



P8 - Relatório de Apuração dos Indicadores e Cálculo da Contraprestação Mensal – Junho/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, 10 de Setembro 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 junho/2024, que define, no item 3 - alínea V do Projeto Básico referenciado na Cláusula Primeira do contrato de prestação de serviços técnicos de verificação independente, o Produto 8, que consiste na apresentação do resultados dos indicadores analisados e o cálculo da nota de desempenho e valor da contraprestação mensal.

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

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

Atenciosamente,

DELOITTE TOUCHE TOHMATSU CONSULTORES LTDA.

Paulo M. Vitale

Sócio – Risk Advisory

Índice

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

1. Introdução

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

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

2. Objetivo

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

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

3. Ressalva

Os trabalhos do Verificador Independente são conduzidos com base em análise de informações dos procedimentos de pacientes, extraídos do sistema SMPEP a partir do dia 10 de cada mês, uma vez que esse é a única fonte de dados oficial e disponível 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 Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Esse processo segue o cronograma de faturamento previsto pelo SUS, que permite que tais contas sejam processadas em até 3 meses após a produção.

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

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

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

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

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

4. Apuração dos Indicadores

Neste tópico serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados sobre a competência de junho/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\$ 510.471,02**, seguindo a composição demonstrada a seguir:

Resultado da Apuração de Junho/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	74
Contraprestação Variável Mensal Efetiva	R\$ 510.471,02

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	41	R\$ 282.828,54

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

Os quadros-resumo abaixo apresentam os resultados da apuração dos indicadores qualitativos (Tabela 1) e quantitativos (Tabela 2) da competência de Junho/2024. Neles, são demonstrados 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	35,50%	355%	1 Ponto	30,79%	308%	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	12 atividades/ mês	19	158,33%	2 Pontos	19	158,33%	2 Pontos	✓
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA									
9	Diagnóstico em Laboratório Clínico	3.370 exames	3393	100,68%	4 Pontos	4427	131,36%	4 Pontos	✓
10	Diagnóstico por Radiologia	26 exames	126	484,62%	4 Pontos	127	488,46%	4 Pontos	✓
11	Diagnóstico por Ultrassonografia	778 exames	704	90,49%	2 Pontos	702	90,23%	2 Pontos	⊘
12	Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG - Eletrocardiograma)	130 exames	3	2,31%	0 Ponto	3	2,31%	0 Ponto	✗
13	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)	449 exames	270	60,13%	2 Pontos	270	60,13%	2 Pontos	⊘
14	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tococardiografia Ante Parto)	130 exames	600	461,54%	4 Pontos	529	406,92%	4 Pontos	✓
15	Teste Rápido	518 exames	1170	225,87%	4 Pontos	1110	214,29%	4 Pontos	✓
GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLINICOS									
16	Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)	2.160 consultas	8565	396,53%	2 Pontos	8562	396,39%	2 Pontos	✓
17	Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada - Médico	2.160 atendimentos	1631	75,51%	0 Ponto	1628	75,37%	0 Ponto	✗
18	Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas	432 atendimentos	1187	274,77%	2 Pontos	1185	274,31%	2 Pontos	✓
GRUPO 04 - INTERNAÇÃO HOSPITALAR									
19	Leito Clínico e Cirúrgico	638 saídas hospitalares	280	43,89%	0 Ponto	294	46,08%	0 Ponto	✗
20	Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPN)	110 saídas hospitalares	180	163,64%	4 Pontos	178	161,82%	4 Pontos	✓
21	Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN	255 diárias	225	88,24%	1 Ponto	225	88,24%	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	316	82,72%	1 Ponto	318	83,25%	1 Ponto	⊘
23	% de usuários classificados (classificação de risco)	> 90%	1.195 Classificações 1.195 Atendimentos	100,00%	2 Pontos	1.197 Classificações 1.197 Atendimentos	100,00%	2 Pontos	✓
24	Monitorar mensalmente e publicizar a taxa de Episiotomia	≤ 5%	1 Episiotomias 202 Partos normais	0,50%	2 Pontos	1 Episiotomias 178 Partos normais	0,52%	2 Pontos	✓
25	Garantia da inserção de DIU	100%	89 Inserções 89 Termos	100,00%	4 Pontos	88 Inserções 88 Termos	100,00%	4 Pontos	✓
26	Apgar < 7 no 5º minuto de vida	> 95%	267 Apgar >7 302 RNs	98,34%	4 Pontos	297 Apgar >7 303 RNs	98,02%	4 Pontos	✓
27	Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida	> 95%	304 Contato e Aleitamento 304 RNs	100,00%	2 Pontos	303 Contato e Aleitamento 303 RNs	100,00%	2 Pontos	✓
28	Taxa de óbito neonatal tardio (7 a 27 dias)	< 2,82	0 Óbito 304 RNs	0,00	2 Pontos	0 Óbito 304 RNs	0,00	2 Pontos	✓
29	Taxa de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias)	< 7,04	0 Óbito 304 RNs	0,00	2 Pontos	0 Óbito 304 RNs	0,00	2 Pontos	✓
30	Taxa de Mortalidade Materna	≤ 2 / ano	0	0,00%	2 Pontos	0	0,00%	2 Pontos	✓
31	Teste do Olhinho	> 95%	306 Testes 304 RNs	100,66%	4 Pontos	301 Testes 301 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
32	Teste do Coraçõzinho	> 95%	300 Testes 304 RNs	98,68%	4 Pontos	299 Testes 299 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
33	Teste do Linguinha	> 95%	290 Testes 304 RNs	95,39%	4 Pontos	285 Testes 285 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
34	Taxa de Ocupação (de leitos)	≥ 90%	1.396 Pacientes/dia 2.477 Leitos/dia	56,36%	0 Ponto	1.398 Pacientes/dia 2.447 Leitos/dia	57,13%	0 Ponto	✗
35	Taxa de Infecção Hospitalar	< 10%	6 Infecções 413 Saídas	1,45%	2 Pontos	6 Infecções 413 Saídas	1,45%	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%	102 Partos Cesárea 296 Partos	34,46%	1 Ponto	100 Partos Cesárea 291 Partos	34,36%	1 Ponto	⊘
37	Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP	≥ 13	84 Leitos 413 Saídas	4,92	0 Ponto	58 Leitos 386 Saídas	6,66	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 junho/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 17/06/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo I, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

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

- Reformulação da tabela de diluição;
- Ação sobre o PO atuação das doulas;
- Finalização do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA);
- Construção do “Fluxo de acionamento da equipe de higienização após procedimento cirúrgico”;
- Substituição de roupas privativas por jaleco;
- Problemáticas referentes ao ar-condicionado a ser instalado no CME;
- Estabelecimento de envio do relatório mensal do SCIH às coordenações;
- Monitoramento de alta pós-cirúrgica através de busca fonada para gestantes;
- Produção de folder a ser entregue às pacientes após seus partos;
- Infecções notificadas no relatório anterior;
- Crescimento bacteriano em culturas;
- Adesão aos bundles;
- Observação de higienização das mãos dos profissionais;

- Cronograma de treinamentos;

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 2 integrantes (Sra. Isabella Lorena Souza Silva e Sra. Ladjane Cristina Santos Pessoa), participação de 1 convidada (Sra. Nayara de Oliveira Santana).

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 16/06/2024. 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;
- Melhoria conforme auditoria de assinatura do paciente nos termos considerados obrigatórios;
- Acordo verbal em relação às problemáticas de ausência de assinatura e erros no SBAR;
- 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";
- Tabulação dos dados de inconsistência para gerar plano de ação e indicadores;
- Importância da presença na próxima reunião das coordenações médicas da neonatologia e da anestesiologia;

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 001/2024, que constitui a comissão, verificada existência de quórum mínimo para realização da reunião, com a ausência de 3 integrantes da comissão (Sra. Andreza Luna Simões, Sra. Emmanuelle Santos Moura e a Sra. Isabella Lorena Souza Silva) e participação de 4 convidadas (Sra. Alessandra Aragão, Sra. Manuela Souza Santana, Sra. Nayara de Oliveira Santana e Sra. Uly Marianne Lemos).

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 21/06/2024. 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 1 óbito fetal ocorrido em junho/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 3 integrantes (Sr. Mauro Muniz Bezerra, Sra. Emmanuelle Santos Moura e a Sra. Isabela Lorena Souza Silva) e a presença de 2 integrantes convidados (Sra. Luciana Almeida Bontempo e a Sra. Michelle Fontes Sobral).

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 17/06/2024. 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, reconstituição e estabilidade dos medicamentos, finalização do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA), debate acerca não conformidades registradas no mês de junho, visita em conjunto do NSP, farmácia e SCIH à unidade neonatal para traçar diagnósticos e pontos de fragilidade, envio da Política de Cadeia Medicamentosa Segura, agendamento para agosto um treinamento com as equipes assistenciais, queixa técnica em PO Notificação de Reação Adversa e Abertura, disponibilização da lista mestra dos documentos padronizados e a validação da CCIH de documentos que envolva tratamento medicamentoso de antibiótico.

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 002/2024, que constitui a comissão, verificada existência de quórum mínimo para realização da reunião, sem a presença das seguintes integrantes: Sra. Isabella Lorena Souza Silva, Sra. Ladjane Cristina Pessoa e a Sra. Michelle Fontes Sobral. Além disso, as seguintes integrantes participaram da reunião, porém não faz parte da comissão: Sra. Nayara de Oliveira Santana (convidada) e a Sra. Uly Marianne Lemos (convidada).

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

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

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

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

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

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

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

5 Comissão de Humanização da Assistência

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

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

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 18/06/2024. 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 junho, visita guiada à MMLN, ação sobre o PO Atuação das doulas, planejamento de realização de ações externas nas UBS, identificação da “mãe e bebê” no banco de leite, aquisição de caixa de acrílico para dispor de pesquisas de satisfação e a ação de comunicação efetiva a ser realizada com lideranças

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 quatro integrantes, quais sejam: Sra. Isabella Lorena Souza Silva, Layra Viviane Rodrigues Pinto Dantas, Lilian Santana Marcelino de Araújo e a Sra. Marina Correia de Azevedo. Além da Sra. Luciana Almeida Bontempo e a Sra. Nayara de Oliveira Santana que não fazem parte da comissão, porém foram convidadas.

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

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

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

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

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

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

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

6 Serviço de Atendimento ao Cliente

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

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

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

Assim, amparado por esta documentação, verificou-se múltiplas respostas dos mesmos pacientes às pesquisas, além de respostas provenientes dos acompanhantes e de usuários anônimos. Uma vez que o indicador visa a aplicação da pesquisa a um mínimo de 10% dos pacientes atendidos, foram desconsideradas as múltiplas pesquisas aplicadas a um mesmo usuário, resultando em 675 respostas válidas de um universo de 780 respostas obtidas, das quais 651 foram provenientes de pacientes; 18, de acompanhantes e 6, de usuários anônimos.

Em relação ao volume total de altas hospitalares de pacientes internadas e atendidas no setor emergencial, 2.192, foi obtido um percentual de 30,79% 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	35,5%	30,79%	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 14/06/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo VII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Assim, amparado por estas documentações, verificou-se que foram discutidos temas pertinentes à retrospectiva com relação ao evento da SIPAT realizado em abril e o plano de emergência da unidade.

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 junho/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: 19

Número de participantes nas atividades: 263 (mínimo de 10 em cada atividade)

Número de horas das atividades: 25 horas

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

Tabela 17 – Relação das atividades educativas realizadas em junho

Data	Título do treinamento	Nº de Participantes	Carga Horária
07/06/2024	Dia da imunização 9 de julho – Imunização de colaboradores	26	4h
28/06/2024	Importância da amamentação, proibição da amamentação cruzada e importância da rede de apoio no pós parto	18	30min
05/06/2024	Importância do colostro; AME; não recomendação NBCAL	14	30min
14/06/2024	Posicionamento de Pega no aleitamento materno	10	30min
25/06/2024	Visita guiada à MMLN	14	3h
20/06/2024	Importância da vacinação e vacinação contra influenza	13	30min
20/06/2024	Amamentação cruzada / os benefícios da amamentação	13	30min
06/06/2024	Dia da imunização 9 de julho / Imunização de colaboradores MMLN	18	4h
03/06/2024	Importância da vacinação para as crianças	12	30min
28/06/2024	Importância da vacinação contra influenza no período sazonal da doença	18	30min
28/06/2024	A importância desenvolvimento no POI	10	1h
21/06/2024	A importância desenvolvimento no POI	10	1h
14/06/2024	A importância desenvolvimento no POI	10	1h
27/06/2024	A importância desenvolvimento no POI	10	1h
14/06/2024	Síndromes hipertensivas	10	30min
11/06/2024	Visita guiada à MMLN	14	2h
28/06/2024	Posições e melhores técnicas para uma amamentação mais efetiva	18	30min
03/06/2024	Incentivo a doação do leite materno e orientações para ordenha de forma adequada	12	30min
04/06/2024	Visita guiada à MMLN	13	2h

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

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

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	19	19	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)	<p>0% < x ≤ 60% = 0 ponto</p> <p>60% < x ≤ 95% = 2 pontos</p> <p>x > 95% = 4 pontos</p>	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 = 4.430

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

Tabela 20 – Relação de exames de laboratório realizados

Código	Procedimento	Qtd
0202010120	ÁCIDO ÚRICO (AUR)	16
0202010180	AMILASE (AMI)	1
0202010201	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	283
0202010210	CALCIO (CAL)	91
0202010317	CREATININA	216
0202010325	CPK - CREATINOFOSFOQUINASE	3
0202010333	CKMB DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB(CKMB)	3

Código	Procedimento	Qt.
0202030679	PESQUISA DE Ac CONTRA VÍRUS DA HEPATITE C	10
0202030717	PESQUISA DO VIRUS DA BRONQUEOLITE (RSV)	5
0202030741	CITOMEGALOVÍRUS, SOROLOGIA, PCR E AVIDEZ (LACEN)	3
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	2
0202030792	TESTE RÁPIDO DENGUE IGG/IGM	3
0202030814	RUBÉOLA - ANTICORPOS IgG	2
0202030857	CITOMEGALOVÍRUS - SOROLOGIA PCR E AVIDEZ(CITOP) LACEN	3

Código	Procedimento	Qtd
0202010368	LDH - DESIDROGENASE LÁTICA	93
0202010384	FERRITINA	5
0202010392	FERRO SERICO	4
0202010422	FOSFATASE ALCALINA (FAL)	20
0202010430	FOSFORO	23
0202010465	GAMA GT (GGT)	10
0202010473	GLICOSE NO LÍQUIDO PERICÁRDICO	1
0202010562	MAGNÉSIO (MAG)	87
0202010600	POTÁSSIO (POT)	119
0202010627	PROTEINAS TOTAIS E FRACOES (PTF)	3
0202010635	SODIO	124
0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-	115
0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-	117
0202010678	TRIGLICÉRIDES (TRI)	2
0202010694	URÉIA (URE)	213
0202010732	GASOMETRIA ARTERIAL	49
0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS (RET)	90
0202020070	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	2
0202020134	TTPA - DETERMINACAO DE TEMPO DE	38
0202020142	TEMPO DE PROTROMBINA (TP)	37
0202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE	3
0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	572
0202020479	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-	2
0202030202	PROTEINA C REATIVA (PCR)	345
0202030300	PESQUISA DE ANTICORPO PARA HIV 1 E 2	10

2.697

Código	Procedimento	Qnt.
0202030873	TOXOPLASMOSE - ANTICORPOS IgM	7
0202030920	RUBÉOLA, SOROLOGIA (LACEN) RUSOR	2
0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO	8
0202031110	VDRL PARA DETECÇÃO DE SIFILIS (SORO)	17
0202031179	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	79
0202050017	SUMARIO DE URINA (SUM)	112
0202060217	DOSAGEM DE HORMÔNIO GONADOTROFINA	44
0202080013	ANTIBIOGRAMA	22
0202080080	UROCULTURA	15
0202080129	CULTURA DE VIGILANCIA SWAB RETAL (CONTROLE SEMANAL) (SSEM)	8
0202080153	HEMOCULTURA	44
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)	3
0202120023	GRUPO SANGUÍNEO + FATOR RH	762
0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	556
0202010260	CLORO(CLO)	5
0202060381	T4 LIVRE TETRAODOTIRONINA LIVRE T4L	2
0202080196	CULTURA PARA STREPTOCOCCUS	1
0202110087	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE	2
0202020096	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	1
0202020126	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	2
0202030849	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG HERPES 1 e 2	3
0202030954	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM HERPES 1 e 2	3
0202100014	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	3
0202030318	HTLV I/II - ANTICORPOS	1

1.733

Total 4.430

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	Exame Realizado	Resultado anexo?	Avaliação
1	11640	ÁCIDO ÚRICO (AUR)	SIM	✓
2	12373	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	NÃO	✗
3	11118	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
4	1624	CREATININA	SIM	✓
5	12247	LDH - DESIDROGENASE LÁTICA	SIM	✓
6	10145	LDH - DESIDROGENASE LÁTICA	SIM	✓
7	12358	POTÁSSIO (POT)	SIM	✓
8	12151	SODIO	SIM	✓
9	12203	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	SIM	✓
10	12661	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	SIM	✓
11	12207	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	SIM	✓
12	6084	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	SIM	✓
13	12413	URÉIA (URE)	SIM	✓
14	12080	CONTAGEM DE RETICULOCITOS (RET)	NÃO	✗
15	12637	TEMPO DE PROTROMBINA (TP)	SIM	✓
16	12348	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	SIM	✓
17	11329	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	SIM	✓
18	12689	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	SIM	✓
19	11988	PROTEINA C REATIVA (PCR)	SIM	✓
20	12481	PROTEINA C REATIVA (PCR)	NÃO	✗

Em análise aos prontuários 12373 12080 e 12481, não foram identificadas evidências da realização do exame e solicitação médica. Sendo assim, subtraímos do resultado dos exames laboratoriais.

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	3.393 – 100,68%	4.427 – 131,36%	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)	$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 2$ pontos $x > 95\% = 4$ pontos	SIA/SIH

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

Número de Diagnóstico por Radiologia = 127

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

Tabela 24 – Relação dos exames realizados em junho

Código	Procedimento	Qtd.
0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	3
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	95
0204040051	RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO (AP E PERFIL)	2
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	20
0204060095	RADIOGRAFIA DA PELVE (AP E LAUENSTEIN)	1
0204060133	RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO (AP, PERFIL E AXIAL DE PATELA)	1
0204060168	RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA (AP E PERFIL)	2
0204010179	RADIOGRAFIA PANORAMICA	2
0204060176	RADIOGRAFIA DA PELVE ESQUERDA	1

127

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	12280	23/06/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	SIM	✓
2	12387	10/06/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
3	11431	20/06/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
4	12076	30/05/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SIM	✓
5	12044	05/06/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
6	12360	11/06/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
7	10664	07/06/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
8	12399	13/06/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
9	12323	09/06/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SIM	✓
10	12119	17/06/2024	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	126 – 484,62%	127 – 488,46%	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 = 703

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

Tabela 28 – Relação dos exames realizados em junho

Código	Procedimento	Qtd.
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	29
0205010040	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE	4
0205010059	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO	51
0205020038	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR	1
0205020046	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL	20
0205020054	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	7
0205020097	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	14
0205020143	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	281
0205020151	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER	24
0205020178	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	27
0205020186	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	245

Total 703

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	Exame Realizado	Resultado anexo?	Avaliação
1	12080	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	NÃO	✘
2	6983	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	SIM	✓
3	8482	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL	SIM	✓

#	Nº Prontuário	Exame Realizado	Resultado anexo?	Avaliação
4	10804	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
5	1624	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
6	12748	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
7	12349	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
8	12400	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
9	9640	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
10	12432	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
11	8515	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	SIM	✓
12	12866	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
13	12633	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
14	12993	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
15	12531	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
16	12572	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
17	12648	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
18	12931	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
19	10097	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
20	12447	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
21	12080	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	SIM	✓

Em análise ao prontuário 12080, não foram identificadas evidências da realização do exame e solicitação médica. Logo, a subtraímos do resultado apurado, perfazendo o volume a seguir:

Número de Diagnóstico por Ultrassonografia = 702


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	704 – 90,49%	702 – 90,23%	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) = 3

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	3 – 2,31%	3 – 2,31%	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) = 270

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

Tabela 34 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data do exame	Avaliação
1	12857	04/07/2024	✓
2	12339	03/07/2024	✓
3	12792	04/07/2024	✓
4	12416	03/07/2024	✓
5	12220	04/07/2024	✓
6	12076	05/07/2024	✓
7	12331	03/07/2024	✓
8	12305	03/07/2024	✓
9	12938	04/07/2024	✓
10	12710	04/07/2024	✓
11	12337	03/07/2024	✓
12	12640	04/07/2024	✓
13	12149	04/06/2024	✓
14	12114	04/06/2024	✓
15	12354	03/07/2024	✓

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	270 – 60,13%	270 – 60,13%	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) = 543

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

Tabela 37 – Relação dos exames realizados em junho

Produção	Código	Procedimento	Qtd.
Ambulatorial	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	464
Internamento (Auditado)	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	24

Produção	Código	Procedimento	Qtd.
Internamento (Não Auditado)	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	55

Total 543

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 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	12947	SIM	✓
2	12492	SIM	✓
3	9987	NÃO	✗
4	12498	NÃO	✗
5	12761	SIM	✓
6	8052	NÃO	✗
7	12098	NÃO	✗
8	7212	NÃO	✗
9	11997	NÃO	✗
10	12559	SIM	✓
11	12168	SIM	✓
12	12564	SIM	✓
13	12263	NÃO	✗
14	12098	NÃO	✗
15	6768	NÃO	✗
16	12463	NÃO	✗
17	12365	NÃO	✗
18	10774	NÃO	✗
19	12856	NÃO	✗
20	8515	NÃO	✗

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.

Conforme verificado na tabela acima, 14 dos prontuários analisados não dispunham de evidência da realização do exame. Esses casos foram, portanto, subtraídos da base de dados.


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	600 – 461,54%	529 – 406,92%	4 pontos

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

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

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

15 Teste Rápido

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

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

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

Testes rápidos realizados = 1.110

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

Tabela 41 – Relação dos testes realizados em junho

Código	Procedimento	Qtd.
0214010015	GLICEMIA CAPILAR	4
0214010040	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM	294

Código	Procedimento	Qtd.
0214010058	SOROLOGIA QUANTITATIVA PARA COVID IGG e IGM - LACEN	5
0214010074	SÍFILIS TESTE RÁPIDO (SIF)	286
0214010090	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C	253
0214010104	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B	256
0214010112	ZIKA VIRUS, ISOLAMENTO VIRAL(LACEN) ZIKAI	2
0214010163	(LABCHECAP)TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO	10

Total 1.110

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	11725	SIM	✓
2	11782	SIM	✓
3	12321	SIM	✓
4	12811	SIM	✓
5	12761	SIM	✓
6	12235	SIM	✓
7	12513	SIM	✓
8	12783	SIM	✓
9	12784	SIM	✓
10	12123	SIM	✓
11	12590	SIM	✓
12	6951	SIM	✓
13	12100	SIM	✓
14	12065	SIM	✓
15	12212	SIM	✓
16	5707	SIM	✓
17	12373	SIM	✓
18	1966	SIM	✓
19	12278	SIM	✓
20	12197	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	1.170 – 225,87%	1.110 – 214,29%	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) = 8.562

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

Tabela 45 – Relação das consultas realizadas em junho

Procedimento	Qtd.
ASSISTENTE SOCIAL	1337
ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA	513
ENFERMEIRO(A)	3346

Procedimento	Qtd.
ENFERMEIRO(A) BANCO DE LEITE	1
ENFERMEIRO(A) DO TRABALHO	2
ENFERMEIRO(A) OBSTETRA	536
FARMACÊUTICO(A)	449
FISIOTERAPEUTA	589
FONOAUDIÓLOGO	591
NUTRICIONISTA	621
PSICÓLOGO HOSPITALAR	561
NÃO IDENTIFICADO	16

8.562

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	12548	ASSISTENTE SOCIAL	✓
2	12169	ASSISTENTE SOCIAL	✓
3	12535	ASSISTENTE SOCIAL	✓
4	12441	ASSISTENTE SOCIAL	✓
5	12762	ASSISTENTE SOCIAL	✓
6	12263	ENFERMEIRO(A)	✓
7	11710	ENFERMEIRO(A)	✓
8	10430	ENFERMEIRO(A)	✓
9	12335	ENFERMEIRO(A)	✓
10	12223	ENFERMEIRO(A)	✓
11	12534	ENFERMEIRO(A)	✓
12	12297	ENFERMEIRO(A)	✓
13	12911	ENFERMEIRO(A)	✓
14	12412	ENFERMEIRO(A)	✓
15	12248	ENFERMEIRO(A)	✓
16	12657	ENFERMEIRO(A)	✓
17	11960	ENFERMEIRO(A)	✓
18	12654	ENFERMEIRO(A)	✓
19	12808	ENFERMEIRO(A)	✓
20	9111	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	8.565 – 396,53%	8.562 – 396,39%	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 = 1.628

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

Tabela 49 – Relação dos atendimentos realizados em junho

Especialidade	Qtd.
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1534
NEONATOLOGISTA	94

1.628

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	12481	14/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
2	12475	13/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
3	10540	26/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
4	11744	07/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
5	10331	16/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
6	12257	06/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
7	12977	29/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
8	12736	21/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
9	12098	18/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
10	12415	11/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
11	12388	10/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
12	12447	12/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
13	12592	17/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
14	12122	01/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
15	4759	16/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
16	12296	07/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
17	13000	30/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
18	13012	30/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
19	12852	25/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
20	11260	20/06/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 90% = 0 ponto x > 90% = 2 pontos	1.631 – 75,51%	1.628 – 75,37%	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 24Horas

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

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

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

Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas = 1.185

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

Tabela 53 – Relação dos atendimentos realizados em junho

Especialidade	Qtd.
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1093
NEONATOLOGISTA	92

1.185

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	12649	19/06/2024	✓
2	12874	26/06/2024	✓
3	5382	15/06/2024	✓
4	11165	17/06/2024	✓
5	12826	28/06/2024	✓
6	12825	27/06/2024	✓
7	12023	04/06/2024	✓
8	10339	13/06/2024	✓
9	12535	15/06/2024	✓
10	12709	24/06/2024	✓
11	12126	01/06/2024	✓
12	9651	05/06/2024	✓

#	Nº Prontuário	Data do Atendimento	Avaliação
13	12960	29/06/2024	✓
14	12464	13/06/2024	✓
15	8568	24/06/2024	✓
16	12744	22/06/2024	✓
17	11742	17/06/2024	✓
18	12152	02/06/2024	✓
19	12478	13/06/2024	✓
20	12557	16/06/2024	✓

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	1.187 - 274,77%	1.185 - 274,31%	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 = 294

Tabela 57 – Relação dos procedimentos realizados em junho

Código	Procedimento	Qtd.
0303100010	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	4
0303100044	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	14
0310010039	PARTO NORMAL	8
0409060070	ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	7
0409060186	LAQUEADURA TUBARIA	24
0409060313	LAQUEADURA TUBÁRIA NA MESMA INTERNAÇÃO DE PARTO NORMAL	12
0411010026	PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	4
0411010034	PARTO CESARIANO	72
0411010042	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	24
0411010077	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	108

Código	Procedimento	Qtd.
0411020013	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	12
0411020048	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	4
0409060054	CURETAGEM UTERINA EM MOLA HIDATIFORME	1

Total 294

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	11744	15/06/2024	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	✓
2	12221	13/06/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
3	12251	06/06/2024	LAQUEADURA TUBÁRIA NA MESMA INTERNAÇÃO DE PARTO NORMAL	✓
4	5378	05/06/2024	PARTO CESARIANO	✓
5	4992	09/06/2024	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	✓
6	12297	07/06/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
7	11302	06/06/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
8	12251	06/06/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
9	6937	23/06/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
10	12170	05/06/2024	ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	✓
11	12381	13/06/2024	LAQUEADURA TUBARIA	✓
12	12524	16/06/2024	LAQUEADURA TUBARIA	✓
13	12802	24/06/2024	LAQUEADURA TUBÁRIA NA MESMA INTERNAÇÃO DE PARTO NORMAL	✓
14	12432	17/06/2024	PARTO CESARIANO	✓
15	12637	21/06/2024	PARTO CESARIANO	✓
16	6690	23/06/2024	PARTO CESARIANO	✓
17	10331	18/06/2024	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	✓
18	12682	22/06/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓

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	280 – 43,89%	294 – 46,08%	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	x Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado inferior à meta mínima estabelecida, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

20 Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
20. CENTRO DE PARTO NORMAL PERI-HOSPITALAR 03.10.01.005-5 Parto Normal em Centro de Parto Normal (CPN)	-	Nº absoluto TOTAL de saídas hospitalares do CPN	Meta Permanente (x): 110 saídas hospitalares / Mês	0% < x ≤ 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 = 178

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	12100	15/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
2	12695	21/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
3	12513	17/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
4	11690	05/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
5	12108	03/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
6	5468	06/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
7	12441	14/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
8	12682	23/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
9	12381	17/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
10	5154	13/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
11	12922	30/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
12	12927	30/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
13	7016	17/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
14	12539	19/06/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
15	12920	29/06/2024	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	180 – 163,64%	178 – 161,82%	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	<p>0% < x ≤ 60% = 0 ponto</p> <p>60% < x ≤ 90% = 1 ponto</p> <p>x > 90% = 2 pontos</p>	SIA/SIH

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

Diárias de ocupação dos leitos da UTIN = 225

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

Tabela 64 – Relação dos prontuários de internação por dia

Dia	1-jun	2-jun	3-jun	4-jun	5-jun	6-jun	7-jun	8-jun	9-jun	10-jun	11-jun	12-jun	13-jun	14-jun	15-jun	16-jun
Pront.	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269
	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10664	10664	10664	10664	10664	10664	10878	10878	10878
	10664	10664	10664	10664	10878	10878	10664	10878	10878	12119	12295	12119	10878	12119	12119	12119
	10878	10878	10878	10878	12044	12044	10878	12119	12119	12295	12354	12295	12119	12295	12295	12295
	12044	12044	12044	12044	12119	12119	12044	12295	12295	12300	12360	12354	12295	12360	12360	12360
	12076	12119	12119	12119	12161	12242	12119	12300	12300	12357	12369	12360	12360	12374	12504	12551
	12119	12161	12161	12161	12242		12295	12322	12357	12360	12374	12369	12369	12504		
		12167	12167				12300	12323	12360	12369	12399	12374	12374	12508		
Diárias	7	8	8	7	7	6	8	9	9	10	8	9	9	8	6	6

Dia	17-jun	18-jun	19-jun	20-jun	21-jun	22-jun	23-jun	24-jun	25-jun	26-jun	27-jun	28-jun	29-jun	30-jun
Pront.	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269
	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10346	10346	10346	10346	10346
	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12119	12806	10878	10878	10878	10878
	12295	12295	12242	12171	12171	12171	12295	12551	12812	12200	12161	12161	12200	12200
	12360	12360	12295	12242	12280	12280	12551	12806	12829	12295	12200	12200	12295	12295
	12551	12551	12551	12295	12295	12295		12812		12806	12295	12295	12806	12901
	12577		12644	12551	12551	12410		12829		12829	12806	12806	12901	12987
			12670	12670	12722	12551						12901	12901	13003
Diárias	7	6	8	8	8	8	5	7	5	7	8	8	7	8

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


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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 1$ ponto $x > 95\% = 2$ pontos	225 – 88,24%	225 – 88,24%	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 intermediário à meta mínima estabelecida, concluímos pelo atendimento parcial do indicador.	

22 Leitos de Unidade de Neonatologia - UCINCo e UCINCa

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

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

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

Diárias de ocupação dos leitos das unidades de neonatologia = 318

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

Tabela 67 – Relação dos prontuários de internação por dia

Dia	1-jun	2-jun	3-jun	4-jun	5-jun	6-jun	7-jun	8-jun	9-jun	10-jun	11-jun	12-jun	13-jun	14-jun	15-jun	16-jun
Pront.	10623	10623	10623	10623	10623	10664	11403	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346
	11256	11256	11256	11403	10664	11403	11954	11403	11403	10878	10878	10878	12044	10664	10664	10664
	11403	11403	11403	11927	11403	11927	12076	11710	11710	11403	11403	12044	12076	12044	12044	12044
	11554	11927	11927	11954	11927	11954	12135	11954	11954	11954	11954	12076	12161	12076	12161	12161
	11927	11954	11954	12076	11954	12076	12161	12044	12044	12044	12044	12161	12242	12161	12242	12242
	11954	12076	12076	12135	12076	12135	12242	12076	12076	12076	12076	12242	12300	12242	12322	12322
	12033	12135	12135	12167	12135	12161	12300	12135	12135	12135	12135	12161	12300	12322	12322	12323
	12135							12161	12161	12161	12242	12322	12323	12323	12357	12357
								12242	12242	12242	12300	12323	12354	12354	12369	12369
									12322	12322	12322	12357	12357	12357	12374	12374
									12323	12323	12323	9460	12465	12369	12399	12399
										12366	12357		9460	12399	12508	9460
										9460	9460			9460	12520	9460
	Diárias	8	7	7	7	7	7	7	9	11	13	13	11	12	13	14

Dia	17-jun	18-jun	19-jun	20-jun	21-jun	22-jun	23-jun	24-jun	25-jun	26-jun	27-jun	28-jun	29-jun	30-jun
Pront.	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10664	12119	12119	12119	12119
	10664	10664	10664	10664	10664	10664	10664	10664	10664	12119	12357	12357	12161	12357
	12044	12044	12044	12044	12044	12044	12044	12161	12119	12161	12360	12360	12357	12369
	12161	12161	12161	12161	12161	12161	12161	12295	12161	12357	12369	12369	12369	12374
	12242	12242	12322	12322	12357	12357	12357	12357	12295	12360	12374	12374	12374	12670
	12322	12322	12323	12323	12360	12360	12360	12360	12357	12369	12399	12670	12670	12771
	12323	12323	12357	12357	12369	12369	12369	12369	12360	12374	12670	12771	12771	12786
	12357	12357	12360	12360	12374	12374	12374	12374	12369	12399	12771	12786	12786	12806
	12369	12369	12369	12369	12399	12399	12399	12399	12399	12374	12546	12829	12829	12898
	12374	12374	12374	12374	12546	12546	12546	12546	12546	12399	12551	12853	12853	12161
	12399	12399	12399	12399	12644	12644	12670	12670	12670	12546	12670			
			12577	12577	12644	12670	12670			12551	12771			
			12652				12722			12670	12812			
										12853				
Diárias	11	12	13	12	12	13	11	11	13	14	10	10	8	10

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


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

Tabela 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	316 – 82,72%	318 – 83,25%	1 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	 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.	

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: 1.197

Número de atendimentos realizados: 1.197

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

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

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

Tabela 70 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Atend.	Tipo Acomodação	Pront.	Entrada	Especialidade	Avaliação
1	30838	EMERGÊNCIA	12113	01/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
2	31039	EMERGÊNCIA	12190	03/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
3	31130	EMERGÊNCIA	5408	04/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
4	31275	EMERGÊNCIA	6983	06/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
5	31431	EMERGÊNCIA	10358	09/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
6	31590	EMERGÊNCIA	1468	11/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
7	31727	EMERGÊNCIA	12100	12/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
8	31825	EMERGÊNCIA	12491	13/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
9	31975	EMERGÊNCIA	6517	16/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
10	32116	EMERGÊNCIA	12622	18/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
11	32225	EMERGÊNCIA	12676	19/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
12	32361	EMERGÊNCIA	3204	21/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
13	32466	EMERGÊNCIA	12776	23/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
14	32530	EMERGÊNCIA	12641	24/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
15	32618	EMERGÊNCIA	12838	25/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
16	32725	EMERGÊNCIA	12879	26/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
17	32735	EMERGÊNCIA	12882	26/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
18	32834	EMERGÊNCIA	11329	27/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
19	32898	EMERGÊNCIA	12936	28/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
20	32933	EMERGÊNCIA	12953	29/06/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 70% = 0 ponto 70% < x ≤ 90% = 1 ponto x > 90% = 2 pontos	1.195 - 100%	1.197 - 100%	2 pontos

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

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

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

24 Monitorar mensalmente e publicizar a taxa de Episiotomia

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

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

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

Numerador – Número de pacientes submetidos a episiotomia no mês: 1

Denominador – Número de partos normais realizados no mês: 191

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

Tabela 73 – Relação dos tipos de parto realizados em junho

Pront.	Data parto	Hora parto	Tipo parto
12411	15/06/2024	18:08	PARTO NORMAL EM CPN

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

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

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

Tabela 74 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Episiotomia	Avaliação
1	9183	15/06/2024	PARTO CESARIANA COM LAQUEADURA TUBÁRIA	IGNORADO	✓
2	12367	10/06/2024	PARTO NORMAL EM GESTAÇÃO ALTO RISCO	IGNORADO	✓
3	10486	15/06/2024	PARTO CESARIANA	IGNORADO	✓

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Episiotomia	Avaliação
4	12570	16/06/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
5	9640	15/06/2024	PARTO CESARIANA COM LAQUEADURA TUBÁRIA	IGNORADO	✓
6	12003	03/06/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
7	12548	16/06/2024	PARTO CESARIANA	IGNORADO	✓
8	12802	24/06/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
9	12571	17/06/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
10	6101	05/06/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
11	11989	15/06/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
12	11877	01/06/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
13	9987	23/06/2024	PARTO CESARIANA COM LAQUEADURA TUBÁRIA	NÃO	✓
14	12761	23/06/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
15	12123	01/06/2024	PARTO CESARIANA	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	0,49%	0,52%	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 publicar a taxa de Episiotomia”

Indicador	Indicação do Atendimento
24 Monitorar mensalmente e publicar 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 junho, a concordância com a inserção do DIU assinada por 94 pacientes, das quais 88 efetivamente inseriram o DIU. As 6 demais pacientes não efetivaram a inserção por desistência ou devido a condições clínicas desfavoráveis evidenciadas nos prontuários.

Assim, a fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 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	12154	SIM	✓
2	12175	SIM	✓
3	12163	SIM	✓
4	12198	SIM	✓
5	12196	SIM	✓
6	12194	SIM	✓
7	12206	SIM	✓
8	12205	SIM	✓
9	12232	SIM	✓
10	12224	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	89 - 100%	88 - 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: 6

Numerador – Número de RNs nascidos com Apgar > 7 no 5º minuto de vida: 297

Denominador – Número de recém-nascidos no mês (com Apgar aferido): 303

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

Tabela 80 – Relação dos RNs com Apgar<7

#	Pront.	Data de nascimento	Tipo parto
1	12368	10/06/2024	NORMAL
2	12369	10/06/2024	NORMAL
3	12722	21/06/2024	NORMAL
4	12806	24/06/2024	NORMAL
5	13003	30/06/2024	NORMAL
6	12987	30/06/2024	CESÁRIA

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

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

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

Tabela 81 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Apgar <7	Avaliação
1	12135	01/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
2	12161	02/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
3	12179	03/06/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
4	12205	04/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
5	12240	05/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
6	12264	06/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
7	12285	07/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
8	12357	09/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
9	12361	09/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
10	12391	10/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
11	12414	11/06/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
12	12440	12/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
13	12457	13/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
14	12516	14/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
15	12577	16/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
16	12612	17/06/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
17	12620	18/06/2024	NORMAL	NÃO	✓
18	12671	19/06/2024	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	98,34%	98,02%	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 (Análítico V2”, por meio do qual foram obtidos os valores a seguir:

Número de RNs registrados na maternidade: 304

Número de RNs que tiveram contato pele a pele e aleitamento materno: 272

Numerador – Número de RNs que tiveram contato pele a pele e aleitamento materno: 303 (exceto o nascimento em residência + 31 evidências de impedimento clínico do aleitamento)

Denominador – Número de recém-nascidos no mês: 303 (exceto o nascimento em residência/trânsito)

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

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

Para obtenção do numerador, foram identificados no relatório 31 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:

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	10558	30/06/2024	SIM	SIM	✓
2	12839	27/06/2024	SIM	SIM	✓
3	12478	20/06/2024	SIM	SIM	✓
4	12717	21/06/2024	SIM	SIM	✓
5	12672	23/06/2024	SIM	SIM	✓
6	1966	30/06/2024	SIM	SIM	✓
7	12297	07/06/2024	SIM	SIM	✓
8	10774	26/06/2024	SIM	SIM	✓
9	5783	04/06/2024	SIM	SIM	✓
10	12248	10/06/2024	SIM	SIM	✓
11	12570	16/06/2024	IGNORADO	IGNORADO	✓
12	12948	29/06/2024	IGNORADO	IGNORADO	✓
13	12571	17/06/2024	IGNORADO	IGNORADO	✓
14	6101	05/06/2024	IGNORADO	IGNORADO	✓
15	11989	15/06/2024	IGNORADO	IGNORADO	✓

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	304 - 100%	303 - 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: 304

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: 0

Denominador – Número de recém-nascidos vivos no mês: 304

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	
		0	2 pontos
$x \geq 7,04 = 0$ ponto $x < 7,04 = 2$ pontos	0	0	2 pontos

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

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

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

30 Taxa de Mortalidade Materna

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

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

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

Número de altas por óbito materno: 0

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
		0	2 pontos
$x > 2 = 0$ 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: 305

Número de nascidos vivos no mês: 304

Para obtenção do numerador, foi identificado 305 testes realizados em junho/2024. No entanto, em análise aos relatórios citados, foram identificadas as seguintes situações:

- 13 testes foram realizados em junho, mas em RNs nascidos em maio (PRON 12095, 12083, 12067, 12087, 12097, 12109, 12096, 11564, 12033, 11927, 11954, 12044 e 12076), 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;
- 5 RNs (PRON 12124, 11954, 12457, 12698 e 12551) 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 304 RNs nascidos em junho. No entanto, 17 desses RNs não estavam aptos a realizar o teste, pelos motivos descritos a seguir. Sendo assim, estes não foram considerados na base de dados, posto que a ausência dos testes não decorre da inefetividade da equipe assistencial da maternidade:

- 5 RNs (PRON 12119, 12369, 12374, 12806 e 12901) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em julho/2024, após alta da internação;
- 12 RNs (PRON 13018, 13015, 13002, 12997, 12999, 13010, 13003, 13004, 12998, 12987, 13017 e 13005) nasceram no dia 30 de junho 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 duplicados e acrescido de um teste realizado, mas sem registro no sistema (PRON 12861), enquanto o denominador deve ser subtraído dos 17 RNS relacionados acima. Em paralelo, os 13 RNs nascidos em maio e que só puderam realizar o teste em junho foram somados à base do denominador, bem como o RN regulado de outra maternidade (PRON 12242). Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 301

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 301

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	12440	TESTE DO OLHINHO	✓
2	11564	TESTE DO OLHINHO	✓
3	12171	TESTE DO OLHINHO	✓
4	12213	TESTE DO OLHINHO	✓
5	12239	TESTE DO OLHINHO	✓
6	12258	TESTE DO OLHINHO	✓
7	12320	TESTE DO OLHINHO	✓
8	12350	TESTE DO OLHINHO	✓
9	12448	TESTE DO OLHINHO	✓
10	12565	TESTE DO OLHINHO	✓
11	12527	TESTE DO OLHINHO	✓
12	12636	TESTE DO OLHINHO	✓
13	12716	TESTE DO OLHINHO	✓
14	12737	TESTE DO OLHINHO	✓
15	12765	TESTE DO OLHINHO	✓
16	12858	TESTE DO OLHINHO	✓
17	12919	TESTE DO OLHINHO	✓
18	12949	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	
$0% < x \leq 80\% = 0$ ponto $80% < x \leq 95\% = 2$ pontos $95% < x \leq 100\% = 4$ pontos	100,65%	100%	4 pontos

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

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

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

32 Teste do Coraçãozinho

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
32. Teste do Coraçãozinho	-	Nº absoluto TOTAL de Teste do Coraçãozinho realizado	Meta Permanente (x): (Total de nascidos vivos que realizou o teste no período de um mês / Total de nascidos vivos no período de um mês) X 100	$0% < x \leq 80\% = 0$ ponto $80% < x \leq 95\% = 2$ pontos $95% < x \leq 100\% =$ 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: 295

Número de nascidos vivos no mês: 304

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 304 RNs nascidos em junho/2024. No entanto, 16 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:

- 3 RNs (PRON 12119, 12357 e 12901) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em junho, após alta do bloco neonatal;
- 13 RNs (PRON 13018, 13015, 13002, 12990, 12997, 12999, 13010, 13003, 13004, 12998, 12987, 13017 e 13005) nasceram nos dias 29 e 30 junho 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:

- 10 testes foram realizados em junho, mas nos RNs nascidos em abril e maio (PRON 12083, 12087, 12076, 12096, 12095, 12097, 12111, 12109, 12033 e 10664), 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 16 RNS inaptos a realizar o teste em junho, enquanto os 10 RNs nascidos em abril e maio e que só puderam realizar o teste em junho foram somados à base. Em paralelo, o teste duplicado foi subtraído do numerador, enquanto 5 testes realizados mas não registrados no sistema (PRON 12707, 12853, 12849, 12883 e 12976) foram somados ao numerador, bem como o RN regulado de outra maternidade (PRON 12295) foi somado ao denominador. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 299

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 299

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	12083	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
2	12137	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
3	12213	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
4	12338	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
5	12310	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
6	12401	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓

#	Pront.	Teste	Avaliação
7	12448	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
8	12477	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
9	12369	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
10	12544	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
11	12620	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
12	12644	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
13	12790	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
14	12769	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
15	12858	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
16	12898	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
17	12932	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
18	12806	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	
		100%	4 pontos
0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	98,68%	100%	4 pontos

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

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

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

33 Teste da Linguinha

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

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

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

Número de testes realizados no mês: 287

Número de nascidos vivos no mês: 304

Para obtenção do numerador, foi identificado 287 testes realizados em junho/2024. No entanto, em análise aos relatórios citados, foram identificadas as seguintes situações:

- 8 testes foram realizados em junho, mas nos RNs nascidos em abril e maio (PRON 12076, 12111, 12109, 12095, 11750, 10664, 10346 e 12044). 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;
- 5 RNs (PRON 12453, 12593, 12579, 12707 e 12944) têm registros múltiplos de realização do teste. Assim, uma vez que 10 testes foram realizados a apenas 5 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 304 RNs nascidos em junho. No entanto, 28 desses RNs não estavam aptos a realizar o teste, pelos motivos descritos a seguir. Sendo assim, não foram considerados na base de dados, posto que a ausência dos testes não decorre da falta de ação da equipe assistencial da maternidade:

- 4 RNs (PRON 12516, 12525, 12806 e 12901) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em julho, após alta do bloco neonatal;
- 24 RNs (PRON 12973, 12979, 12964, 12962, 12959, 12981, 12982, 12970, 12976, 12975, 12965, 13018, 13015, 13002, 12990, 12997, 12999, 13010, 13003, 13004, 12998, 12987, 13017 e 13005) nasceram entre o dia 29 e 30 de junho e, portanto, não realizaram o teste no mesmo dia;

Assim, dadas as considerações acima, o numerador deve ser deduzido dos 5 testes duplicados e acrescido dos 3 testes realizados mas não registrados no sistema (PRON 12230, 12493 e 12599), enquanto o denominador deve ser subtraído dos 28 RNs relacionados acima. Em paralelo, os 13 RNs nascidos em abril e maio e que só

puderam realizar o teste em junho foram somados à base do denominador, assim como o RN regulado de outra maternidade (PRON 12242). Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 285

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 285

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

Tabela 100 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	12124	TESTE DA LINGUINHA	✓
2	12239	TESTE DA LINGUINHA	✓
3	12351	TESTE DA LINGUINHA	✓
4	12322	TESTE DA LINGUINHA	✓
5	12448	TESTE DA LINGUINHA	✓
6	12533	TESTE DA LINGUINHA	✓
7	12578	TESTE DA LINGUINHA	✓
8	12647	TESTE DA LINGUINHA	✓
9	12360	TESTE DA LINGUINHA	✓
10	12721	TESTE DA LINGUINHA	✓
11	12754	TESTE DA LINGUINHA	✓
12	12786	TESTE DA LINGUINHA	✓
13	12807	TESTE DA LINGUINHA	✓
14	12858	TESTE DA LINGUINHA	✓
15	12500	TESTE DA LINGUINHA	✓
16	12907	TESTE DA LINGUINHA	✓
17	12925	TESTE DA LINGUINHA	✓
18	12951	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	95,39%	100%	4 pontos

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

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

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

34 Taxa de Ocupação (de leitos)

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
34. Taxa de Ocupação	-	Nº absoluto TOTAL da Taxa de Ocupação	Meta Permanente (x): Média mensal da taxa de ocupação diária ≥ 90% (Taxa de ocupação diária = N° de pacientes/dia / n° 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 = 1.398
Número de leitos/dia = 2.447

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	56,36%	57,13%	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 ≥ 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 junho = 413

Número de infecções em junho = 6

Conforme relatório do SCIH, houve 6 registros de infecção em junho/2024. Uma vez que o VI não dispõe de outro meio de verificação desse dado, foram selecionados pacientes submetidos a exame de hemocultura para análise de prontuário, em busca de quadros infecciosos adquiridos na internação. Desses casos selecionados, contudo, não foram identificadas outras infecções adquiridas na maternidade.

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

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

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
x ≥ 10% = 0 pontos 0% < x < 10% = 2 pontos	1,45%	1,45%	2 pontos

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

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

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

36 Taxa de Cesariana

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

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

Para cálculo deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir dos relatórios “Produção Internamento Total” e “Relação de Faturas por Procedimento”. Além dos dados extraídos do sistema, foram analisadas as documentações físicas de registro dos partos, por meio das quais foram obtidos os valores a seguir:

Número de partos cesariano no mês: 100

Número de partos normais no mês: 191

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	34,46%	34,36%	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 ≥ 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 junho = 386 (exceto leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa)

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	
x < 13 = 0 ponto x ≥ 13 = 4 pontos	4,92	6,66	0 ponto

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 XXX – Documentação suporte dos indicadores com fontes de dados manuais e evidências das análises dos prontuários

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