAL	NÃO	✓
15	13625	24/07/2024	NORMAL	NÃO	✓
16	13731	26/07/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
17	13747	27/07/2024	NORMAL	NÃO	✓
18	13820	30/07/2024	NORMAL	NÃO	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 95% = 0 ponto x > 95% = 4 pontos	98,05%	98,05%	4 pontos

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

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

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

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

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

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

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

Número de RNs registrados na maternidade: 259

Número de RNs que tiveram contato pele a pele e aleitamento materno: 226

Numerador – Número de RNs que tiveram contato pele a pele e aleitamento materno: 257 (exceto os 2 nascimentos em residência/trânsito + 29 evidências de impedimento clínico do aleitamento)

Denominador – Número de recém-nascidos no mês: 257 (exceto os 2 nascimentos em residência/trânsito e 1 nascido em outra unidade hospitalar)

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 29 RNs que não fizeram aleitamento na primeira hora de vida e/ou não fizeram contato pele a pele efetivo com a genitora. Contudo, para esses casos foram identificadas contraindicação clínica da genitora e/ou RN, conforme relacionado abaixo:

Tabela 84 – Relação dos RNs que não efetivaram o aleitamento

Pront.	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Motivo
13019	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13063	SIM	NÃO	RN necessitou de observação durante 1º hora no berço aquecido devido a desconforto respiratório, realizou a amamentação após 1º hora de vida.
13245	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13215	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13293	NÃO	NÃO	RN prematuro com condições clínicas que demandaram manobras de internação e internamento na UTIN
13281	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13347	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13367	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13390	NÃO	NÃO	RN apresentou condições clínicas que demandaram as manobras de reanimação
13466	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13470	NÃO	NÃO	RN prematuro com condições clínicas que demandaram manobras de internação e internamento na UTIN
13520	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UCINCO
13551	SIM	NÃO	RN necessitou de observação durante 1º hora no berço aquecido devido a desconforto respiratório, realizou a amamentação após 1º hora de vida.
13549	SIM	NÃO	RN necessitou de observação durante 1º hora no berço aquecido devido a desconforto respiratório, realizou a amamentação após 1º hora de vida.
13571	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UCINCO
13601	NÃO	NÃO	RN prematuro com condições clínicas que demandaram manobras de internação e internamento na UTIN
13603	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13599	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13600	NÃO	NÃO	RN prematuro com condições clínicas que demandaram manobras de internação e internamento na UTIN
13630	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13642	SIM	NÃO	Rn com má formação palatina com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13722	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13732	SIM	NÃO	RN necessitou de observação durante 1º hora no berço aquecido devido a desconforto respiratório, realizou a amamentação após 1º hora de vida.
13733	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13737	SIM	NÃO	Apresentado condições clínicas materna
13778	SIM	NÃO	Apresentado condições clínicas materna
13857	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13842	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
13191	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram cirurgia de emergência e internamento na UTIN

Foram analisados os prontuários acima listados, a fim de verificar se as motivações para a ausência do aleitamento podem ser consideradas como justificativa para esses casos. Após essas análises, concluímos pela efetiva justificativa dos casos e, portanto, adicionou os 29 RNs ao numerador do cálculo.

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

Tabela 85 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Parto	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Avaliação
1	13040	01/07/2024	SIM	SIM	✓
2	13046	02/07/2024	SIM	SIM	✓
3	13119	04/07/2024	SIM	SIM	✓
4	13174	06/07/2024	SIM	SIM	✓
5	13243	09/07/2024	SIM	SIM	✓
6	13296	11/07/2024	SIM	SIM	✓
7	13334	13/07/2024	SIM	SIM	✓
8	13370	14/07/2024	SIM	SIM	✓
9	13405	16/07/2024	SIM	SIM	✓
10	13458	17/07/2024	SIM	SIM	✓
11	13494	19/07/2024	SIM	SIM	✓
12	13579	22/07/2024	SIM	SIM	✓
13	13623	24/07/2024	SIM	SIM	✓
14	13666	25/07/2024	SIM	SIM	✓
15	13750	27/07/2024	SIM	SIM	✓

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Número de altas por óbito neonatal: 0

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

Denominador – Número de recém-nascidos vivos no mês: 259

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

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

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

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

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

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

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

Indicador	Indicação do Atendimento
28 Taxa de óbito neonatal tardio (7 a 27 dias)	✓ Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta máxima estabelecida, concluímos pelo atendimento do indicador.	

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

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
29. Taxa de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias)	-	Número absoluto TOTAL de óbito neonatal precoce (de 0 a 6 dias de vida)	Meta Permanente (x): (Total de óbitos de 0 a 6 dias de vida no período de um mês / total de nascidos vivos no período de um mês) X 1000	x ≥ 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: 2

Denominador – Número de recém-nascidos vivos no mês: 259

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

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$x \geq 7,04 = 0$ ponto $x < 7,04 = 2$ pontos	7,72	7,72	0 ponto

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

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

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

30 Taxa de Mortalidade Materna

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

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

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

Número de altas por óbito materno: 0

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

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

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

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

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

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

31 Teste do Olhinho

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

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

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

Número de testes realizados no mês: 262

Número de nascidos vivos no mês: 258

Para obtenção do numerador, foi identificado 262 testes realizados em julho/2024. No entanto, em análise aos relatórios citados, foram identificadas as seguintes situações:

- 14 testes foram realizados em julho, mas em RNs nascidos em junho (PRON 13005, 13004, 13018, 13015, 12998, 12999, 13010, 12997, 13017, 13002, 12806, 12901, 12987 e 12119), 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;
- RNs (PRON 13089, 13049, 13069, 13118 e 13761) têm registro duplicado de realização do teste. Assim, uma vez que 10 testes foram realizados em apenas 5 RNs, foram desconsiderados os três registros em duplicidade;

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 258 RNs nascidos em julho. No entanto, 15 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 13215, 13390, 13601, 13630, 13642 e 13722) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em agosto/2024, após alta da internação;
- 9 RNs (PRON 13872, 13871, 13859, 13857, 13858, 13853, 13842, 13860 e 13876) nasceram no dia 31 de julho 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 5 testes, enquanto o denominador deve ser subtraído dos 15 RNS relacionados acima. Em paralelo, os 14 RNs nascidos em junho e que só puderam realizar o teste em julho foram somados à base do denominador, bem como o RN que não constava no relatório de RNs. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 257

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 258

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

Teste do Olhinho

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

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

Tabela 94 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	13245	TESTE DO OLHINHO	✓
2	13244	TESTE DO OLHINHO	✓
3	13229	TESTE DO OLHINHO	✓
4	13243	TESTE DO OLHINHO	✓
5	13220	TESTE DO OLHINHO	✓
6	13394	TESTE DO OLHINHO	✓
7	13403	TESTE DO OLHINHO	✓
8	13400	TESTE DO OLHINHO	✓
9	13387	TESTE DO OLHINHO	✓
10	13595	TESTE DO OLHINHO	✓
11	13619	TESTE DO OLHINHO	✓
12	13602	TESTE DO OLHINHO	✓
13	13621	TESTE DO OLHINHO	✓
14	13623	TESTE DO OLHINHO	✓
15	13640	TESTE DO OLHINHO	✓
16	13625	TESTE DO OLHINHO	✓
17	13713	TESTE DO OLHINHO	✓
18	13694	TESTE DO OLHINHO	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	101,15%	99,63%	4 pontos

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

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

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

32 Teste do Coraçãozinho

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

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

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

Número de testes realizados no mês: 263

Número de nascidos vivos no mês: 258

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 258 RNs nascidos em julho/2024. No entanto, 15 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 13390, 13470, 13601, 13599, 13600 e 13630) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em agosto, após alta do bloco neonatal;
- 9 RNs (PRON 13872, 13871, 13859, 13857, 13858, 13853, 13842, 13860 e 13876) nasceram nos dias 30 e 31 de julho 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:

- 16 testes foram realizados em julho, mas nos RNs nascidos em junho (PRON 12990, 12999, 12997, 13002, 12849, 12883, 12998, 12707, 12976, 13004, 12853, 13017, 13010, 12901, 13005, 13018, 13015 e 12987), 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;

Assim, dadas as considerações acima, o denominador deve ser subtraído dos 15 RNS inaptos a realizar o teste em julho, enquanto os 18 RNs nascidos em junho e que só puderam realizar o teste em julho foram somados à base, bem como o RN que não constava no relatório de RNs. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 261

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 262

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

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

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

Tabela 97 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	13178	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
2	13015	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
3	13064	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
4	13101	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
5	13149	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
6	13206	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
7	13273	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
8	13307	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
9	13349	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
10	13420	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓

#	Pront.	Teste	Avaliação
11	13453	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
12	13553	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
13	13526	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
14	13591	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
15	13655	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
16	13761	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
17	13753	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
18	13790	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	101,54%	99,63%	4 pontos

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

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

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

33 Teste da Linguinha

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

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

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

Número de testes realizados no mês: 282

Número de nascidos vivos no mês: 258

Para obtenção do numerador, foi identificado 282 testes realizados em julho/2024. No entanto, em análise aos relatórios citados, foram identificadas as seguintes situações:

- 27 testes foram realizados em julho, mas nos RNs nascidos em junho (PRON 13015, 12998, 13005, 13002, 12997, 13018, 13017, 13010, 13004, 12999, 12979, 12973, 12806, 13003, 12990, 12901, 12230, 12987, 12965, 12959, 12982, 12970, 12981, 12976, 12962, 12975 e 12516). 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;
- 28 RNs (PRON 12901, 13206, 12987, 13244, 13263, 13381, 13387, 13447, 13469, 13474, 12975, 13561, 13604 e 13262) têm registros múltiplos de realização do teste. Assim, uma vez que 28 testes foram realizados a apenas 14 RNs, e posto que a ficha técnica do indicador visa obter o número de nascidos vivos que realizaram o teste, foram desconsiderados os registros múltiplos;

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 258 RNs nascidos em julho. 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:

- 7 RNs (PRON 13245, 13293, 13367, 13390, 13601, 13630 e 13722) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em agosto, após alta do bloco neonatal;
- 9 RNs (PRON 13872, 13871, 13859, 13857, 13858, 13853, 13842, 13860 e 13876) nasceram entre o dia 30 e 31 de julho e, portanto, não realizaram o teste no mesmo dia;

Assim, dadas as considerações acima, o numerador deve ser deduzido dos 14 testes duplicados, enquanto o denominador deve ser subtraído dos 16 RNs relacionados acima. Em paralelo, os 17 RNs nascidos em junho e que só puderam realizar o teste em julho foram somados à base, bem como o RN nascido na maternidade, mas sem registro no relatório e o teste sem registro na aba triagens. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 269

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 270

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

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

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 coraçãozinho, conforme evidências que constam no anexo XXVIII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 100 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	13002	TESTE DA LINGUINHA	✓
2	13041	TESTE DA LINGUINHA	✓
3	13125	TESTE DA LINGUINHA	✓
4	13175	TESTE DA LINGUINHA	✓
5	13200	TESTE DA LINGUINHA	✓
6	13264	TESTE DA LINGUINHA	✓
7	13302	TESTE DA LINGUINHA	✓
8	13328	TESTE DA LINGUINHA	✓
9	13382	TESTE DA LINGUINHA	✓
10	13281	TESTE DA LINGUINHA	✓
11	13442	TESTE DA LINGUINHA	✓
12	13493	TESTE DA LINGUINHA	✓
13	13521	TESTE DA LINGUINHA	✓
14	13562	TESTE DA LINGUINHA	✓
15	13640	TESTE DA LINGUINHA	✓
16	13603	TESTE DA LINGUINHA	✓
17	13731	TESTE DA LINGUINHA	✓
18	13788	TESTE DA LINGUINHA	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	106,56%	99,63%	4 pontos

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

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

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

34 Taxa de Ocupação (de leitos)

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

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

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

Diárias de ocupação dos leitos = 1.208

Número de leitos/dia = 2.561

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 103 - Quadro-resumo do indicador “34 Taxa de Ocupação (de leitos)”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x < 90% = 0 ponto x ≥ 90% = 2 pontos	46,37%	47,17%	0 ponto

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

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

Indicador	Indicação do Atendimento
34 Taxa de Ocupação (de leitos)	✘ 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	$x \geq 10\% = 0$ 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 julho = 407

Número de infecções em julho = 5

Conforme relatório do SCIH, houve 5 registros de infecção em julho/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:

$$\begin{aligned} &\text{Taxa de Infecção Hospitalar} \\ &= \frac{\text{Nº de infecções hospitalares}}{\text{Nº de saídas}} \times 100 \end{aligned}$$

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$x \geq 10\% = 0$ pontos $0\% < x < 10\% = 2$ pontos	1,23%	1,23%	2 pontos

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

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

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

36 Taxa de Cesariana

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
36. Taxa de Cesariana	-	Nº absoluto TOTAL de Taxa de Cesariana	Meta Permanente (x): (Total de partos cesáreas no período de um mês / nº total de partos realizados no período de um mês) x100	$x \geq 40\% = 0$ 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”.

Numerador - Número de partos cesárea realizados no mês: 91

Denominador - Número de partos realizados no mês: 270

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

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


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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$x \geq 40\% = 0$ ponto $40\% > x \geq 30\% = 1$ ponto $x < 30\% = 4$ pontos	33,70%	33,70%	1 ponto

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

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

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

37 Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP

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

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

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

Número de saídas hospitalares em julho = 403

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

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

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

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
		6,95	0 ponto
x < 13 = 0 ponto x ≥ 13 = 4 pontos	4,8		

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

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

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

Anexos

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

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



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

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

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