



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

Verificador Independente da Maternidade Municipal Maria de Lourdes Santana Nogueira

Contrato de Gestão nº 113/2022

Gestão, Operacionalização e Execução dos Serviços de Saúde

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

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

São Paulo, 08 de agosto de 2024

À

Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju

Sra. Waneska Barboza

(waneska.barboza@aracaju.se.gov.br)

Prezados,

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

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

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

Atenciosamente,

DELOITTE TOUCHE TOHMATSU CONSULTORES LTDA.

Paulo M. Vitale

Sócio – Risk Advisory

Versão	Data	Comentários
Vs.01	25/03/2024	Relatório de Apuração dos Indicadores
Vs.02	01/07/2024	Ajustes no indicador 29, sem alteração no resultado do indicador
Vs.03	08/08/2024	Ajustes no indicador 28, com alteração no resultado do indicador, conforme solicitação formalizada na reunião de CAC (Anexo XXXI)

Índice

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

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 março 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 6º dia útil de cada mês, uma vez que essa 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 supracitada.

Desta forma, 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. Considerando tal limitação 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 produção das informações base para cálculo dos indicadores, incluindo os dados provenientes dos sistemas computacionais envolvidos. Neste contexto, constatamos que 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 do trabalho de verificação independente.

4. Apuração dos Indicadores

Neste tópico serão apresentados os Indicadores de Desempenho apurados sobre a competência de março/2024, a partir dos dados extraídos do sistema hospitalar da Maternidade Lourdes Nogueira (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, bem como os procedimentos de verificação descritos nesse relatório a Contraprestação Variável Mensal Efetiva totalizou **R\$ 524.267,53**, seguindo a composição demonstrada a seguir:

Resultado da Apuração de Março/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	76
Contraprestação Variável Mensal Efetiva	R\$ 524.267,53

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	22	R\$ 151.761,65
Grupo 03 - Procedimentos Clínicos	6	4	R\$ 27.593,03
Grupo 04 - Internação Hospitalar	57	41	R\$ 282.828,54

Indicadores Qualitativos

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

Abaixo estão apresentados os quadros-resumo dos resultados da apuração dos indicadores qualitativos (Tabela 1) e quantitativos (Tabela 2) da competência de março/2024. Neles são apresentados os 37 indicadores e suas respectivas (I) metas mensais, (II) resultado reportado pela Organização Social e (III) resultado apurado pelo Verificador Independente; com base nessas informações apresentamos o percentual de cumprimento da meta e à pontuação obtida, bem como a consideração do VI acerca do (IV) resultado apurado, podendo ser 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	31,40%	314%	1 Ponto	28,89%	289%	1 Ponto	✓
7	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA)	1 Reunião mensal com registro em ata	1	100%	1 Ponto	1	100%	1 Ponto	✓

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

Tabela 2 - Quadro resumo de atendimento dos Indicadores Quantitativos

Indicador	Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Atendimento apurado (IV)	
		Qt.	Percentual	Pontos	Qt.	Percentual	Pontos		
GRUPO 01 - AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE									
8	Atividade educativa / orientação em grupo na Atenção Especializada	12 atividades/ mês	17	141,67%	2 Pontos	17	141,67%	2 Pontos	✓
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA									
9	Diagnóstico em Laboratório Clínico	3.370 exames	3624	107,54%	4 Pontos	3.640	108,01%	4 Pontos	✓
10	Diagnóstico por Radiologia	26 exames	138	530,77%	4 Pontos	138	530,77%	4 Pontos	✓
11	Diagnóstico por Ultrassonografia	778 exames	765	98,33%	4 Pontos	762	97,94%	4 Pontos	✓
12	Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG - Eletrocardiograma)	130 exames	0	0,00%	0 Ponto	0	0,00%	0 Ponto	✗
13	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)	449 exames	288	64,14%	2 Pontos	290	64,59%	2 Pontos	⊘
14	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tococardiografia Ante Parto)	130 exames	447	343,85%	4 Pontos	446	343,08%	4 Pontos	✓
15	Teste Rápido	518 exames	1259	243,05%	4 Pontos	1258	242,86%	4 Pontos	✓
GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLINICOS									
16	Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)	2.160 consultas	8424	390,00%	2 Pontos	8399	388,84%	2 Pontos	✓
17	Atendimentos de Urgência em Atenção Especializada - Médico	2.160 atendimentos	1778	82,31%	0 Ponto	1778	82,31%	0 Ponto	✗
18	Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas	432 atendimentos	1217	281,71%	2 Pontos	1217	281,71%	2 Pontos	✓
GRUPO 04 - INTERNAÇÃO HOSPITALAR									
19	Leito Clínico e Cirúrgico	638 saídas hospitalares	296	46,39%	0 Ponto	295	46,24%	0 Ponto	✗
20	Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPN)	110 saídas hospitalares	171	155,45%	4 Pontos	170	154,55%	4 Pontos	✓

Indicador		Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Atendimento apurado (IV)
			Qty.	Percentual	Pontos	Qty.	Percentual	Pontos	
21	Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN	255 diárias	173	67,84%	1 Ponto	174	68,24%	1 Ponto	⊘
22	Leitos de Unidade de Neonatologia - UCINCo e UCINCa	382 diárias	256	67,02%	1 Ponto	258	67,54%	1 Ponto	⊘
23	% de usuários classificados (classificação de risco)	> 90%	1.216 Classificações 1.216 Atendimentos	100,00%	2 Pontos	1.217 Classificações 1.217 Atendimentos	100,00%	2 Pontos	✓
24	Monitorar mensalmente e publicizar a taxa de Episiotomia	≤ 5%	2 Episiotomias 186 Partos normais	1,08%	2 Pontos	2 Episiotomias 182 Partos normais	1,10%	2 Pontos	✓
25	Garantia da inserção de DIU	100%	119 Inserções 119 Termos	100,00%	4 Pontos	116 Inserções 116 Termos	100,00%	4 Pontos	✓
26	Apgar < 7 no 5º minuto de vida	> 95%	293 Apgar >7 296 RNs	98,99%	4 Pontos	289 Apgar >7 292 RNs	98,97%	4 Pontos	✓
27	Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida	> 95%	267 Contato e Aleitamento 271 RNs	98,52%	2 Pontos	293 Contato e Aleitamento 293 RNs	100,00%	2 Pontos	✓
28	Taxa de óbito neonatal tardio (7 a 27 dias)	< 2,82	1 Óbito 296 RNs	3,38	0 Ponto	0 Óbito 296 RNs	0,00%	2 Pontos	✓
29	Taxa de óbito neonatal precoce (0 a 6 dias)	< 7,04	0 Óbito	0,00%	2 Pontos	0 Óbito	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%	309 Testes 296 RNs	104,39%	4 Pontos	304 Testes 304 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
32	Teste do Coraçõzinho	> 95%	300 Testes 296 RNs	101,35%	4 Pontos	297 Testes 297 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
33	Teste do Linguinha	> 95%	328 Testes 296 RNs	110,81%	4 Pontos	305 Testes 305 RNs	100,00%	4 Pontos	✓
34	Taxa de Ocupação (de leitos)	≥ 90%	1.201 Pacientes/dia 2.560 Leitos/dia	46,91%	0 Ponto	1.220 Pacientes/dia 2.542 Leitos/dia	47,99%	0 Ponto	✗

Indicador		Meta Mensal (I)	Reporte da Organização Social (II)			Apuração do Verificador Independente (III)			Atendimento apurado (IV)
			Qty.	Percentual	Pontos	Qty.	Percentual	Pontos	
35	Taxa de Infecção Hospitalar	< 10%	4 Infecções 428 Saídas	0,93%	2 Pontos	4 Infecções 428 Saídas	0,93%	2 Pontos	✓
36	Taxa de Cesariana	< 30%	111 Partos Cesárea 301 Partos	36,88%	1 Ponto	108 Partos Cesárea 290 Partos	37,24%	1 Ponto	⊘
37	Índice de Rotatividade de Leito Clínico, Cirúrgico e PPP	≥ 13	84 Leitos 426 Saídas	5,07	0 Ponto	58 Leitos 387 Saídas	6,67	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 março/2024.

1 Comissão de Infecção Hospitalar

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

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

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a portaria de constituição, a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 25/03/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo I, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

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

- Treinamento de padronização de diluição, reconstituição e estabilidade dos medicamentos;
- Validação de atuação das doulas no CO;
- Finalização do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA);
- Acidente com perfurocortante envolvendo profissional da limpeza da UTIN;
- Fluxo de acionamento da equipe de higienização após procedimento cirúrgico;
- Garantia de manuseio correto do leite no lactário e manipulação adequada do leite na UTIN;
- Plano de ação para substituição de roupas privativas por jaleco;
- Carrinhos destinados ao transporte de material limpo;
- Reestruturação do PGRSS;
- Infecções relacionadas à assistência à saúde na UTIN;
- Adesão aos bundles;
- Monitoramento de alta pós-cirúrgica; e
- Observação de higienização das mãos dos profissionais.

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 001/2024, que constitui a comissão, verificada a presença do quórum mínimo para realização da reunião, com ausência de um integrante (Sra. Alessandra Aragão) e participação de dois farmacêuticos convidados (Sra. Adriana Moresco Matos e Sra. Nathalia dos Santos Barreto).

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

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

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

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

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

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

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

2 Comissão de Revisão de Prontuários

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

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

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a portaria de constituição, a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 22/03/2024. 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:

- Dupla checagem no carimbo específico de medicação de alta vigilância (MAV);
- Problemas no conteúdo das evoluções/anotações de enfermagem;
- Ausência de assinatura do paciente nos termos considerados obrigatórios;
- Ausência de cópia de DNV;
- Termo de testemunha de Jeová;
- Importância da classificação correta no momento da alta da puérpera e do RN;
- Correção da configuração do tamanho da fonte na aba "Relatório de alta";

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 presença de todos os integrantes da comissão.

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

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

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

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 27/03/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo III, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Assim, amparado por estas documentações, verificou-se que foram discutidos e analisados os 2 óbitos fetais ocorridos em março/2024, além de retomado 1 óbito ocorrido em fevereiro/2024, por meio de um formulário padrão, onde são descritos o contexto clínico e a cronologia do atendimento.

Conforme lista de presença, amparada pela Portaria Nº 002/2023, que constitui a comissão, verificada existência de quórum mínimo para realização da reunião, sem a presença de 1 integrante (Sra. Vanise Aragão Santos Parente).

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

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

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

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

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

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

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

4 Comissão de Farmácia e Terapêutica

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

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

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 25/03/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo IV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Assim, amparado por estas documentações, verificou-se que foram discutidos, entre outros temas, a padronização e exclusão de medicações e materiais que não se apliquem ao perfil dos pacientes, reestruturação do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA), visita à unidade Neonatal, reavaliação de padronizações já existentes e o agendamento de treinamento.

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 e Sr. Philipe Sobral Siqueira. Além disso, a reunião contou com a presença de uma convidada: Sra. Nathalia dos Santos Barreto.

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

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

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

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

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

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

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

5 Comissão de Humanização da Assistência

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

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

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 15/03/2024. 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 compra de cadernos diários para os RNs, ação de sensibilização da atuação das doulas, confirmação de curso de LIBRAS, acesso simplificado ao setor Cuidados Intermediários/Bloco neonatal, substituição das etiquetas colantes (destinadas aos acompanhantes) por pulseiras de identificação e a importância do feedback positivo aos funcionários da assistência.

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 cinco integrantes, quais sejam: Sra. Cinthia Cristina Pereira, Sra. Glicia Cristina Santana Dias, Sr. Guilherme Fernandes Melo dos Santos, Sra. Marina Correia de Azevedo e Sra. Thatyanny Ramony. Além do Sr. Sandro Roberto Tosta, que não faz parte da comissão, porém estava presente como convidado.

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

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

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

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

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

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

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

6 Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC

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

Indicadores	Operação	Produto	Meta	PONTUAÇÃO	Verificação
06. Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC 01	Implantar e manter o SAC mediante questionário de pesquisa aprovado pela SMS	Serviço de Atendimento ao Cliente implantado e em funcionamento. Existência de mecanismo de monitoramento e avaliação de sugestões e queixas.	Meta Permanente: aplicar questionário em no mínimo 10% do total de pacientes atendidos; exibir demonstrativo dos resultados da pesquisa.	1,0 ponto	Relatório consolidado dos dados resultantes da aplicação do instrumento no mês e das 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 771 respostas válidas de um universo de 812 respostas obtidas, das quais 741 foram provenientes de pacientes; 13, de acompanhantes, 11, de usuários anônimos e 6 através do FORMS.

Em relação ao volume total de altas hospitalares de pacientes internadas e atendidas no setor emergencial, 2.579, foi obtido um percentual de 29,89% 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	31,4%	29,89%	1 ponto

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

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

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

7 Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho (CIPA)

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

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

Para a avaliação do cumprimento do indicador foram fornecidos pela Organização Social a lista de presença e ata da reunião da comissão, ocorrida em 15/03/2024. A referida documentação suporte consta no Anexo VII, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Assim, amparado por estas documentações, verificou-se que foram discutidos temas pertinentes ao alinhamento do cronograma referente ao SIPAT/2024 e ao curso de brigada de incêndio.

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 março/2024.

8 Atividade educativa / orientação em grupo na Atenção Especializada

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

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

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

- Relatório de Produção Ambulatorial do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS;

- Listas de presença das atividades educativas;
- Ficha de conteúdo programático das atividades educativas.

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

Número de atividades realizadas: 17

Número de participantes nas atividades: 195 (mínimo de 10 em cada atividade)

Número de horas das atividades: 15 horas

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

Tabela 17 – Relação das atividades educativas realizadas em março

Data	Título do treinamento	Nº de Participantes	Puérpera/Gestante participante	Carga Horária
27/03/2024	Importância da rede de apoio no aleitamento humano	10	0	30min
27/03/2024	Benefícios da vacinação para o bebê	10	0	30min
26/03/2024	Visita guiada das gestantes à MMLN	12	8	2h
22/03/2024	Benefícios da vacinação para criança e para o bebê	11	0	30min
22/03/2024	Importância do aleitamento materno exclusivo e da rede de apoio	11	0	30min
14/03/2024	Administração de várias vacinas no mesmo atendimento	12	0	30min
14/03/2024	Não recomendação da amamentação cruzada – Aleitamento materno exclusivo e seus benefícios	10	0	30min
12/03/2024	Visita guiada das gestantes pela MMLN	20	13	2h
05/03/2024	Visita guiada das gestantes pela MMLN	12	6	2h
13/03/2024	A importância de movimentar no POI	12	6	1h
22/03/2024	A importância de movimentar no POI	10	5	1h
01/03/2024	A importância de movimentar no POI	10	4	1h
26/03/2024	Projeto bebê Luz-Alimentação da Nutiz	11	10	50min
11/03/2024	Dm Gestacional + Lactação	12	0	10min
04/03/2024	Amamentação Cruzada	11	0	30min
04/03/2024	Leite Humano e Fórmula Infantil	11	0	30min
26/03/2024	Bebê luz – Plano de parto, nutrição e emocional na gestação	10	10	1h

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

A seguir apresentamos os valores apurados pelo Verificador Independente e informado pela Organização Social. Uma vez que uma das atividades teve duração de apenas 20 minutos, a desconsideraremos da base de dados.

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0 a 4 = 0 ponto 5 a 8 = 1 ponto 9 a 12 = 2 pontos	17	17	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 = 3.640

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

Tabela 20 – Relação de exames de laboratório realizados

Código	Procedimento	Qty.	Código	Procedimento	Qty.
0202010120	ÁCIDO ÚRICO (AUR)	5	0202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	3
0202010201	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	224	0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	459
0202010210	CALCIO (CAL)	70	0202030202	PROTEINA C REATIVA LÁTEX (PCRL)	272
0202010260	CLORETO NO LÍQUOR	8	0202030300	PESQUISA DE ANTICORPO PARA HIV 1 E 2	7

Código	Procedimento	Qty.
0202010317	CREATININA	161
0202010325	CPK - CREATINOFOSFOQUINASE	8
0202010333	CKMB DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB(CKMB)	6
0202010368	LDH - DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA NO LÍQUIDO SINOVIAL	71
0202010384	FERRITINA	2
0202010392	FERRO SÉRICO	2
0202010422	FOSFATASE ALCALINA (FAL)	20
0202010430	FOSFORO	16
0202010465	GAMA GT (GGT)	11
0202010473	GLICOSE NO LÍQUIDO PERICÁRDICO	3
0202010562	MAGNÉSIO (MAG)	71
0202010600	POTÁSSIO (POT)	94
0202010627	PROTEÍNAS TOTAIS NO LÍQUIDO ASCÍTICO	1
0202010635	SODIO	96
0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACÉTICA (TGO)	90
0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	92
0202010678	TRIGLICERÍDES (TRI)	8
0202010694	URÉIA (URE)	155
0202010732	GASOMETRIA VENOSA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	31
0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS (RET)	63
0202020070	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	6
0202020096	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	4
0202020126	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	2
0202020134	TTPA - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	27
0202020142	TEMPO DE PROTROMBINA (TP)	27

1.374

Código	Procedimento	Qty.
0202030679	PESQUISA DE Ac CONTRA VÍRUS DA HEPATITE C	4
0202030717	PESQUISA DO VIRUS DA BRONQUEOLITE (RSV) (VIRUS SINCICIAL)	6
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	7
0202030792	TESTE RÁPIDO DENGUE IGG/IGM	6
0202030873	TOXOPLASMOSE - ANTICORPOS IgM	12
0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO	5
0202031110	VDRL NO LIQUOR	15
0202031179	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	12
0202031209	TESTE RÁPIDO TROPONINA	1
0202050017	SUMARIO DE URINA (SUM)	72
0202060217	DOSAGEM DE HORMÔNIO GONADOTROFINA CORIÔNICA (BHCG) - BETA QUANTITATIVO	17
0202060373	T4 TOTAL TETRAODOTIRONINA/TIROXINA (T4)	1
0202060381	T4 LIVRE TETRAODOTIRONINA LIVRE T4L	1
0202080013	ANTIBIOGRAMA	16
0202080080	CULTURA DE LIQUOR	13
0202080129	CULTURA BACTÉRIAS PIOGÊNICAS(CULG2) 3ª AMOSTRA	5
0202080153	HEMOCULTURA PARA AERÓBIOS(HEC2) - 2ª AMOSTRA	43
0202090051	CONTAGEM ESPECÍFICA DE CELULAS NO LIQUOR	2
0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	2
0202090183	BIOQUÍMICA DO LIQUOR (GLICOSE, LDH, PTN, CLORO, LACTATO)	2
0202090230	PESQUISA DE CARACTERES FÍSICOS NO LIQUOR	1
0202090299	LATEX NO SORO (LATSO)	1
0202120023	GRUPO SANGUÍNEO + FATOR RH	714
0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	567

2.266

Total 3.640

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	9592	08/03/2024	ÁCIDO ÚRICO (AUR)	SIM	✓
2	4380	21/03/2024	0202010201: BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
3	9513	08/03/2024	0202010201: BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (BIL)	SIM	✓
4	6256	29/02/2024	COLOR(CLO)	SIM	✓
5	10061	23/03/2024	CREATININA	SIM	✓
6	4763	26/03/2024	LDH - DESIDROGENASE LÁTICA	SIM	✓
7	6096	26/03/2024	FOSFORO	SIM	✓
8	8227	27/02/2024	GAMA GT (GGT)	SIM	✓
9	8054	22/03/2024	GLICOSE EM JEJUM (GLI)	SIM	✓
10	9214	02/03/2024	POTÁSSIO (POT)	SIM	✓
11	9245	11/03/2024	DOSAGEM DE ALBUMINA SERICA	SIM	✓
12	8227	04/03/2024	SODIO	SIM	✓
13	9427	05/03/2024	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	SIM	✓
14	4763	26/03/2024	URÉIA (URE)	SIM	✓
15	9518	06/03/2024	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	SIM	✓
16	6256	27/02/2024	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	SIM	✓
17	9534	11/03/2024	TEMPO DE PROTROMBINA (TP)	SIM	✓
18	7637	05/03/2024	HEMOGRAMA COMPLETO (HEM)	SIM	✓
19	9796	14/03/2024	FOSFATASE ALCALINA (FAL)	SIM	✓
20	7704	31/03/2024	PROTEINA C REATIVA (PCR)	SIM	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	3.624 – 107,50%	3.640 – 108,01%	4 pontos

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

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

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

10 Diagnóstico por Radiologia

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

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

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

Número de Diagnóstico por Radiologia = 138

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

Tabela 24 – Relação dos exames realizados em março

Código	Procedimento	Qtd.
0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	5
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	75
0204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	2
0204040035	RADIOGRAFIA DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	1
0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	11
0204050120	RADIOGRAFIA DO ABDOME - ABD	2
0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	40
0204060087	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO (AP CORRIGIDO(MORTIZ) E PERFIL)	1
0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	1

138

A fim de verificar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 15 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as realizações dos exames 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	7488	14/03/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	SIM	✓
2	8624	27/02/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SIM	✓
3	8940	01/03/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
4	9439	04/03/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
5	9202	27/02/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
6	8751	29/02/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SIM	✓
7	9337	03/03/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SIM	✓
8	8895	18/02/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
9	9893	17/03/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
10	8787	14/03/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
11	9299	09/03/2024	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	SIM	✓
12	8869	19/03/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	SIM	✓
13	8752	26/02/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SIM	✓
14	8894	26/02/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SIM	✓
15	9503	11/03/2024	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	SIM	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	138 – 530,77%	138 – 530,77%	4 pontos

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

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

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

11 Diagnóstico por Ultrassonografia

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

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

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

Número de Diagnóstico por Ultrassonografia = 765

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

Tabela 28 – Relação dos exames realizados em março

Código	Procedimento	Qtd.
0205010024	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFIGICA	1
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	22
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE	5
0205010059	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	42
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDOME TOTAL	11
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	7
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	6
0205020097	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	10
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	5
0205020143	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	305
0205020151	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER	10
0205020160	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	1
0205020178	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	25
0205020186	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	315

Total 765

Dos exames mencionados, 3 foram realizados em colaboradores da unidade não regulados (PRON 9757 e 6261), conforme validado através da agenda do IDS, fornecida pela SMS (Anexo XXX), perfazendo, portanto, o volume a seguir:

Número de Diagnóstico por Ultrassonografia = 762

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	7410	03/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS)	SIM	✓
2	3576	31/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	SIM	✓
3	10231	28/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	SIM	✓
4	10218	28/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	SIM	✓
5	9133	09/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL	SIM	✓
6	9647	10/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	SIM	✓
7	9757	13/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	SIM	✓
8	9894	17/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
9	5927	26/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
10	9896	17/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
11	5256	10/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
12	9731	11/02/2024	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SIM	✓
13	9607	12/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
14	9857	16/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
15	9626	09/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
16	10275	30/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL	SIM	✓
17	8752	17/02/2024	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	SIM	✓
18	9934	19/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	SIM	✓
19	8787	26/02/2024	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	SIM	✓
20	8869	18/03/2024	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	SIM	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	765 – 98,33%	762 – 97,94%	4 pontos

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

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

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

12 Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG)

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

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

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

Métodos Diagnósticos em Especialidades (ECG) = 0

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

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

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

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

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

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

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

13 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas)

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

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

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

Número Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas) = 292

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	9395	07/03/2024	✓
2	9507	19/03/2024	✓
3	9445	07/03/2024	✓
4	9787	19/03/2024	✓
5	9709	14/03/2024	✓
6	9799	19/03/2024	✓
7	9729	14/03/2024	✓
8	9880	20/03/2024	✓
9	9732	22/02/2024	✓
10	9805	19/03/2024	✓
11	10220	08/02/2024	✓

#	Nº Prontuário	Data do exame	Avaliação
12	10192	01/04/2024	✓
13	10057	25/03/2024	✓
14	10018	01/04/2024	✓
15	9307	04/03/2024	✓
16	10036	25/03/2024	✓
17	10021	25/03/2024	✓
18	9513	07/03/2024	✓

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

Número Métodos Diagnósticos em Especialidades (Emissões Otoacústicas Evocadas) = 290

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


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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	288 – 64,14%	290 – 64,59%	2 pontos

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

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

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

14 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto)

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

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

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

Métodos Diagnósticos em Especialidades (Tocardiografia Ante Parto) = 446

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

Tabela 37 – Relação dos exames realizados em março

Produção	Código	Procedimento	Qtd.
Ambulatorial	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	409
Internamento (Auditado)	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	32
Internamento (Não Auditado)	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	5

Total 446

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

Tabela 38 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Nº Prontuário	Resultado no prontuário?	Avaliação
1	9230	SIM	✓
2	8888	SIM	✓
3	9603	SIM	✓
4	9839	SIM	✓
5	9792	SIM	✓
6	9534	SIM	✓
7	10248	SIM	✓
8	8497	SIM	✓
9	8524	SIM	✓

#	Nº Prontuário	Resultado no prontuário?	Avaliação
10	9749	SIM	✓
11	9372	SIM	✓
12	9515	SIM	✓
13	9177	SIM	✓
14	3944	SIM	✓
15	9733	SIM	✓
16	3370	SIM	✓
17	5283	SIM	✓
18	10375	SIM	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	447 – 343,85%	446 – 343,08%	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 = 1.258

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

Tabela 41 – Relação dos testes realizados em março

Código	Procedimento	Qtd.
0214010015	GLICEMIA CAPILAR	2
0214010040	TESTE RAPIDO PARA DETECAAO DE HIV EM	312
0214010058	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV	3
0214010074	SÍFILIS TESTE RÁPIDO (SIF)	312
0214010090	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C	311
0214010104	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B	311
0214010163	(LABCHECAP)TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO	7

Total 1.258

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	9633	SIM	✓
2	10117	SIM	✓
3	8870	SIM	✓
4	8100	SIM	✓
5	9589	SIM	✓
6	9565	SIM	✓
7	9350	SIM	✓

#	Nº Prontuário	Resultado no prontuário?	Avaliação
8	3185	SIM	✓
9	7613	SIM	✓
10	8272	SIM	✓
11	9457	SIM	✓
12	9967	SIM	✓
13	2458	SIM	✓
14	3270	SIM	✓
15	3944	SIM	✓
16	8986	SIM	✓
17	9853	SIM	✓
18	9660	SIM	✓
19	10250	SIM	✓
20	3692	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	
$0% < x \leq 60\% = 0$ ponto $60% < x \leq 95\% = 2$ pontos $x > 95\% = 4$ pontos	1.259 – 243,05%	1.258 – 242,86%	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	<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.	

16 Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico)

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

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

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

Consultas de Profissionais de Nível Superior (exceto médico) = 8.424

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

Tabela 45 – Relação das consultas realizadas em março

Procedimento	Qtd.
ASSISTENTE SOCIAL	1313
ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA	460
ENFERMEIRO(A)	3432
ENFERMEIRO(A) BANCO DE LEITE	7
ENFERMEIRO(A) OBSTETRA	415
FARMACÊUTICO(A)	496
FISIOTERAPEUTA	544
FONOAUDIÓLOGO	440
FONOAUDIÓLOGO RT	6
NUTRICIONISTA	777
PSICÓLOGO HOSPITALAR	537

8.424

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	8504	ASSISTENTE SOCIAL	✓
2	8937	ASSISTENTE SOCIAL	✓
3	8139	ASSISTENTE SOCIAL	✓
4	3013	ASSISTENTE SOCIAL	✓

#	Nº Prontuário	Atendimento	Avaliação
5	8278	ASSISTENTE SOCIAL	✓
6	8289	ASSISTENTE SOCIAL	✓
7	9806	ASSISTENTE SOCIAL	✓
8	9143	ASSISTENTE SOCIAL	✓
9	2337	ASSISTENTE SOCIAL	✓
10	9505	ASSISTENTE SOCIAL	✓
11	9266	ASSISTENTE SOCIAL	✓
12	9358	ASSISTENTE SOCIAL	✓
13	3829	ASSISTENTE SOCIAL	✓
14	8171	ASSISTENTE SOCIAL	✓
15	10240	ENFERMEIRO(A)	✓
16	9573	ENFERMEIRO(A)	✓
17	9394	ENFERMEIRO(A)	✓
18	9351	ENFERMEIRO(A)	✓
19	3763	ENFERMEIRO(A)	✓
20	3013	ENFERMEIRO(A)	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 90% = 0 ponto x > 95% = 2 pontos	8.424 – 390,0%	8.399 – 388,84%	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 = 1.778

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

Tabela 49 – Relação dos atendimentos realizados em março

Especialidade	Qtd.
ANESTESIOLOGISTA	1
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1697
NEONATOLOGISTA	80

1.778

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	5704	10/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
2	9784	14/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
3	4546	01/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
4	9177	04/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
5	8776	29/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
6	9350	02/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
7	9687	11/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
8	9843	16/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
9	4380	05/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
10	9630	14/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
11	9371	11/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
12	3179	13/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
13	9942	18/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
14	8379	08/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓

#	Nº Prontuário	Data da Consulta	Atendimento	Avaliação
15	9557	07/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
16	10002	20/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
17	9915	18/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
18	10062	22/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
19	8728	09/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
20	3940	01/03/2024	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	1.778 – 82,31%	1.778 – 82,31%	0 ponto

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

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

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

18 Atendimento de Urgência com Observação até 24Horas

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

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

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

Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas = 1.217

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

Tabela 53 – Relação dos atendimentos realizados em março

Especialidade	Qtd.
CLÍNICO GERAL	1
GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1151
NEONATOLOGISTA	65

1.217

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	9875	17/03/2024	✓
2	5040	23/03/2024	✓
3	9962	19/03/2024	✓
4	3179	13/03/2024	✓
5	9711	12/03/2024	✓
6	5187	10/03/2024	✓
7	8821	01/03/2024	✓
8	7488	11/03/2024	✓
9	9966	19/03/2024	✓
10	10111	24/03/2024	✓
11	10089	24/03/2024	✓
12	3048	04/03/2024	✓
13	4573	18/03/2024	✓
14	10200	27/03/2024	✓
15	8317	20/03/2024	✓
16	9400	06/03/2024	✓
17	9481	05/03/2024	✓
18	10156	25/03/2024	✓
19	9346	01/03/2024	✓
20	7403	12/03/2024	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 1 ponto x > 95% = 2 pontos	1.217 – 281,71%	1.217 - 281,71%	2 pontos

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

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

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

19 Leito Clínico e Cirúrgico

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

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

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

Procedimentos hospitalares no mês = 300

Tabela 57 – Relação dos procedimentos realizados em março

Código	Procedimento	Qtd.
303100010	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	6
303100044	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	11
310010039	PARTO NORMAL	15
409060070	ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	5
409060186	LAQUEADURA TUBARIA	14
411010026	PARTO CESARIANO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	12
411010034	PARTO CESARIANO	72
411010042	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	27
411010077	SUTURA DE LACERAÇÕES DE TRAJETO PELVICO	119
411020013	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	16
411020048	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	3

Total 300

Dessas internações, no entanto, 1 saída (PRON 4768) ocorreu em fevereiro, enquanto outras 4 (PRON 3270, 10302, 10301 e 10289) ocorreram em abril. Assim, uma vez que essas saídas não foram de março, não foram consideradas na base de dados da apuração, perfazendo o volume de saídas a seguir:

Procedimentos hospitalares no mês = 295

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	9645	11/03/2024	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	✓
2	9578	10/03/2024	PARTO NORMAL	✓
3	3068	17/03/2024	LAQUEADURA TUBARIA	✓
4	9807	17/03/2024	PARTO CESARIANO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	✓
5	9965	30/03/2024	PARTO CESARIANO	✓
6	5647	23/03/2024	PARTO CESARIANO	✓
7	8888	04/03/2024	PARTO CESARIANO	✓
8	7019	30/03/2024	PARTO CESARIANO	✓
9	9896	26/03/2024	PARTO CESARIANO	✓
10	3901	05/03/2024	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	✓
11	10263	30/03/2024	SUTURA DE LACERAÇÕES DE TRAJETO PELVICO	✓

#	Nº Prontuário	Data da Saída	Procedimento	Avaliação
12	9516	06/03/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
13	9701	17/03/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
14	9806	15/03/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
15	9501	05/03/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
16	9822	15/03/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
17	3068	17/03/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓
18	9450	04/03/2024	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	✓

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 2 pontos x > 95% = 4 pontos	296 – 46,39%	295 – 46,24%	0 ponto

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

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

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

20 Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar

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

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

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

Procedimentos hospitalares no mês = 171

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	9675	21/03/2024	PARTO CESARIANO	✘
2	10234	31/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
3	9649	17/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
4	7160	08/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
5	9186	07/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
6	9711	13/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
7	6319	16/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
8	7978	30/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
9	6827	27/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
10	9283	01/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
11	9379	04/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
12	9383	04/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
13	10208	29/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
14	6489	23/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓
15	9226	06/03/2024	PARTO NORMAL em CPN	✓

Conforme apontado acima, na coluna “Avaliação”, um dos procedimentos registrado como parto normal foi, na realidade, um parto cesariano. Sendo assim, não foi considerado na base de dados da apuração, perfazendo o volume de saídas a seguir:

Procedimentos hospitalares no mês = 170

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	171 – 155,45%	170 – 154,55%	4 pontos

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

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

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

21 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN

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

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

Para aferição deste indicador, foram considerados os dados extraídos do sistema operacional da Maternidade Lourdes Nogueira, o SMPEP, a partir do relatório “Histórico de Acomodações”, levando em conta a definição de dias de permanência definido pelo Ministério da Saúde, que determina que serão contados os dias

entre a internação e a alta, independente da hora de internação e desconsiderando o dia de alta. Assim, foi obtido o valor a seguir:

Diárias de ocupação dos leitos da UTIN = 174

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

Tabela 64 – Relação dos prontuários de internação por dia

Dia	1/mar	2/mar	3/mar	4/mar	5/mar	6/mar	7/mar	8/mar	9/mar	10/mar	11/mar	12/mar	13/mar	14/mar	15/mar	16/mar
Pront.	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478	8478
	8869	8869	8869	8869	8869	8869	8869	8869	8869	8869	8869	8869	8869	8787	8869	8869
	8940	8940	8940	8940	9173	9173	9173	9173	9173	9173	9173	9173	9173	8869	9801	9801
	9173	9173	9173	9173	9299	9299	9299	9299	9299	9299	9299	9464	9464	9464	9826	9826
	9273	9299	9299	9299	9458	9464	9464	9464	9464	9464	9464	9464	9717			
	9299	9337	9337	9439	9460	9503	9503	9503	9503	9503	9503	9665	9718			
	9312			9440	9464	9507	9507	9507	9507	9507	9507					
	9337									9665						
Diárias	8	6	6	7	7	7	7	7	7	8	6	6	4	4	4	4

Dia	17/mar	18/mar	19/mar	20/mar	21/mar	22/mar	23/mar	24/mar	25/mar	26/mar	27/mar	28/mar	29/mar	30/mar	31/mar
Pront.	8478	8478	8478	8478	8478	10060	10060	10060	10060	10060	10081	10081	10081	10081	10107
	8869	8869	8869	9826	9499	10081	10081	10081	10081	10081	10100	10107	10107	10107	10269
	9801	9801	9801	9914	9914	8478	10100	10100	10100	10100	10107	9499	10247	10269	9499
	9826	9826	9826	9975	9975	9499	8478	10107	10107	10107	9499		9499	9499	
	9893	9914	9914	9975		9914	9499	8478	8478	10188					
Diárias	5	5	6	4	4	6	7	8	6	7	4	3	4	4	3

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 1 ponto x > 95% = 2 pontos	173 – 67,84%	174 – 68,24%	1 ponto

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

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

Indicador	Indicação do Atendimento
21 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN	 Parcialmente Atendido

Conclusão da Apuração

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

22 Leitos de Unidade de Neonatologia - UCINCo e UCINCa

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

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

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

Diárias de ocupação dos leitos das unidades de neonatologia = 258

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

Tabela 67 – Relação dos prontuários de internação por dia

Dia	1/mar	2/mar	3/mar	4/mar	5/mar	6/mar	7/mar	8/mar	9/mar	10/mar	11/mar	12/mar	13/mar	14/mar	15/mar	16/mar	
Pront.	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8751	8752	8752	9173	9173	9173	
	8752	8752	8752	8752	8752	8752	8752	8752	8752	8752	8752	9299	9299	9299	9299	9299	
	8894	8894	8894	8894	8894	8894	8894	8894	8894	8940	9458	9458	9458	9458	9458	9458	
	8895	8895	8895	8895	8895	8895	8895	8895	8895	9458	9460	9460	9460	9460	9460	9460	
	8907	8907	8907	8907	8940	8940	8940	8940	8940	9460	9503	9503	9507		9464	9464	
	9163	9163	9163	9163	9163	9163	9163	9163	9163		9507	9507	9665				9841
	9202	9202	9273	9273	9273	9273	9281	9458	9458		9635	9665	9717				
	9266	9266	9281	9281	9281	9281	9440	9460	9460				9718				
	9281	9273	9312	9337	9337	9440	9458	9513	9513								
					9452	9439	9458	9460									
						9440	9460										
						9452											
Diárias	9	13	9	10	12	11	10	9	9	5	7	7	8	4	5	6	

Dia	17/mar	18/mar	19/mar	20/mar	21/mar	22/mar	23/mar	24/mar	25/mar	26/mar	27/mar	28/mar	29/mar	30/mar	31/mar	
Pront.	9173	9173	9173	9173	9173	8478	9173	9173	9173	9173	10130	10100	10100	10100	10100	
	9299	9299	9299	9299	9299	9173	9299	9299	9299	9299	10188	10130	10188	10188	10247	
	9458	9458	9458	9458	9458	9299	9458	9458	9464	9464	8478	10188	8478	10247	8478	
	9460	9460	9460	9460	9460	9458	9460	9460	9881	9881	9173	8478	9173	8478	9173	
	9464	9464	9464	9464	9464	9460	9464	9464	9914	9914	9299	9173	9464	9173	9464	
	9841	9499	9499	9499	9801	9464	9801	9881	9975	9975	9464	9464	9914	9464	9914	
	9881	9729	9841	9801	9826	9801	9881	9914			9914	9914			9914	10081
		9841	9881	9841	9841	9826	9914	9975			9975	9975				
		9881	9893	9881	9881	9881	9975									
		9893	9943	9893	9893	9893										
		9943				9963										
Diárias	7	11	10	10	11	10	9	8	6	6	8	8	6	7	7	

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


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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 60% = 0 ponto 60% < x ≤ 95% = 1 ponto x > 95% = 2 pontos	256 – 67,02%	258 – 67,54%	1 ponto

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

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

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

23 Percentual de usuários classificados (classificação de risco)

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

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

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

Número de usuários classificados: 1.217

Número de atendimentos realizados: 1.217

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

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

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

Tabela 70 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Atend.	Tipo Acomodação	Pront.	Entrada	Especialidade	Avaliação
1	23565	EMERGÊNCIA	9316	29/02/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
2	23568	EMERGÊNCIA	8989	29/02/2024	PSICÓLOGO HOSPITALAR	✓
3	23575	EMERGÊNCIA	9286	01/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
4	23596	EMERGÊNCIA	9104	01/03/2024	TECNICO(A) DE ENFERMAGEM	✓
5	23678	EMERGÊNCIA	7410	02/03/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
6	23748	EMERGÊNCIA	9400	03/03/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
7	23781	EMERGÊNCIA	9418	03/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
8	24004	EMERGÊNCIA	8994	05/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
9	24088	EMERGÊNCIA	9516	06/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
10	24280	EMERGÊNCIA	9590	08/03/2024	ENFERMEIRO(A)	✓
11	24366	EMERGÊNCIA	9634	10/03/2024	TECNICO(A) DE ENFERMAGEM	✓
12	24488	EMERGÊNCIA	6979	11/03/2024	ENFERMEIRO(A)	✓
13	24776	EMERGÊNCIA	6032	14/03/2024	TECNICO(A) DE ENFERMAGEM	✓
14	24945	EMERGÊNCIA	8100	17/03/2024	ENFERMEIRO(A)	✓
15	25157	EMERGÊNCIA	3374	19/03/2024	NUTRICIONISTA CLÍNICA	✓
16	25334	EMERGÊNCIA	9876	21/03/2024	ENFERMEIRO(A)	✓

#	Atend.	Tipo Acomodação	Pront.	Entrada	Especialidade	Avaliação
17	25479	EMERGÊNCIA	9168	22/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
18	25584	EMERGÊNCIA	9876	24/03/2024	ENFERMEIRO(A) ACOLHIMENTO	✓
19	25716	EMERGÊNCIA	10157	25/03/2024	GINECOLOGISTA E OBSTETRA	✓
20	25800	EMERGÊNCIA	9582	26/03/2024	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	1.216 - 100%	1.217 - 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: 2

Denominador – Número de partos normais realizados no mês: 182

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

Tabela 73 – Relação dos tipos de parto realizados em março

Pront.	Data parto	Hora parto	Tipo parto
3063	25/03/2024	12:23	PARTO NORMAL EM CPN
10127	03/03/2024	07:37	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	10053	22/03/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
2	9831	16/03/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
3	9345	02/03/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
4	9865	19/03/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
5	9286	01/03/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
6	9816	18/03/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
7	9168	23/03/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
8	7704	29/03/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
9	9649	16/03/2024	PARTO NORMAL EM CPN	NÃO	✓
10	9962	22/03/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
11	10255	29/03/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
12	10105	24/03/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
13	3544	20/03/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓
14	9546	18/03/2024	PARTO NORMAL EM CPN	IGNORADO	✓
15	10071	31/03/2024	PARTO NORMAL	IGNORADO	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
x > 5% = 0 ponto x ≤ 5% = 2 pontos	1,07%	1,10%	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 março, a concordância com a inserção do DIU assinada por 126 pacientes, das quais 116 efetivamente inseriram o DIU. As 10 demais pacientes não efetivaram a inserção por desistência ou devido a condições clínicas desfavoráveis evidenciadas nos prontuários. O volume total de inserções diverge do apresentado pela OS devido a 3 pacientes duplicadas, que constam no controle do PPP e do CO simultaneamente.

Assim, 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 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	3185	SIM	✓
2	9399	SIM	✓
3	10047	SIM	✓
4	9286	SIM	✓
5	9390	SIM	✓
6	9542	SIM	✓
7	8860	SIM	✓
8	9301	SIM	✓
9	5380	SIM	✓
10	9842	SIM	✓
11	3044	SIM	✓
12	10061	SIM	✓
13	9274	SIM	✓
14	8870	SIM	✓
15	8222	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	119 - 100%	116 - 100%	4 pontos

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

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

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

26 Apgar < 7 no 5º minuto de vida

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

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

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

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

Numerador – Número de RNs nascidos com Apgar > 7 no 5º minuto de vida: 289

Denominador – Número de recém-nascidos no mês (com Apgar aferido): 292

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

Tabela 80 – Relação dos RNs com Apgar<7

#	Pront.	Data de nascimento	Tipo parto
1	9439	04/03/2024	NORMAL
2	10188	26/03/2024	NORMAL
3	10269	30/03/2024	NORMAL

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

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

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

Tabela 81 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Apgar <7	Avaliação
1	9710	12/03/2024	NORMAL	NÃO	✓
2	9805	15/03/2024	NORMAL	NÃO	✓
3	10050	22/03/2024	NORMAL	NÃO	✓
4	9326	01/03/2024	NORMAL	NÃO	✓

#	Pront.	Data parto	Tipo parto	Apgar <7	Avaliação
5	9361	02/03/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
6	9389	03/03/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
7	9410	03/03/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
8	9397	03/03/2024	NORMAL	NÃO	✓
9	9445	04/03/2024	NORMAL	NÃO	✓
10	9453	04/03/2024	NORMAL	NÃO	✓
11	9496	05/03/2024	NORMAL	NÃO	✓
12	9466	05/03/2024	NORMAL	NÃO	✓
13	9513	06/03/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
14	9511	06/03/2024	NORMAL	NÃO	✓
15	9567	07/03/2024	NORMAL	NÃO	✓
16	9540	07/03/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
17	9608	08/03/2024	CESÁRIA	NÃO	✓
18	9577	08/03/2024	NORMAL	NÃO	✓

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

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

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

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: 295

Número de RNs que tiveram contato pele a pele e aleitamento materno: 271

Numerador – Número de RNs que tiveram contato pele a pele e aleitamento materno: 293 (exceto os 3 nascimentos em residência/trânsito + 24 evidências de impedimento clínico do aleitamento + 1 RN nascido na maternidade que não consta no relatório de RNs)

Denominador – Número de recém-nascidos no mês: 293 (exceto os 3 nascimentos em residência/trânsito + 1 RN nascido na maternidade que não consta no relatório de RNs)

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

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

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

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

Pront.	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Motivo
9337	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9460	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9458	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9440	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9452	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internação na UCINCO
9439	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9503	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação

Pront.	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Motivo
9464	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9507	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9665	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internação na UTIN
9722	SIM	NÃO	Mãe do RN apresentou sangramento no intraoperatório, atrasando a saída na Sala Cirúrgica
9717	SIM	NÃO	RN ficou em observação por 1 hora em berço aquecido
9718	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internação na UTIN
9881	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internação na UTIN
9893	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internação na UTIN
9880	SIM	NÃO	RN ficou em observação no berço aquecido em aguardo da mãe na sala cirúrgica
9943	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram internação na UCINCO
10081	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
10060	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
10107	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
10188	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
10247	SIM	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
10269	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação
9914	NÃO	NÃO	RN com condições clínicas que demandaram reanimação

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

Adicionalmente, a fim de analisar a paridade dos resultados encontrados, foram selecionados 18 prontuários sob o critério de amostragem não probabilística com seleção aleatória. Vide abaixo a relação dos prontuários analisados, nos quais foram atestadas as ocorrências de contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, conforme evidências que constam no Anexo XXV, enviado em formato .zip junto a este Relatório de Apuração.

Tabela 85 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Parto	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Avaliação
1	9421	03/03/2024	SIM	SIM	✓
2	9564	07/03/2024	SIM	SIM	✗
3	9648	10/03/2024	SIM	SIM	✗
4	10036	21/03/2024	SIM	SIM	✗
5	9320	01/03/2024	SIM	SIM	✓
6	9340	01/03/2024	SIM	SIM	✓
7	9361	02/03/2024	SIM	SIM	✓
8	9430	04/03/2024	SIM	SIM	✓
9	9423	04/03/2024	SIM	SIM	✓
10	9496	05/03/2024	SIM	SIM	✓
11	9470	05/03/2024	SIM	SIM	✓
12	9520	06/03/2024	SIM	SIM	✓
13	9574	07/03/2024	SIM	SIM	✓
14	9561	07/03/2024	SIM	SIM	✓

#	Pront.	Parto	Contato pele a pele imediato	Aleitamento materno	Avaliação
15	9575	07/03/2024	SIM	SIM	✓
16	9579	08/03/2024	SIM	SIM	✓
17	9616	09/03/2024	SIM	SIM	✓
18	9703	11/03/2024	SIM	SIM	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 95% = 0 ponto x > 95% = 2 pontos	99,66%	100%	2 pontos

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

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

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

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

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

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

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

Número de altas por óbito neonatal: 0

Numerador - Número de altas por óbito neonatal tardio: 0

Denominador – Número de recém-nascidos vivos no mês: 296

Uma vez que o óbito ocorrido no mês de março/2024 diz respeito a um paciente (PRON RN 8869) com 1 mês e dois dias de idade, não configura óbito neonatal, mas óbito pós-neonatal ou infantil, conforme definições do Ministério da Saúde, posto que ultrapassou 27 dias de idade.

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”

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
		0	2 pontos
x ≥ 2,82 = 0 ponto x < 2,82 = 2 pontos	3,37	0	2 pontos

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

Tabela 89 - Resultado da apuração do indicador “28 Taxa de óbito neonatal tardio”

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

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

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

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

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

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

Denominador – Número de recém-nascidos vivos no mês: 296

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 ≥ 7,04 = 0 ponto x < 7,04 = 2 pontos	0	0	2 pontos

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

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

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

30 Taxa de Mortalidade Materna

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

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

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

Número de altas por óbito materno: 0

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

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

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

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

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

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

31 Teste do Olhinho

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

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

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

Número de testes realizados no mês: 308

Número de nascidos vivos no mês: 295

Para obtenção do numerador, foi identificado 308 testes realizados em março/2024. No entanto, em análise aos relatórios citados, foram identificadas as seguintes situações:

- 23 testes foram realizados em março, mas em RNs nascidos em fevereiro (PRON 8517, 8751, 8894, 9140, 9163, 9166, 9202, 9213, 9219, 9256, 9265, 9273, 9281, 9288, 9290, 9292, 9297, 9299, 9302, 9307, 9312, 9313 e 9314), 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;
- 3 RNs (PRON 9312, 9859 e 10153) têm registro duplicado de realização do teste. Assim, uma vez que 6 testes foram realizados em apenas 3 RNs, foram desconsiderados os três registros em duplicidade;
- 2 exames foram registrados em duplicidade para um mesmo RN, um no prontuário do próprio RN e outro no prontuário da parturiente (PRON 9779). Assim, desconsideramos o exame registrado no prontuário da parturiente.

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 295 RNs nascidos em março. Um RN (PRON 9914) nascido na maternidade não consta no relatório “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2”, então o somamos ao denominador, tal como os 3 RNs (PRON 9826, 9801 e 10100) regulados de outra maternidade. No entanto, 18 desses RNs não estavam aptos a realizar o teste, pelos motivos descritos a seguir. Sendo assim, estes não foram considerados na base de dados, posto que a ausência dos testes não decorre da inefetividade da equipe assistencial da maternidade:

- 8 RNs (PRON 9914, 9464, 10081, 10060, 10107, 10188, 10247 e 10262) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em abril/2024, após alta da internação;

- 10 RNs (PRON 10286, 10269, 10317, 10293, 10308, 10294, 10319, 10312, 10299 e 10310) nasceram entre os dias 30 e 31 de março 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 4 testes, enquanto o denominador deve ser subtraído dos 18 RNS relacionados acima. Em paralelo, os 23 RNs nascidos em fevereiro e que só puderam realizar o teste em março foram somados à base do denominador, bem como os 3 RNs regulados de outra maternidade e o RN que não constava no relatório de RNs. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 304

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 304

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

Teste do Olhinho

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

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

Tabela 94 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	9163	TESTE DO OLHINHO	✓
2	9292	TESTE DO OLHINHO	✓
3	9325	TESTE DO OLHINHO	✓
4	9388	TESTE DO OLHINHO	✓
5	10016	TESTE DO OLHINHO	✓
6	9463	TESTE DO OLHINHO	✓
7	9500	TESTE DO OLHINHO	✓
8	9544	TESTE DO OLHINHO	✓
9	9552	TESTE DO OLHINHO	✓
10	9596	TESTE DO OLHINHO	✓
11	8894	TESTE DO OLHINHO	✓
12	9719	TESTE DO OLHINHO	✓
13	9762	TESTE DO OLHINHO	✓
14	9726	TESTE DO OLHINHO	✓
15	9871	TESTE DO OLHINHO	✓
16	9840	TESTE DO OLHINHO	✓
17	9937	TESTE DO OLHINHO	✓
18	9994	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	104,39%	100%	4 pontos

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

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

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

32 Teste do Coraçãozinho

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

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

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

Número de testes realizados no mês: 300

Número de nascidos vivos no mês: 295

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 295 RNs nascidos em março/2024. No entanto, 17 desses RNs não estavam aptos a realizar o teste, pelos motivos descritos a seguir. Sendo assim, estes não foram considerados na base de dados, posto que a ausência dos testes não decorre da inefetividade da equipe assistencial da maternidade:

- 5 RNs (PRON 9464, 10081, 10060, 10107 e 10247) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em abril, após alta do bloco neonatal;
- 12 RNs (PRON 10286, 10269, 10317, 10293, 10308, 10294, 10319, 10292, 10312, 10299, 10310 e 10295) nasceram nos dias 30 e 31 de março 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:

- 15 testes foram realizados em março, mas nos RNs nascidos em fevereiro (PRON 8894, 9163, 9173, 9273, 9281, 9288, 9290, 9292, 9297, 9299, 9302, 9307, 9312, 9313 e 9314), 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;
- 3 RNs (PRON 9801, 9826 e 10100) foram regulados de outras maternidades e, portanto, não constam na relação de nascidos na maternidade. Estes foram adicionados à base de dados;
- 1 RN (PRON 9914) nasceu na maternidade, mas não consta no relatório “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2”, então o adicionamos à base de dados.

Assim, dadas as considerações acima, o denominador deve ser subtraído dos 17 RNS inaptos a realizar o teste em março, enquanto os 15 RNs nascidos em fevereiro e que só puderam realizar o teste em março foram somados à base, tal como os 3 RNs regulados de outras maternidades e o RN não registrado no relatório. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 297

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 297

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

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

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

Tabela 97 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	10140	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
2	9290	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
3	9319	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
4	9406	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
5	9462	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
6	9540	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
7	9544	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
8	9561	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
9	9666	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓

#	Pront.	Teste	Avaliação
10	9656	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
11	9700	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
12	9734	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
13	9789	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
14	9830	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
15	9862	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
16	9947	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
17	9981	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓
18	9995	TESTE DO CORAÇÃOZINHO	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	101,35%	100%	4 pontos

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

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

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

33 Teste da Linguinha

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

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

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

Número de testes realizados no mês: 329

Número de nascidos vivos no mês: 295

Para obtenção do numerador, foi identificado 329 testes realizados em março/2024. No entanto, em análise aos relatórios citados, foram identificadas as seguintes situações:

- 20 testes foram realizados em março, mas nos RNs nascidos em fevereiro (PRON 8829, 8910, 8923, 9173, 9194, 9202, 9256, 9268, 9273, 9281, 9288, 9290, 9292, 9297, 9299, 9302, 9307, 9312, 9313 e 9314). 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;
- 25 RNs (PRON 9256, 9297, 9325, 9406, 9429, 9440, 9479, 9500, 9519, 9535, 9539, 9574, 9632, 9665, 9678, 9709, 9717, 9722, 9737, 9797, 9801, 9867, 9881, 9963 e 10249) têm registros múltiplos de realização do teste. Assim, uma vez que 52 testes foram realizados a apenas 25 RNs, e posto que a ficha técnica do indicador visa obter o número de nascidos vivos que realizaram o teste, foram desconsiderados os 27 registros múltiplos;
- 3 RNs realizaram os testes, mas não constam no relatório “Quantitativos dos Testes Realizados em Recém-Nascidos V2”. Sendo assim
- 3 testes realizados, mas sem registro na aba “triagem” do SMPEP foram acrescentados à base de dados.

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados no relatório 295 RNs nascidos em março. No entanto, 14 desses RNs não estavam aptos a realizar o teste, pelos motivos descritos a seguir. Sendo assim, não foram considerados na base de dados, posto que a ausência dos testes não decorre da falta de ação da equipe assistencial da maternidade:

- 3 RNs (PRON 10060, 10107 e 10247) foram internados no dia do nascimento, por complicações, e só puderam realizar o exame em abril, após alta do bloco neonatal;
- 11 RNs (PRON 10269, 10317, 10293, 10308, 10294, 10319, 10292, 10312, 10299, 10310 e 10295) nasceram nos dias 30 e 31 de março e, portanto, não realizaram o teste no mesmo dia;

Além disso, foi identificada a seguinte situação:

- 3 RNs (PRON 9801, 9826 e 10100) foram regulados de outras maternidades e, portanto, não constam na relação de nascidos na maternidade. Estes foram adicionados à base de dados;
- 1 RN (PRON 9914) nasceu na maternidade, mas não consta no relatório “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2”, então o adicionamos à base de dados.

Assim, dadas as considerações acima, o numerador deve ser deduzido dos 27 testes duplicados e acrescentado dos 3 testes efetivamente realizados, mas sem registro no sistema, enquanto o denominador deve ser subtraído dos 14 RNs relacionados acima. Em paralelo, os 20 RNs nascidos em fevereiro e que só puderam realizar o teste em março foram somados à base, bem como os 3 RN transferido de outra maternidade e o RN que não consta no relatório de RNs. Diante disso, os números considerados para o cálculo são os seguintes:

Numerador - Número de nascidos vivos que realizaram o teste no mês: 305

Denominador - Número de nascidos vivos aptos a realizar o teste no mês: 305

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

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

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

Tabela 100 – Relação de prontuários selecionados para verificação

#	Pront.	Teste	Avaliação
1	9464	TESTE DA LINGUINHA	✓
2	9403	TESTE DA LINGUINHA	✓
3	9417	TESTE DA LINGUINHA	✓
4	9454	TESTE DA LINGUINHA	✓
5	9479	TESTE DA LINGUINHA	✓
6	8923	TESTE DA LINGUINHA	✓
7	9635	TESTE DA LINGUINHA	✓
8	9587	TESTE DA LINGUINHA	✓
9	9709	TESTE DA LINGUINHA	✓
10	9770	TESTE DA LINGUINHA	✓
11	9778	TESTE DA LINGUINHA	✓
12	9867	TESTE DA LINGUINHA	✓
13	9849	TESTE DA LINGUINHA	✓
14	9946	TESTE DA LINGUINHA	✓
15	9989	TESTE DA LINGUINHA	✓
16	9535	TESTE DA LINGUINHA	✓
17	9826	TESTE DA LINGUINHA	✓
18	10113	TESTE DA LINGUINHA	✓

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x ≤ 80% = 0 ponto 80% < x ≤ 95% = 2 pontos 95% < x ≤ 100% = 4 pontos	110,81%	100%	4 pontos

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

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

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

34 Taxa de Ocupação (de leitos)

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

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

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

Diárias de ocupação dos leitos = 1.220

Número de leitos/dia = 2.542

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

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

A meta mensal estabelecida é de no mínimo 90%

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
0% < x < 90% = 0 ponto x ≥ 90% = 2 pontos	46,91%	47,99%	0 ponto

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

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

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

35 Taxa de Infecção Hospitalar

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

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

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

Número de saídas hospitalares em março = 428

Número de infecções em março = 4

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

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

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

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

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

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

Pontuação do Indicador	Reporte Organização Social	Reporte Verificador Independente	
x ≥ 10% = 0 pontos 0% < x < 10% = 2 pontos	0,93%	0,93%	2 pontos

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

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

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

36 Taxa de Cesariana

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

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

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

Número de recém-nascidos no mês: 295

Número de recém-nascidos por parto cesárea no mês: 111

Durante análise dos relatórios para obtenção do denominador, foram identificados 295 nascimentos registrados na maternidade, no mês de março, dos quais 184 nasceram de parto normal e 111, de parto cesárea. Desses nascimentos, foram identificadas as seguintes situações:

- 4 RNs nasceram de parto normal ocorrido em domicílio/trânsito (PRON RN 9421, 9564, 9648 e 10036) e, portanto, não se trata de parto realizado sob a assistência da maternidade Lourdes Nogueira. Este foi desconsiderado (subtraído) da base de dados dos partos normais;
- 1 parto normal de aborto (PRON 10105) foi adicionado à base de dados dos partos normais;
- 1 RN (PRON 9914) nasceu na maternidade, mas não consta no relatório “Relação de RNs nascidos na unidade (Analítico) V2” foi adicionado à base de dados dos partos normais;
- 6 RNs nasceram de 3 partos de gêmeos (PRON 9378, 9451 e 9698), sendo assim, 3 deles foram subtraídos da base de dados de partos cesária.

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

Numerador - Número de partos cesárea realizados no mês: 108

Denominador - Número de partos realizados no mês: 290

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

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 ≥ 40% = 0 ponto 40% > x ≥ 30% = 1 ponto x < 30%= 4 pontos	26,88%	37,24%	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 março = 387

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	5,10	6,67	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

Anexo XXXI – Solicitação de edição do indicador 28

← ↻ 🔒 <https://ajuinteligente.aracaju.se.gov.br/#/formDetalhesConsulta/212817156232121135> 📍 🔍 ⌂ 🔄 | 📄 ⌵ 🗄️

 **aju inteligente** ☰

- 📁 Arte e Cultura
- ❤️ Assistência Social
- 👉 Defesa do Consumidor
- 📁 Documentos Oficiais
- 💡 Economia e Inovação
- 📖 Educação
- 🏆 Esporte
- 💰 Finanças
- 🌿 Meio Ambiente
- 👤 Previdência Municipal

📩 01/08/2024 - 10:45:59 **RESPONDIDO**

Prezada,

Considerando que segundo definição do Ministério da Saúde, Óbito Neonatal é de 0 a 27 dias de vida e Pós-neonatal de 28 dias a 1 ano incompleto de vida ou 364 dias;

Solicitamos reanálise do P8 referente a março/2024 quanto ao indicador 28 (óbito neonatal tardio - 8 a 27 dias), segundo consta em ata de reunião da CAC (em anexo).

–
Atenciosamente,
Cynthia Rocha
Fiscal de Contrato - MMLN
DIGE - SMS

📎 Anexos (1):
WhatsApp_Image_2024_08_01_at_10_44_09.jpeg (118.29 MB)

FORMULÁRIO

ATA DE REUNIÃO	CÓDIGO:	REVISÃO: 00
	FP.5GQ.002	PÁGINA:1

TIPO DE REUNIÃO:	REDATOR:	DATA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
Presencial	Cynthia Rocha	24/07/2024	14:10	14:45

PAUTA

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

PARTICIPANTES

- Sandro Roberto Sousa Sampaio Tosta – Gerente Administrativo Financeiro Aprovado eletronicamente por SANDRO ROBERTO SOUSA SAMPAIO TOSTA CPF: 311.855.744 Data: 23/07/2024 15:21:45:02:00
- Rita de Cássia Leal de Souza – Diretora Geral *Rita Leal*
- Alessandra Melo de Jesus – Fiscal de contrato SMS *Alessandra*
- Cynthia Gabrielle Sousa Rocha – Fiscal de contrato SMS *Cynthia*

DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO

Aos 24 dias do mês de julho de 2024, às 14 horas e 10 minutos, na sala da diretoria geral na Maternidade Municipal Lourdes Nogueira, ocorreu a reunião da Comissão de Acompanhamento do Contrato 113/2022, para avaliação do relatório ajustado, competência MARÇO de 2024. A fiscal do contrato SMS, Cynthia Rocha, informa que o Verificador Independente ajustou o relatório de acordo com a ata anterior. Porém Rita Leal, diretora geral da maternidade, solicita reavaliação quanto ao indicador 28 do presente relatório e do período de 01 a 31 de dezembro de 2023. Defende que dois óbitos computados ultrapassavam o período que consta no contrato de óbito neonatal tardio (planilha em anexo). Cynthia informa que discutirá a solicitação com o Verificador Independente e com a gestora do contrato na próxima semana, e marcará uma nova reunião da CAC. Sem mais no momento, a reunião foi encerrada às 14 horas e 45 minutos.

Este documento foi assinado por SANDRO ROBERTO SOUSA SAMPAIO TOSTA. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.eppdoc.com.br/vista/6.0017-37330-A39CT-0A9GP>



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

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

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