



## P8 - Relatório de Apuração dos Indicadores e Cálculo da Contraprestação Mensal – Maio/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, 26 de Julho de 2024

À

**Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju**

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

Prezados,

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

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

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

Atenciosamente,

DELOITTE TOUCHE TOHMATSU CONSULTORES LTDA.

Paulo M. Vitale  
Sócio – Risk Advisory

# Índice

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

# 1. Introdução

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

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

## 2. Objetivo

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

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

## 3. Ressalva

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

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

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

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

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

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

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

## 4. Apuração dos Indicadores

Neste tópico serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados sobre a competência de maio/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\$ 482.877,99**, seguindo a composição demonstrada a seguir:

### Resultado da Apuração de Maio/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	70
Contraprestação Variável Mensal Efetiva	R\$ 482.877,99

#### 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	18	R\$ 124.168,63
Grupo 03 - Procedimentos Clínicos	6	4	R\$ 27.593,03
Grupo 04 - Internação Hospitalar	57	39	R\$ 269.032,02

#### Indicadores Qualitativos

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

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

Tabela 1 - Quadro resumo de atendimento dos Indicadores Qualitativos

Indicador	Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Resultado apurado (IV)	
		Qnt.	Percentual	Pontos	Qnt.	Percentual	Pontos		
1	Comissão de Infecção Hospitalar	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓
2	Comissão de Revisão de Prontuários	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓
3	Comissão de Investigação de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓
4	Comissão de Farmácia e Terapêutica	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓
5	Comissão da Humanização da Assistência	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓
6	Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC	Aplicar questionário a no mínimo 10% do total de pacientes atendidos	34,17%	342%	1 Ponto	31,66%	317%	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		
<b>GRUPO 01 - AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE</b>									
8	Atividade educativa / orientação em grupo na Atenção Especializada	12 atividades/ mês	39	325,00%	2 Pontos	30	250,00%	2 Pontos	✓
<b>GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA</b>									
9	Diagnóstico em Laboratório Clínico	3.370 exames	3517	104,36%	4 Pontos	3510	104,15%	4 Pontos	✓
10	Diagnóstico por Radiologia	26 exames	141	542,31%	4 Pontos	140	538,46%	4 Pontos	✓
11	Diagnóstico por Ultrassonografia	778 exames	674	86,63%	2 Pontos	673	86,50%	2 Pontos	⊘
12	Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG - Eletrocardiograma)	130 exames	0	0,00%	0 Ponto	0	0,00%	0 Ponto	✗
13	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)	449 exames	264	58,80%	0 Ponto	264	58,80%	0 Ponto	✗
14	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tococardiografia Ante Parto)	130 exames	472	363,08%	4 Pontos	471	362,31%	4 Pontos	✓
15	Teste Rápido	518 exames	1150	222,01%	4 Pontos	1146	221,24%	4 Pontos	✓
<b>GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLINICOS</b>									
16	Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)	2.160 consultas	7404	342,78%	2 Pontos	7414	343,24%	2 Pontos	✓
17	Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada - Médico	2.160 atendimentos	1535	71,06%	0 Ponto	1535	71,06%	0 Ponto	✗
18	Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas	432 atendimentos	1151	266,44%	2 Pontos	1151	266,44%	2 Pontos	✓
<b>GRUPO 04 - INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>									
19	Leito Clínico e Cirúrgico	638 saídas hospitalares	252	39,50%	0 Ponto	255	39,97%	0 Ponto	✗
20	Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPN)	110 saídas hospitalares	146	132,73%	4 Pontos	146	132,73%	4 Pontos	✓
21	Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN	255 diárias	238	93,33%	1 Ponto	241	94,51%	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	234	61,26%	1 Ponto	238	62,30%	1 Ponto	⊘
23	% de usuários classificados (classificação de risco)	> 90%	1.164 Classificações 1.164 Atendimentos	100,00%	2 Pontos	1.166 Classificações 1.166 Atendimentos	100,00%	2 Pontos	✓
24	Monitorar mensalmente e publicizar a taxa de Episiotomia	≤ 5%	3 Episiotomias 152 Partos normais	1,97%	2 Pontos	3 Episiotomias 147 Partos normais	2,04%	2 Pontos	✓
25	Garantia da inserção de DIU	100%	85 Inserções 85 Termos	100,00%	4 Pontos	82 Inserções 82 Termos	100,00%	4 Pontos	✓
26	Apgar < 7 no 5º minuto de vida	> 95%	254 Apgar >7 256 RNs	99,21%	4 Pontos	251 Apgar >7 253 RNs	99,21%	4 Pontos	✓
27	Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida	> 95%	259 Contato e Aleitamento 259 RNs	100,00%	2 Pontos	256 Contato e Aleitamento 256 RNs	100,00%	2 Pontos	✓
28	Taxa de óbito neonatal tardio (7 a 27 dias)	< 2,82	1 Óbito 259 RNs	3,86	0 Ponto	1 Óbito 259 RNs	3,86	0 Ponto	✗
29	Taxa de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias)	< 7,04	0 Óbito 259 RNs	0,00	2 Pontos	0 Óbito 259 RNs	0,00	2 Pontos	✓
30	Taxa de Mortalidade Materna	≤ 2 / ano	0 Óbito	0,00%	2 Pontos	0 Óbito	0,00%	2 Pontos	✓
31	Teste do Olhinho	> 95%	268 Testes 259 RNs	103,47%	4 Pontos	263 Testes 263 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
32	Teste do Coraçõzinho	> 95%	263 Testes 259 RNs	101,54%	4 Pontos	263 Testes 263 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
33	Teste do Linguinha	> 95%	265 Testes 259 RNs	102,32%	4 Pontos	265 Testes 265 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
34	Taxa de Ocupação (de leitos)	≥ 90%	1.145 Pacientes/dia 2.571 Leitos/dia	44,54%	0 Ponto	1.154 Pacientes/dia 2.540 Leitos/dia	45,43%	0 Ponto	✗
35	Taxa de Infecção Hospitalar	< 10%	5 Infecções 370 Saídas	1,35%	2 Pontos	5 Infecções 370 Saídas	1,35%	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%	109 Partos Cesárea 262 Partos	41,60%	1 Ponto	106 Partos Cesárea 253 Partos	41,90%	1 Ponto	⊘
37	Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP	≥ 13	84 Leitos 366 Saídas	4,36	0 Ponto	58 Leitos 345 Saídas	5,95	0 Ponto	✘

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

## 4.1 Indicadores Qualitativos

A seguir serão apresentados os Indicadores Qualitativos apurados por este Verificador Independente conforme termos definidos na Ficha Técnica de Avaliação e Valoração dos Indicadores, constante no item 3 do Anexo 1 ao Contrato de Gestão Nº 113/2022, referente à competência de maio/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	<b>Meta Permanente:</b> 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 27/05/2024. 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. Bruna Maria Santana Matos e Sr. Philipe Sobral Siqueira), além da participação de 1 enfermeira 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	<b>Meta Permanente:</b> Reunião mensal com registro em ata do número de prontuários revisados, identificação dos pontos críticos e soluções encaminhadas, de acordo com os protocolos institucionais.	1,0 ponto	Portaria de constituição e registro das atas

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a portaria de constituição, a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 24/05/2024. 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;
- Definição do NEP de ação/treinamento;
- Carimbo para medicação de alta vigilância;
- Melhoria conforme auditoria de assinatura do paciente nos termos considerados obrigatórios;
- Realização de mudanças no SBAR;
- Informações desnecessárias contidas nos prontuários;
- Ausência de cópia de DNV;
- Correção da configuração do tamanho da fonte na aba "Relatório de alta";
- Importância da presença na próxima reunião das coordenações médicas da neonatologia e da anestesiologia;

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 001/2024, que constitui a comissão, verificada existência de quórum mínimo para realização da reunião, com a ausência de 2 integrantes da comissão (Sra. Layra Viviane Rodrigues e Sr. Philipe Sobral Siqueira).

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	1 ponto
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. <b>Comissão de Investigação de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal</b>	Implantar Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos	Comissão implantada e em funcionamento	<b>Meta Permanente:</b> Reunião Mensal com registro em ata, de acordo com os protocolos institucionais.	1,0 ponto	Portaria de constituição e registro das atas

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 29/05/2024. 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 ocorrido em abril/2024 e 3 óbitos ocorridos em maio/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 (Sra. Bruna Maria Santana Matos, Sra. Joiciane Barbara da Silva e o Sr. Mauro Muniz Bezerra) e a presença de 3 integrantes convidados (Sra. Luciana Almeida Bontempo, Sra. Mirna Porto dos Santos 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	<b>Meta Permanente:</b> 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 27/05/2024. 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, Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA), debate acerca das não conformidades registradas no mês de maio, visita em conjunto do NSP, farmácia, GOA e SCIH à unidade neonatal para traçar diagnósticos e pontos de fragilidade, construção da Política de Cadeia Medicamentosa Segura, alteração na PO Interação Fármaco x Nutriente, agendamento na primeira quinzena de junho um treinamento com as equipes assistenciais, queixa técnica em PO Notificação de Reação Adversa e Abertura e a exibição de gráfico demonstrativo do quantitativo trimestral de abertura de queixas técnicas.

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

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

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

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

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

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



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

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

## 5 Comissão de Humanização da Assistência

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
05. Comissão da Humanização da Assistência	Implantar Comissão de Humanização da Assistência	Comissão implantada e em funcionamento;	<b>Meta Permanente:</b> 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 21/05/2024. 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 maio, conscientização sobre o Maio Furta-Cor, visita guiada à MMLN, ação sobre o PO, atuação das doulas, alterações feitas no folder “Normas e Orientações”, substituição das etiquetas colantes por pulseiras de identificação, aquisição de caixa de acrílico para dispor de pesquisas de satisfação.

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 001/2024, que constitui a comissão, verificada existência de quórum mínimo para realização da reunião, sem a presença de quatro integrantes, quais sejam: Sra. Conceição Jeane Magalhães Silva, Sra. Lilian Santana Marcellino, Sra. Marcela Feitosa e a Sra. Manuela Souza. Além da Sra. Adriellen Rabelo Carvalho que não faz parte da comissão, porém foi convidada.

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

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

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

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

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

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

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

## 6 Serviço de Atendimento ao Cliente

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
<b>06. Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC 01</b>	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.	<b>Meta Permanente:</b> 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 769 respostas válidas de um universo de 804 respostas obtidas, das quais 745 foram provenientes de pacientes; 19, de acompanhantes e 5, de usuários anônimos.

Em relação ao volume total de altas hospitalares de pacientes internadas e atendidas no setor emergencial, 2.353, foi obtido um percentual de 31,66% 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	34,17%	31,66%	1 ponto

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

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

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

## 7 Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
07. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA) 01	Implantar Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA)	Comissão implantada e em funcionamento.	<b>Meta Permanente:</b> 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 14/05/2024. 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 maio/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	<b>Meta Permanente:</b> 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:** 39

**Número de participantes nas atividades:** 601 (mínimo de 10 em cada atividade)

**Número de horas das atividades:** 36 horas e 10 minutos

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

Tabela 17 – Relação das atividades educativas realizadas em maio

Data	Título do treinamento	Nº de Participantes	Carga Horária
08/05/2024	Divulgação da comissão de ética de enfermagem	20	1:30h
28/05/2024	Dia nacional de redução da mortalidade materna	25	1h
28/05/2024	Dia nacional de redução de mortalidade materna	5	2h
22/05/2024	Dia mundial da doação do leite humano	25	3h
17/05/2024	Encontro de Rede de bancos e postos de coleta	19	3h
16/05/2024	O papel do enfermeiro no cuidado das gestantes, puérperas e recém-nascidos	20	1h
16/05/2024	Atuação do enfermeiro do setor da qualidade	20	1h
15/05/2024	Atuação da comissão de ética da enfermagem	12	1h
15/05/2024	Empoderamento estrutural dos enfermeiros obstetras nas maternidades	16	-
14/05/2024	A atuação do enfermeiro frente a violência obstétrica	25	-
13/05/2024	Autonomia do enfermeiro no CPN	15	-
13/05/2024	Empatia: a importância do cuidado centrado no paciente	26	-
29/05/2024	Integração dos profissionais	10	1h
11/05/2024	A importância desenvolvimento no POI	10	1h
17/05/2024	A importância desenvolvimento no POI	10	1h
01/05/2024	A importância desenvolvimento no POI	10	1h
22/05/2024	A importância desenvolvimento no POI	13	1h
28/05/2024	A importância desenvolvimento no POI	12	1h
29/05/2024	Benefícios da mamalgesia durante e pós vacinação	11	30min
29/05/2024	Importância da amamentação; posicionamento	11	1:30h
24/05/2024	Importância da vacinação e manter o cartão de vacina atualizado	10	30min
24/05/2024	Importância da amamentação exclusiva	10	30min
14/05/2024	Visita guiada	13	-
13/05/2024	Importância da vacinação nas crianças	12	30min
13/05/2024	Importância do aleitamento materno	12	30min
09/05/2024	Importância da vacinação nas crianças	14	30min

Data	Título do treinamento	Nº de Participantes	Carga Horária
09/05/2024	Amamentação exclusiva, posicionamento do RN	14	30min
14/05/2024	Spa Day	25	2:30h
13/05/2024	Spa Day	17	-
29/05/2024	Como deve ser a alimentação da mãe que amamenta	11	30min
20/05/2024	Mitos e verdades sobre amamentação e nutrição alimentar	11	30min
13/05/2024	TM gestacional e lactação	12	30min
07/05/2024	Alimentação dos acompanhantes -NEO	10	20min
07/05/2024	Leite humano e fórmula infantil: quando usar?	10	20min
15/05/2024	Síndrome de Burnout	40	2h
10/05/2024	Maio furta cor – Vivência: uma mão lava a outra	16	2h
06/05/2024	Maio furta-cor	26	1h
28/05/2024	Visita guiada	13	2h
21/05/2024	Visita guiada	10	-

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

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social. Uma vez que duas das atividades tiveram duração de apenas 20 minutos e 7 atividades se encontram sem a carga horária preenchida, as desconsideramos da base de dados.

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0 a 4 = 0 ponto 5 a 8 = 1 ponto 9 a 12 = 2 pontos	39	30	2 pontos

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

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

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

## 9 Diagnóstico em Laboratório Clínico

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

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

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

**Número de Diagnóstico em Laboratório Clínico = 3.511**

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

Tabela 20 – Relação de exames de laboratório realizados

Código	Procedimento	Qtd
0202010120	ÁCIDO ÚRICO (AUR)	8
0202010180	AMILASE (AMI)	1
0202010201	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	191
0202010210	CALCIO (CAL)	62
0202010295	COLESTEROL TOTAL (COL)	1
0202010317	CREATININA	155
0202010325	CPK - CREATINOFOSFOQUINASE	1
0202010333	CKMB DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB(CKMB)	1
0202010368	LDH - DESIDROGENASE LÁTICA	65
0202010384	FERRITINA	8
0202010392	FERRO SERICO	8
0202010422	FOSFATASE ALCALINA (FAL)	25
0202010430	FOSFORO	22
0202010465	GAMA GT (GGT)	19
0202010473	GLICOSE EM JEJUM (GLI)	1
0202010554	DOSAGEM DE LIPASE	1

Código	Procedimento	Qnt.
0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	451
0202020479	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-	1
0202030202	PROTEINA C REATIVA (PCR)	269
0202030300	PESQUISA DE ANTICORPO PARA HIV 1 E 2	7
0202030318	HTLV I/II - ANTICORPOS	1
0202030636	PESQUISA DE Ac CONTRA Ag DE	1
0202030679	PESQUISA DE Ac CONTRA VÍRUS DA HEPATITE C	4
0202030717	PESQUISA DO VIRUS DA BRONQUEOLITE (RSV)	8
0202030741	CITOMEGALOVÍRUS - ANTICORPOS IgG	3
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	1
0202030784	PESQUISA DE Ac (ANTI-HBC IGG) CONTRA	1
0202030792	TESTE RÁPIDO DENGUE IGG/IGM	2
0202030814	RUBÉOLA - ANTICORPOS IgG	2
0202030857	CITOMEGALOVÍRUS - SOROLOGIA PCR E AVIDEZ(CITOP) LACEN	2
0202030873	TOXOPLASMOSE - ANTICORPOS IgM	12
0202030920	RUBÉOLA - ANTICORPOS IgM	2

Código	Procedimento	Qtd
0202010562	MAGNÉSIO (MAG)	58
0202010600	POTÁSSIO (POT)	74
0202010627	PROTEINAS TOTAIS E FRACOES (PTF)	9
0202010635	SODIO	79
0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-	98
0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-	97
0202010678	TRIGLICERÍDES (TRI)	8
0202010694	URÉIA (URE)	153
0202010732	GASOMETRIA VENOSA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	22
0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS (RET)	60
0202020070	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	3
0202020134	TTPA - DETERMINACAO DE TEMPO DE	23
0202020142	TEMPO DE PROTROMBINA (TP)	22
0202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE	3

1.278

Código	Procedimento	Qnt.
0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO	5
0202031110	TESTE DE VDRL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS	17
0202031179	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	79
0202050017	SUMARIO DE URINA (SUM)	112
0202060217	DOSAGEM DE HORMÔNIO GONADOTROFINA	29
0202080013	ANTIBIOGRAMA	19
0202080080	UROCULTURA	15
0202080129	CULTURA DE VIGILANCIA SWAB RETAL (CONTROLE SEMANAL) (SSEM)	3
0202080153	HEMOCULTURA	24
0202090051	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	3
0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	2
0202090183	BIOQUÍMICA DO LIQUOR (GLICOSE, LDH, PTN, CLORO, LACTATO)	2
0202090230	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	1
0202120023	GRUPO SANGUÍNEO + FATOR RH	696
0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	459

2.233

Total 3.511

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

Tabela 21 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Solicitação	Exame Realizado	Resultado anexo?	Avaliação
1	11813	27/05/2024	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
2	6410	13/05/2024	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
3	10940	N/A	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	NÃO	✗
4	11636	14/05/2024	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
5	11172	02/05/2024	CREATININA	SIM	✓
6	8674	11/05/2024	CREATININA	SIM	✓
7	11381	12/05/2024	LDH - DESIDROGENASE LÁTICA	SIM	✓
8	416	23/05/2024	FERRO SERICO	SIM	✓
9	7214	14/05/2024	POTÁSSIO (POT)	SIM	✓
10	11983	29/05/2024	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	SIM	✓



#	Nº Prontuário	Data da Solicitação	Exame Realizado	Resultado anexo?	Avaliação
11	11680	19/05/2024	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	SIM	✓
12	11351	05/05/2024	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	SIM	✓
13	12073	30/05/2024	URÉIA (URE)	SIM	✓
14	11337	08/05/2024	TTPA - DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)	SIM	✓
15	11307	03/05/2024	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	SIM	✓
16	11807	20/05/2024	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	SIM	✓
17	11200	02/05/2024	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	SIM	✓
18	10442	13/05/2024	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	SIM	✓
19	11838	21/05/2024	PROTEINA C REATIVA (PCR)	SIM	✓
20	9172	27/05/2024	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	SIM	✓

Em análise ao prontuário 10940, 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	3.517 – 104,4%	3.510 – 104,15%	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	<b>Meta Permanente (x): 26 exames / Mês</b> (A meta permanente vale de acordo com o quantitativo de procedimentos realizados)	<b>0% &lt; x ≤ 60% = 0 ponto</b> <b>60% &lt; x ≤ 95% = 2 pontos</b> <b>x &gt; 95% = 4 pontos</b>	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 = 141**

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

Tabela 24 – Relação dos exames realizados em maio

Código	Procedimento	Qtd.
204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	1
204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	83
204040019	RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO (AP E PERFIL)	4
204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL /	6
204050120	RADIOGRAFIA DO ABDOME - ABD	3
204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	37
204060095	RADIOGRAFIA DA Pelve (AP E LAUENSTEIN)	1
204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	2
204060168	RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA (AP E PERFIL)	4

**141**

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	11422	16/05/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	SIM	✓
2	3763	N/A	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	NÃO	✗
3	11050	07/05/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
4	10997	11/05/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓

#	Nº Prontuário	Data da Realização	Exame Realizado	Resultado Anexo?	Avaliação
5	10998	19/05/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
6	11059	25/04/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
7	11405	27/05/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
8	11697	18/05/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
9	8478	28/04/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
10	10711	05/05/2024	RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (AP E PERFIL)	SIM	✓

Em análise ao prontuário 3763, não foram identificadas evidências da realização do exame e solicitação médica; logo, o subtraímos do resultado.

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	141 – 542,31%	140 – 538,46%	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)	$0% < x \leq 60\% = 0$ <b>ponto</b> $60% < x \leq 95\% = 2$ <b>pontos</b> $x > 95\% = 4$ <b>pontos</b>	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 = 674**

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

Tabela 28 – Relação dos exames realizados em maio

Código	Procedimento	Qtd.
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	21
0205010059	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	54
0205020038	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR	1
0205020046	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL	8
0205020054	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	9
0205020097	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	73
0205020143	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	274
0205020151	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	13
0205020178	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	12
0205020186	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	209

**Total 674**

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

Tabela 29 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data da Solicitação	Exame Realizado	Resultado anexo?	Avaliação
1	11624	14/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	SIM	✓
2	11877	14/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	SIM	✓
3	12000	27/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	SIM	✓

#	Nº Prontuário	Data da Solicitação	Exame Realizado	Resultado anexo?	Avaliação
4	12081	31/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	SIM	✓
5	11519	10/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
6	11595	13/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
7	10324	13/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
8	11340	04/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
9	8919	15/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
10	6333	18/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
11	11951	26/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
12	11457	08/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
13	11111	20/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
14	10330	11/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
15	3210	24/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
16	11865	22/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
17	5704	15/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
18	11356	05/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
19	2122	31/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
20	11983	N/A	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	NÃO	✗
21	8478	11/05/2024	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	SIM	✓

Em análise ao prontuário 11983, 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 = 673**


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	674 – 86,63%	673 – 86,50%	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	$0% < x \leq 60\% = 0$ <b>ponto</b> $60% < x \leq 95\% = 2$ <b>pontos</b> $x > 95\% = 4$ pontos	SIA/SIH

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

### Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG) = 0

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

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

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

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

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

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

Indicador	Indicação do Atendimento
12 Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG)	<span style="color: red;">x</span> 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	$0% < x \leq 60\% = 0$ <b>ponto</b> $60% < x \leq 95\% = 2$ <b>pontos</b> $x > 95\% = 4$ 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) = 264**

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

Tabela 34 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Data do exame	Avaliação
1	11318	13/05/2024	✓
2	11297	13/05/2024	✓
3	11244	09/05/2024	✓
4	11551	24/05/2024	✓
5	11559	24/05/2024	✓
6	11235	09/05/2024	✓
7	11192	07/05/2024	✓
8	11520	24/05/2024	✓
9	11526	24/05/2024	✓
10	11422	08/05/2024	✓
11	12068	31/05/2024	✓
12	12016	29/05/2024	✓
13	11918	30/05/2024	✓
14	11969	28/05/2024	✓
15	11869	25/05/2024	✓
16	11440	22/05/2024	✓
17	11847	25/05/2024	✓
18	12063	31/05/2024	✓

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	264 – 58,80%	264 – 58,80%	0 ponto

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

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

Indicador	Indicação do Atendimento
13 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)	<span style="color: red;">x</span> Não Atendido
Conclusão da Apuração	
Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado intermediário à meta mínima estabelecida, concluímos pelo não atendimento do indicador.	

## 14 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto)

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

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

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

**Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto) = 471**

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



Tabela 37 – Relação dos exames realizados em maio

Produção	Código	Procedimento	Qtd.
Ambulatorial	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	397
Internamento (Auditado)	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	31
Internamento (Não Auditado)	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	43

**Total 471**

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

Tabela 38 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Resultado no prontuário?	Avaliação
1	11502	SIM	✓
2	5040	SIM	✓
3	11540	SIM	✓
4	6345	SIM	✓
5	8991	SIM	✓
6	11243	SIM	✓
7	11632	SIM	✓
8	11815	SIM	✓
9	12058	SIM	✓
10	5567	SIM	✓
11	11200	SIM	✓
12	11815	SIM	✓
13	10895	SIM	✓
14	11944	SIM	✓
15	11278	SIM	✓
16	11658	SIM	✓
17	11804	SIM	✓
18	12011	SIM	✓
19	11581	SIM	✓

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


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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 2$ pontos $x > 95\% = 4$ pontos	472 – 363,08%	471 – 362,31%	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 = 1.146**

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

Tabela 41 – Relação dos testes realizados em maio

Código	Procedimento	Qtd.
0214010015	GLICEMIA CAPILAR	2
0214010040	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM	304
0214010058	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO	2

Código	Procedimento	Qtd.
0214010074	SÍFILIS TESTE RÁPIDO (SIF)	280
0214010090	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C	273
0214010104	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B	274
0214010112	ZIKA VIRUS, ISOLAMENTO VIRAL(LACEN) ZIKAI	2
0214010163	(LABCHECAP)TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO	9

**Total 1.146**

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	11687	SIM	✓
2	11562	SIM	✓
3	11576	SIM	✓
4	11264	SIM	✓
5	11761	SIM	✓
6	11484	SIM	✓
7	12023	SIM	✓
8	11279	SIM	✓
9	10761	SIM	✓
10	11413	SIM	✓
11	10885	SIM	✓
12	11501	SIM	✓
13	11483	SIM	✓
14	12023	SIM	✓
15	11892	SIM	✓
16	6562	SIM	✓
17	11175	SIM	✓
18	11308	SIM	✓
19	11441	SIM	✓
20	11279	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	1.150 – 222,01%	1.146 – 221,24%	4 pontos

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

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

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

## 16 Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)

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

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

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

**Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico) = 7.414**

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

Tabela 45 – Relação das consultas realizadas em maio

Procedimento	Qtd.
ASSISTENTE SOCIAL	1176
ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA	377
ENFERMEIRO(A)	3059

Procedimento	Qtd.
ENFERMEIRO(A) BANCO DE LEITE	4
FISIOTERAPEUTA RT	1
ENFERMEIRO(A) OBSTETRA	420
FARMACÊUTICO(A)	394
FISIOTERAPEUTA	490
FONOAUDIÓLOGO	360
NUTRICIONISTA	631
PSICÓLOGO HOSPITALAR	502

**7.414**

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	11421	ASSISTENTE SOCIAL	✓
2	7492	ASSISTENTE SOCIAL	✓
3	11441	ASSISTENTE SOCIAL	✓
4	6300	ASSISTENTE SOCIAL	✓
5	8443	ASSISTENTE SOCIAL	✓
6	11255	ASSISTENTE SOCIAL	✓
7	10884	ASSISTENTE SOCIAL	✓
8	8669	ASSISTENTE SOCIAL	✓
9	6534	ASSISTENTE SOCIAL	✓
10	11466	ASSISTENTE SOCIAL	✓
11	8573	ASSISTENTE SOCIAL	✓
12	11307	ASSISTENTE SOCIAL	✓
13	5346	ASSISTENTE SOCIAL	✓
14	11288	ASSISTENTE SOCIAL	✓
15	11727	ASSISTENTE SOCIAL	✓
16	11485	ENFERMEIRO(A)	✓
17	9651	ENFERMEIRO(A)	✓
18	11138	ENFERMEIRO(A)	✓
19	11119	ENFERMEIRO(A)	✓
20	11308	ENFERMEIRO(A)	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 90% = 0 ponto x > 95% = 2 pontos	7.404 – 342,78%	7.414 – 343,24%	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 = 1.535**

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

Tabela 49 – Relação dos atendimentos realizados em maio

Especialidade	Qtd.
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1430
NEONATOLOGISTA	105

**1.535**

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	10492	01/05/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
2	11496	10/05/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
3	11493	09/05/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
4	11695	16/05/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
5	4380	03/05/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
6	11247	01/05/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
7	11476	17/05/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
8	11496	10/05/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
9	4504	22/05/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
10	11307	25/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
11	11868	07/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
12	11119	06/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
13	9130	15/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
14	11272	21/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
15	4814	10/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
16	10493	06/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
17	1486	17/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
18	11450	18/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
19	11837	30/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
20	11225	19/04/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 90% = 0 ponto x > 90% = 2 pontos	1.535 – 71,10%	1.535 – 71,06%	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. <b>03.01.06.002-9</b> (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 = 1.151

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

Tabela 53 – Relação dos atendimentos realizados em maio

Especialidade	Qtd.
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1055
NEONATOLOGISTA	96

**1.151**

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	11973	26/05/2024	✓
2	11612	14/05/2024	✓
3	8993	06/05/2024	✓
4	10167	27/05/2024	✓
5	11642	15/05/2024	✓
6	10311	22/05/2024	✓
7	10984	17/05/2024	✓
8	10301	15/05/2024	✓
9	5829	13/05/2024	✓
10	11411	07/05/2024	✓
11	4612	25/05/2024	✓
12	6300	07/05/2024	✓



#	Nº Prontuário	Data do Atendimento	Avaliação
13	12003	27/05/2024	✓
14	10260	22/05/2024	✓
15	12014	28/05/2024	✓
16	11268	02/05/2024	✓
17	11245	07/05/2024	✓
18	11978	27/05/2024	✓
19	11180	13/05/2024	✓
20	10745	01/05/2024	✓

Em análise dos prontuários, foram identificados 5 pacientes que deram entrada na maternidade para consulta médica, porém não permaneceu em observação (PRON 10311, 10301, 6300, 11978 e 10745). O indicador visa obter o número absoluto de atendimentos, portanto, não será subtraído na base de dados.

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	1.151 - 266,44%	1.151 - 266,44%	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
<b>19. LEITO CLÍNICO</b> <b>03.03.10 Tratamento durante a Gestação, Parto e Puerpério</b> <b>03.10.01.003-9 Parto Normal</b>	-	Nº absoluto TOTAL de saídas hospitalares na Clínica Médica e Cirúrgica	<b>Meta Permanente (x): 638 saídas hospitalares / Mês</b>	<b>0% &lt; x ≤ 60% = 0 ponto</b> <b>60% &lt; x ≤ 95% = 2 pontos</b> <b>x &gt; 95% = 5 pontos</b>	SIA/SIH
<b>LEITO CIRÚRGICO</b> <b>04.11.01 Cirurgia Obstétrica - Parto</b> <b>Outras Cirurgias relacionadas ao Estado Gestacional, Saúde da Mulher e Saúde Reprodutiva</b>					

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 = 255**

Tabela 57 – Relação dos procedimentos realizados em maio

Código	Procedimento	Qtd.
0303100010	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	5
0303100044	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLÍNICAS NA GRAVIDEZ	8
0310010039	PARTO NORMAL	6
0409060011	CERCLAGEM DE COLO DO UTERO	1
0409060070	ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	7
0409060186	LAQUEADURA TUBARIA	18
0409060313	LAQUEADURA TUBRIA NA MESMA INTERNAÇÃO DE PARTO NORMAL	2
0411010026	PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	7
0411010034	PARTO CESARIANO	72
0411010042	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	30

Código	Procedimento	Qtd.
0411010077	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	87
0411020013	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	11
0411020048	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	1

**Total 255**

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 18 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos 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	11337	09/05/2024	ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	✓
2	5401	03/05/2024	LAQUEADURA TUBRIA NA MESMA INTERNAÇÃO DE PARTO NORMAL	✓
3	4534	01/05/2024	PARTO CESARIANO	✓
4	10839	02/05/2024	PARTO CESARIANO	✓
5	9653	08/05/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
6	11484	10/05/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
7	11808	21/05/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
8	4815	17/05/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
9	11186	11/05/2024	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	✓
10	11941	31/05/2024	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	✓
11	11639	27/05/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
12	11221	17/05/2024	ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	✓
13	11476	18/05/2024	ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	✓
14	9357	23/05/2024	LAQUEADURA TUBARIA	✓
15	11741	19/05/2024	LAQUEADURA TUBRIA NA MESMA INTERNAÇÃO DE PARTO NORMAL	✓
16	11686	20/05/2024	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	✓
17	11243	13/05/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
18	11849	22/05/2024	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	252 – 39,50%	255 – 39,97%	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 = 146**

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	10323	24/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
2	11119	10/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
3	5112	22/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
4	11700	18/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
5	11691	19/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
6	9311	08/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
7	5776	19/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
8	11924	27/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
9	11500	12/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
10	11674	21/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
11	6300	01/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
12	9938	12/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
13	5256	16/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
14	8184	02/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
15	11639	29/05/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $70% < x \leq 90\% = 2$ pontos $x > 90\% = 4$ pontos	146 – 132,73%	146 – 132,73%	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% &lt; x ≤ 60% = 0 ponto</p> <p>60% &lt; x ≤ 90% = 1 ponto</p> <p>x &gt; 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 = 241**

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

Tabela 64 – Relação dos prontuários de internação por dia

Dia	1-mai	2-mai	3-mai	4-mai	5-mai	6-mai	7-mai	8-mai	9-mai	10-mai	11-mai	12-mai	13-mai	14-mai	15-mai	16-mai	
Pront.	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	
	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	
	10664	10562	10562	10562	10562	10562	10562	10623	10623	10623	10623	10623	10623	10664	10664	10664	
	10795	10664	10664	10664	10664	10623	10664	10664	10664	10664	10664	10664	10664	10664	10764	10878	10878
	10878	10878	10878	10878	10878	10664	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	10878	11403	11403
	10916	10916	10916	10916	10916	10878	10944	10879	10944	11403	11403	11403	11403	11403	11403	11405	11405
	11256	11256	11256	11256	11256	10944	11256	10944	11403	11405	11405	11405	11405	11405	11405	11554	11554
	8478	8478	8478	8478	11359	11256	11403	11403	11405	11431	11431	11554	11554	11554	11554	11564	11564
Diárias	8	8	8	8	9	8	9	10	9	8	8	9	10	9	8	8	

Dia	17-mai	18-mai	19-mai	20-mai	21-mai	22-mai	23-mai	24-mai	25-mai	26-mai	27-mai	28-mai	29-mai	30-mai	31-mai
Pront.	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269	10269
	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346	10346
	10664	10664	10559	10559	10559	10559	10559	10559	10559	10559	10664	10664	10664	10664	10664
	10878	10878	10664	10664	10664	10664	10664	10664	10664	10664	11405	11405	11404	10878	10878
	11403	11405	10878	11405	11405	11405	11405	11405	11405	11405	11564	11954	11954	11954	11954
	11405	11422	11405	11422	11412	11422	11422	11564	11564	11906				12044	12044
	11564	11564	11422	11564	11422	11564	11564	11906	11906	11945					12076
			11564		11564		11830	11897			11954				
Diárias	7	7	8	7	9	7	8	7	7	8	5	5	6	7	6

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	238 – 93,33%	241 – 94,51%	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 superior 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 = 238**

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

Tabela 67 – Relação dos prontuários de internação por dia

Dia	1-mai	2-mai	3-mai	4-mai	5-mai	6-mai	7-mai	8-mai	9-mai	10-mai	11-mai	12-mai	13-mai	14-mai	15-mai	16-mai
Pront.	10630	10630	10630	10711	10711	10711	10711	10711	10711	10711	10711	10711	10711	10623	10623	10623
	10711	10711	10711	11058	11058	11058	11058	10784	10784	10944	10944	10944	10764	10711	10764	10764
	11058	10795	10795	11059	11059	11059	11059	11058	10879	11256	11256	11256	10944	10764	10826	10826
	11059	11058	11058			11359	11359	11059	11256	8478	11550	11431	11256	10944	10944	11256
	11102	11059	11059			11372	8478	11256	11462		8478	11542	11431	11256	11256	11422
		11102				8478		11359	8478			11550	8478	11431	11431	11431
							11431					8234	11542	8478	8478	11697
							11462					8478				8478
							8478									
Diárias	5	6	5	3	3	6	5	9	6	4	5	8	7	7	7	8

Dia	17-mai	18-mai	19-mai	20-mai	21-mai	22-mai	23-mai	24-mai	25-mai	26-mai	27-mai	28-mai	29-mai	30-mai	31-mai
Pront.	10623	10559	10623	10623	10623	10623	10623	10623	10623	10559	10559	10559	10559	10623	10623
	10764	10623	10764	10764	10878	10878	10878	10878	10878	10623	10623	10623	10623	11256	11256
	10826	10764	10826	10878	11256	11256	11256	11256	11256	10878	10878	10878	11256	11287	11403
	11256	10826	10998	11256	11403	11403	11403	11403	11267	11256	11256	11256	11403	11403	11431
	11422	10998	11256	11403	11431	11412	11412	11412	11422	11403	11267	11403	11403	11404	11431
	11431	11256	11403	11431	11554	11431	11431	11431	11422	11403	11422	11422	11422	11554	11564
	11554	11403	11431	11554	11830	11554	11554	11554	11431	11422	11431	11431	11431	11564	11927
	11697	11431	11554	8478	8478			11867	11867	11554	11431	11554	11554	11554	11927
	8478	11554	8478							11927	11554	11564	11564	11564	12066
		11697	11215							11867	11927	11906	11927	11927	11927
		8478									11969	11927	11867		
		11215									11867	11867			
Diárias	9	12	10	8	8	7	8	8	10	12	12	11	10	9	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	234 – 61,26%	238 – 62,30%	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
<b>Conclusão da Apuração</b>	



Uma vez que os dados apurados por este Verificador Independente apresentaram um resultado superior 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: 1.166

Número de atendimentos realizados: 1.166

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	28490	EMERGÊNCIA	10915	01/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
2	28499	EMERGÊNCIA	11027	01/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
3	28512	EMERGÊNCIA	11241	01/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
4	28529	EMERGÊNCIA	11247	01/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
5	28554	EMERGÊNCIA	11260	02/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓

#	Atend.	Tipo Acomodação	Pront.	Entrada	Especialidade	Avaliação
6	28574	EMERGÊNCIA	9931	02/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
7	28591	EMERGÊNCIA	10675	02/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
8	28606	EMERGÊNCIA	11280	02/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
9	28625	EMERGÊNCIA	11289	03/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
10	28659	EMERGÊNCIA	11307	03/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
11	28677	EMERGÊNCIA	9831	03/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
12	28686	EMERGÊNCIA	11317	03/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
13	28705	EMERGÊNCIA	11327	04/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
14	28719	EMERGÊNCIA	11335	04/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
15	28723	EMERGÊNCIA	11338	04/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
16	28739	EMERGÊNCIA	10472	04/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
17	28767	EMERGÊNCIA	11363	05/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
18	28810	EMERGÊNCIA	8221	06/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
19	28861	EMERGÊNCIA	10944	06/05/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
20	28876	EMERGÊNCIA	11395	06/05/2024	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	1.164 - 100%	1.166 - 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: 3**

**Denominador – Número de partos normais realizados no mês: 147**

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

Tabela 73 – Relação dos tipos de parto realizados em maio

Pront.	Data parto	Hora parto	Tipo parto
12035	29/05/2024	13:27	PARTO NORMAL EM CPN
11421	08/05/2024	08:20	PARTO NORMAL EM CPN
11919	25/05/2024	12:06	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	11408	07/05/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
2	11741	18/05/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
3	11872	23/05/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Episiotomia	Avaliação
4	10257	25/05/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
5	11877	01/06/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
6	11556	12/05/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
7	11525	11/05/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
8	11510	10/05/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
9	11747	18/05/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
10	5256	15/05/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
11	11744	18/05/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
12	8767	25/05/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
13	5401	02/05/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
14	11773	19/05/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
15	11693	17/05/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
x > 5% = 0 ponto x ≤ 5% = 2 pontos	1,97%	2,04%	2 pontos

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

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

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

## 25 Garantia da inserção de DIU

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

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

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

Além dos relatórios, foram analisados os termos de inserção de DIU fornecidos pela Organização Social, apresentados juntamente a este Relatório de Apuração no Anexo XXII, por meio dos quais foram identificadas, em maio, a concordância com a inserção do DIU assinada por 94 pacientes, das quais 82 efetivamente inseriram o DIU. Das 12 demais pacientes, 14 não efetivaram a inserção por desistência ou devido a condições clínicas desfavoráveis evidenciadas nos prontuários, enquanto 2 optaram por não inserir e mudaram de ideia no pós-parto. O volume total de inserções diverge do apresentado pela OS (85) devido a 2 paciente duplicadas, que constam no controle do PPP e do CO simultaneamente (PRON 4722 e 8224) e 1 paciente que consta no controle do PPP como tendo inserido o DIU, mas que precisou removê-lo devido a condições clínicas.

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	6565	SIM	✓
2	11254	SIM	✓
3	11408	SIM	✓
4	11466	SIM	✓
5	11505	SIM	✓
6	5346	SIM	✓
7	8245	SIM	✓
8	11687	SIM	✓
9	12029	SIM	✓
10	11221	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	85 - 100%	82 - 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	<b>Meta Permanente (x):</b> (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	<b>0% &lt; x ≤ 95% = 0 ponto</b>  <b>x &gt; 95% = 4 pontos</b>	Relatório de Declaração de Nascidos Vivos do Hospital

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

Número de RNs nascidos com Apgar < 7 no 5º minuto de vida: 2

Numerador – Número de RNs nascidos com Apgar > 7 no 5º minuto de vida: 251

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

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

Tabela 80 – Relação dos RNs com Apgar<7

#	Pront.	Data de nascimento	Tipo parto
1	11359	05/05/2024	NORMAL
2	11564	12/05/2024	CESÁRIA

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

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

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	11259	01/05/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
2	11245	01/05/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
3	11318	03/05/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
4	11412	07/05/2024	NORMAL	NÃO	✓
5	11442	08/05/2024	NORMAL	NÃO	✓
6	11506	10/05/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
7	11561	12/05/2024	NORMAL	NÃO	✓
8	11577	13/05/2024	NORMAL	NÃO	✓
9	11638	14/05/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
10	11718	17/05/2024	NORMAL	NÃO	✓
11	11745	17/05/2024	NORMAL	NÃO	✓
12	11786	19/05/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
13	11831	21/05/2024	NORMAL	NÃO	✓
14	11863	22/05/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
15	11910	24/05/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
16	11933	25/05/2024	NORMAL	NÃO	✓
17	11966	26/05/2024	NORMAL	NÃO	✓
18	11976	27/05/2024	NORMAL	NÃO	✓

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Número de RNs registrados na maternidade:** 259

**Número de RNs que tiveram contato pele a pele e aleitamento materno:** 236

**Numerador – Número de RNs que tiveram contato pele a pele e aleitamento materno:** 256 (exceto os 2 nascimentos em residência que chegaram após 1 hora e 1 nascido em outra unidade hospitalar + 23 evidências de impedimento clínico do aleitamento)

**Denominador – Número de recém-nascidos no mês:** 256 (exceto os 2 nascimentos em residência/trânsito e 1 nascido em outra unidade hospitalar)

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

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



Para obtenção do numerador, foram identificados no relatório 23 RNs que não fizeram aleitamento na primeira hora de vida e/ou não fizeram contato pele a pele efetivo com a genitora. Contudo, para esses casos foram identificadas contraindicação clínica da genitora e/ou RN, conforme relacionado abaixo:

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

Pront.	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Motivo
11316	NÃO	NÃO	Apresentado condições clínicas do RN e Materna
11359	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
11389	SIM	NÃO	Apresentado condições clínicas do RN e Materna
11372	NÃO	NÃO	RN apresentou condições clínicas que demandaram as manobras de reanimação
11382	SIM	NÃO	RN necessitou de observação durante 1ª hora no berço aquecido devido a desconforto respiratório, realizou a amamentação após 1ª hora de vida.
11431	NÃO	NÃO	RN apresentou complicações clínicas que demandaram manobras de reanimação.
11403	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
11405	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
11554	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
11564	NÃO	NÃO	RN apresentou complicações clínicas que demandaram manobras de reanimação.
11559	SIM	NÃO	RN apresentou complicações clínicas com necessidade de observação no berço aquecido por 1ª hora.
11575	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
11823	SIM	NÃO	RN necessitou de observação durante 1ª hora no berço aquecido devido a desconforto respiratório, realizou a amamentação após 1ª hora de vida.
11830	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
11927	NÃO	NÃO	Genitora optou por entrega segura para adoção
11969	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
11945	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
11984	SIM	NÃO	Apresentado condições clínicas Materna
12044	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
12076	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UTIN
12066	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internamento na UCINCO
12111	NÃO	NÃO	RN proveniente de parto domiciliar
11786	NÃO	SIM	RN necessitou de observação durante 1ª hora no berço aquecido devido a desconforto respiratório, realizou a amamentação após 1ª hora de vida.

Foram analisados os prontuários acima listados, a fim de verificar se as motivações para a ausência do aleitamento podem ser consideradas como justificativa para esses casos. Após essas análises, concluímos pela efetiva justificativa dos casos e, portanto, adicionou os 23 RNs ao numerador do cálculo.

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

Tabela 85 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Parto	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Avaliação
1	11259	01/05/2024	SIM	SIM	✓
2	11267	02/05/2024	SIM	SIM	✓
3	11295	03/05/2024	SIM	SIM	✓
4	11371	06/05/2024	SIM	SIM	✓
5	11412	07/05/2024	SIM	SIM	✓
6	11509	10/05/2024	SIM	SIM	✓
7	11551	11/05/2024	SIM	SIM	✓
8	11589	13/05/2024	SIM	SIM	✓
9	11623	14/05/2024	SIM	SIM	✓
10	11696	16/05/2024	SIM	SIM	✓
11	11716	17/05/2024	SIM	SIM	✓
12	11758	18/05/2024	SIM	SIM	✓
13	11776	19/05/2024	SIM	SIM	✓
14	11873	23/05/2024	SIM	SIM	✓
15	12096	31/05/2024	SIM	SIM	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 95% = 0 ponto x > 95% = 2 pontos	259 - 100%	256 - 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)	<b>Meta Permanente (x):</b> (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	$x \geq 2,82 = 0$ <b>ponto</b> $x < 2,82 = 2$ 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: 1

Numerador - Número de altas por óbito neonatal entre o 7º e 27º dia de vida: 1

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

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

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$x \geq 2,82 = 0$ ponto $x < 2,82 = 2$ pontos	3,86%	3,86%	0 ponto

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)	<b>x</b> Não Atendido

## Conclusão da Apuração

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

## 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)	<b>Meta Permanente (x):</b> (Total de óbitos de 0 a 6 dias de vida no período de um mês / total de nascidos vivos no período de um mês) X 1000	$x \geq 7,04 = 0$ <b>ponto</b> $x < 7,04 = 2$ 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: 259**

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

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

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

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

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

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

**Número de altas por óbito materno: 0**

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

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

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

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

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

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

## 31 Teste do Olhinho

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
31. Teste do Olhinho	-	Nº absoluto TOTAL de Teste do Olhinho realizado	<b>Meta Permanente (x):</b> (Total de nascidos vivos que realizou o teste no período de um mês / Total de nascidos vivos no período de um mês) X 100	<b>0% &lt; x ≤ 80% = 0 ponto</b> <b>80% &lt; x ≤ 95% = 2 pontos</b> <b>95% &lt; x ≤ 100% = 4 pontos</b>	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: 268**

**Número de nascidos vivos no mês: 259**

Para obtenção do numerador, foi identificado 268 testes realizados em maio/2024. No entanto, em análise aos relatórios citados, foram identificadas as seguintes situações:

- 18 testes foram realizados em maio, mas em RNs nascidos em abril (PRON 11207, 11224, 11122, 11193, 11194, 11195, 11136, 11212, 11213, 11204, 11230, 11223, 11215, 11197, 10711, 11058, 11102 e 11059), 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 11385, 11331, 11418, 11851 e 11966) 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 259 RNs nascidos em maio. No entanto, 15 desses RNs não estavam aptos a realizar o teste, pelos motivos descritos a seguir. Sendo assim, estes não foram considerados na base de dados, posto que a ausência dos testes não decorre da inefetividade da equipe assistencial da maternidade:

- 5 RNs (PRON 11405, 11564, 11927, 11954 e 12044) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em junho/2024, após alta da internação;
- 10 RNs (PRON 12067, 12076, 12066, 12087, 12083, 12109, 12095, 12097, 12111 e 12096) nasceram no dia 30 e 31 de maio e, portanto, não realizaram o teste, uma vez que o mesmo somente é realizado a partir de 24 a 48 horas do nascimento;

Assim, dadas as considerações acima, o numerador deve ser deduzido dos 5 testes, enquanto o denominador deve ser subtraído dos 15 RNS relacionados acima. Em paralelo, os 18 RNs nascidos em abril e que só puderam realizar o teste em maio foram somados à base do denominador, bem como o RN regulado de outra maternidade (PRON 11550). Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

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

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

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

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

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	11734	TESTE DO OLHINHO	✓
2	11235	TESTE DO OLHINHO	✓
3	11213	TESTE DO OLHINHO	✓
4	11223	TESTE DO OLHINHO	✓
5	11250	TESTE DO OLHINHO	✓
6	11244	TESTE DO OLHINHO	✓
7	11291	TESTE DO OLHINHO	✓
8	11316	TESTE DO OLHINHO	✓
9	11326	TESTE DO OLHINHO	✓
10	11389	TESTE DO OLHINHO	✓
11	11406	TESTE DO OLHINHO	✓
12	11467	TESTE DO OLHINHO	✓
13	11474	TESTE DO OLHINHO	✓
14	11561	TESTE DO OLHINHO	✓
15	11575	TESTE DO OLHINHO	✓
16	11794	TESTE DO OLHINHO	✓
17	11772	TESTE DO OLHINHO	✓
18	11828	TESTE DO OLHINHO	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	103,47%	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	<b>Meta Permanente (x):</b> (Total de nascidos vivos que realizou o teste no período de um mês / Total de nascidos vivos no período de um mês) X 100	<b>0% &lt; x ≤ 80% = 0 ponto</b> <b>80% &lt; x ≤ 95% = 2 pontos</b> <b>95% &lt; x ≤ 100% = 4 pontos</b>	Relatório Hospitalar

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

**Número de testes realizados no mês: 263**

**Número de nascidos vivos no mês: 259**

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 259 RNs nascidos em maio/2024. No entanto, 12 desses RNs não estavam aptos a realizar o teste, pelos motivos descritos a seguir. Sendo assim, estes não foram considerados na base de dados, posto que a ausência dos testes não decorre da inefetividade da equipe assistencial da maternidade:

- 4 RNs (PRON 11403, 11405, 11954 e 12044) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em junho, após alta do bloco neonatal;
- 8 RNs (PRON 12076, 12087, 12083, 12109, 12095, 12097, 12111 e 12096) nasceram nos dias 30 e 31 maio e, portanto, não realizaram o teste, uma vez que o referido teste somente é realizado a partir de 24 horas do nascimento.



Além dos casos acima, foram identificadas as seguintes situações:

- 16 testes foram realizados em maio, mas nos RNs nascidos em abril (PRON 11122, 11102, 11193, 11194, 11195, 11197, 11192, 11191, 11212, 11204, 11215, 11207, 11213, 11223, 11224 e 11230), 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 12 RNS inaptos a realizar o teste em maio, enquanto os 16 RNs nascidos em abril e que só puderam realizar o teste em maio foram somados à base. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

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

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

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

#### Teste do 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	11197	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
2	11224	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
3	11261	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
4	11349	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
5	11371	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
6	11326	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
7	11404	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
8	11440	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
9	11442	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
10	11480	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
11	11560	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
12	11517	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
13	11566	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
14	11653	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
15	11661	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
16	11776	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
17	11739	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
18	11752	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 Coraçõozinho”

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

Indicador	Indicação do Atendimento
32 Teste do Coraçõozinho	✓ 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	<b>Meta Permanente (x):</b> (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: 284**

**Número de nascidos vivos no mês: 259**

Para obtenção do numerador, foi identificado 284 testes realizados em maio/2024. No entanto, em análise aos relatórios citados, foram identificadas as seguintes situações:

- 14 testes foram realizados em maio, mas nos RNs nascidos em abril (PRON 10878, 11212, 11193, 11195, 11204, 11213, 11192, 11224, 11207, 11197, 11215, 11194, 11230 e 11223). 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;

- 13 RNs (PRON 11223, 11259, 11379, 11420, 11492, 11509, 11538, 11705, 11711, 11716, 11745, 11734 e 11827) têm registros múltiplos de realização do teste. Assim, uma vez que 26 testes foram realizados a apenas 13 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;
- 6 RNs nascidos em abril refizeram o teste em maio e, portanto, foram deduzidos do numerador por se tratar de reteste (PRON 11102, 10902, 10707, 10822, 11059 e 11108).

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 259 RNs nascidos em maio. No entanto, 8 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 11372, 11403, 11405 e 12044) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em maio, após alta do bloco neonatal;
- 4 RNs (PRON 12076, 12109, 12095 e 12111) nasceram entre o dia 30 e 31 de maio e, portanto, não realizaram o teste no mesmo dia;

Assim, dadas as considerações acima, o numerador deve ser deduzido dos 19 testes duplicados, enquanto o denominador deve ser subtraído dos 8 RNs relacionados acima. Em paralelo, os 14 RNs nascidos em abril e que só puderam realizar o teste em maio foram somados à base. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

**Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 265**

**Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 265**

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

#### Teste da Linguinha

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

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

Tabela 100 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	11368	TESTE DA LINGUINHA	✓
2	11204	TESTE DA LINGUINHA	✓
3	11244	TESTE DA LINGUINHA	✓
4	11297	TESTE DA LINGUINHA	✓
5	11389	TESTE DA LINGUINHA	✓
6	11418	TESTE DA LINGUINHA	✓
7	11440	TESTE DA LINGUINHA	✓
8	11492	TESTE DA LINGUINHA	✓
9	11555	TESTE DA LINGUINHA	✓

#	Pront.	Teste	Avaliação
10	11538	TESTE DA LINGUINHA	✓
11	11580	TESTE DA LINGUINHA	✓
12	11645	TESTE DA LINGUINHA	✓
13	11705	TESTE DA LINGUINHA	✓
14	11745	TESTE DA LINGUINHA	✓
15	11772	TESTE DA LINGUINHA	✓
16	11806	TESTE DA LINGUINHA	✓
17	11830	TESTE DA LINGUINHA	✓
18	12045	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	
$0% < x \leq 80\% = 0$ ponto $80% < x \leq 95\% = 2$ pontos $95% < x \leq 100\% = 4$ pontos	102,32%	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	<p style="text-align: center;">✓</p> <p style="text-align: center;">Atendido</p>
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	<b>Meta Permanente (x): Média mensal da taxa de ocupação diária ≥ 90%</b>  (Taxa de ocupação diária = N° de pacientes/dia / n° de leitos dia) x 100	<b>0% &lt; x &lt; 90% = 0 ponto</b>  <b>x ≥ 90% = 2 pontos</b>	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 = 1.154

Número de leitos/dia = 2.540

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	44,54%	45,43%	0 ponto

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

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

Indicador	Indicação do Atendimento
34 Taxa de Ocupação (de leitos)	✘ Não Atendido

## Conclusão da Apuração

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

## 35 Taxa de Infecção Hospitalar

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

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

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

Número de saídas hospitalares em maio = 370

Número de infecções em maio = 5

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

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

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	
$x \geq 10\% = 0$ pontos $0\% < x < 10\% = 2$ pontos	1,35%	1,35%	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	<b>Meta Permanente (x):</b> (Total de partos cesáreas no período de um mês / nº total de partos realizados no período de um mês) x100	$x \geq 40\% = 0$ <b>ponto</b> $40\% > x \geq 30\% =$ <b>1 ponto</b> $x < 30\% = 4$ pontos	SIA/SIH

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

**Número de recém-nascidos no mês:** 259

**Número de recém-nascidos por parto cesárea no mês:** 108

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados 259 nascimentos registrados na maternidade, no mês de maio, dos quais 151 nasceram de parto normal e 108, de parto cesárea. Desses nascimentos, foram identificadas as seguintes situações:

- 5 RNs nasceram de parto normal ocorrido em domicílio/trânsito (PRON 11255, 11730, 12110, 11545 e 11258) e, portanto, não se trata de parto realizado sob a assistência da maternidade Lourdes Nogueira. Estes foram desconsiderados da base de dados dos partos normais;
- 2 óbitos fetais (PRON 11924 e 11424) foram adicionados à base de dados dos partos normais;

- 1 RN (PRON RN 10664) nasceu em outra unidade hospitalar e ambos (mãe e RN) foram transferidos após o parto. Este foi removido da base de dados dos partos normais;
- 4 RNs nasceram de 2 partos de gêmeos (PRON RN 11388, 11389, 11566 e 11567), sendo assim, 2 deles foram subtraídos da base de dados de partos cesária.

Para o numerador, o número RNs de partos cesárea deve ser deduzido dos 2 RNs gêmeos, que remetem a apenas 2 partos. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

**Numerador - Número de partos cesárea realizados no mês: 106**

**Denominador - Número de partos realizados no mês: 253**

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

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


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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
$x \geq 40\% = 0$ ponto $40\% > x \geq 30\% = 1$ ponto $x < 30\% = 4$ pontos	41,60%	41,90%	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 maio = 345 (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	4,36	5,95	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](http://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](http://www.deloitte.com).

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