

# **Relatório de Metas**

**Hospital da Mulher Mariska  
Ribeiro  
Termo de Colaboração N°01/2022**

**Julho  
2022**

**PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO**



**PREFEITO**

Eduardo da Costa Paes

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Rodrigo de Sousa Prado

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA "DR. JOÃO AMORIM"**



**DIREÇÃO GERAL**

**Viviane Dias Giordano**

**DIREÇÃO MÉDICA**

**Danielle Pimentel**

**DIREÇÃO ASSISTENCIAL**

**Mônica Azeredo**

**DIREÇÃO ADMINISTRATIVA**

**Fernanda Paz**

## SUMÁRIO

### **1. APRESENTAÇÃO**

1.1 Sobre o CEJAM

1.2 Termo de colaboração n.º 01/2022

### **2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS**

2.1 METAS VARIÁVEIS

2.1 METAS FÍSICAS

### **3. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES**

3.1 Ações de Melhoria e Eventos / Capacitações

## 1. APRESENTAÇÃO

### 1.1 Sobre o CEJAM

---

O Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico obstetra, um dos seus fundadores e 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

**Com o lema “Prevenir é Viver com Qualidade”, é qualificado como Organização Social (OSS)** em vários municípios com reconhecida experiência na gestão de serviços de saúde, atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público.

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 80 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Embu das Artes, Cajamar e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **Visão**

“Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional”

#### **Missão**

"Ser instrumento transformador da vida das pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde"

#### **Valores**

- Valorizamos a vida
- Estimulamos a cidadania
- Somos éticos
- Trabalhamos com transparência

- Agimos com responsabilidade social
- Somos inovadores
- Qualificamos a gestão

### **Pilares Estratégicos**

- Atenção Primária à Saúde
- Sinergia da Rede de Serviços
- Equipe Multidisciplinar
- Tecnologia da Informação
- Geração e Disseminação de Conhecimento

### **1.2 Termo de colaboração n.º 01/2022**

---

O Hospital da Mulher Mariska Ribeiro é composto por serviços de emergência (no sistema portas abertas 24h), ambulatoriais, cirúrgicos e de internação, com foco principal nas especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, oferecendo também suporte aos recém-nascidos com o serviço de neonatologia, equipada para o acompanhamento dos bebês durante toda a internação, incluindo Unidade Convencional, Canguru e Enfermaria Pediátrica. As instalações previstas no Termo de Colaboração retratam 72 leitos obstétricos, 8 de ginecologia, 10 de UTI Neonatal, 11 da Unidade Convencional, 4 da Unidade Canguru, 6 para enfermaria pediátrica, 3 salas cirúrgicas, 6 PPP e 8 consultórios ambulatoriais.

A finalidade desse documento é gerar apontamentos e justificativas em relação às metas variáveis e físicas, tendo como base a prestação de contas do período de Julho de 2022.

Considerando o Termo de Colaboração nº 01/2022, as metas variáveis são avaliadas, a fins de pagamento, a partir do primeiro trimestre. A avaliação e pontuação dos indicadores e metas condicionam o valor do pagamento da variável de 5% do valor do contrato, divididas em 3 variáveis:

Variável 1 - Incentivo à gestão (7)

Variável 2 - Incentivo à unidade de saúde (13)

Variável 3 - Incentivo à equipe (2)

Além das metas variáveis, o Termo de Colaboração define metas físicas que são definidas no cronograma de desembolso, tais como procedimentos cirúrgicos

(laqueadura tubária e outras cirurgias ginecológicas), consultas e exames ambulatoriais.

Todos os indicadores e metas variáveis acima, bem como as metas físicas estabelecidas em contrato, são monitorados mensalmente pela instituição, visando o alcance destas, alinhadas ao Termo de Colaboração e operacionalização das atividades, em conformidade com boas práticas a serem instituídas.

Além disso, os indicadores são abordados no Relatório de Metas enviado mensalmente. Informamos que o painel OSINFO, local destinado para inserção dos dados contratuais, se encontrava desatualizado desde o período de transição, com layout do antigo contrato de gestão. Essa questão foi identificada previamente, e com objetivo de gerar a execução das ferramentas preconizadas, solicitou alteração no layout, que desde o período vigente, está disponível para inserção. Além dos dados, todos os relatórios e materiais complementares são inseridos em formato PDF no mesmo Painel.

## 2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

### 2.1 METAS VARIÁVEIS

#### METAS VARIÁVEIS 1

			Julho		
INDICADOR VARIÁVEL 1 - INCENTIVO A GESTÃO	FÓRMULA	META	Produção	Resultado	% a incidir sobre o total do contrato
1. Índice de apresentação de AIH	Nº total de AIH apresentadas no mês x 100	≥ 1	662	1,1	0,28%
	Nº total de internações por mês		580		
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas x 100	≤ 7%	0	0%	0,28%
	Nº de AIH apresentadas		662		
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar x 100	100%	583	100%	0,28%
	total de prontuários com alta		583		
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	2	100%	0,28%
	Nº de óbitos analisados		2		
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	706.059,34	3,7%	0,28%
	Valor total gasto no trimestre x 100		18.943.047,49		
6. Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	Total de itens comprados abaixo da média x 100	95%	123	58,6%	0,28%
	Total de itens adquiridos		210		
7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade do período em análise x100	95%	2.277	97,9%	0,28%

	Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise		2.325		
--	---	--	-------	--	--

### **Indicador 3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária**

Segue anexo ao vigente documento, o relatório extraído do SISARE, fonte do indicador em questão, a fins de validação.

### **Indicador 4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos**

No dia 08/08/2022 foi realizada a Comissão mensal dos Óbitos, com aplicação de ferramentas avaliativas, através da leitura de todos os prontuários físicos, bem como a qualificação de materiais para investigação e discussão dos casos com as coordenações envolvidas. No período em questão, foram avaliados 2 casos de óbitos neonatais institucionais, bem como 4 casos de natimortos, todos extra-hospitalares, com BCF negativo na admissão. Todas as variáveis dos casos em questão foram abordadas em Ata, disponível anexa ao vigente Relatório, com informações como diagnóstico de internação. Além da Ata, para a Comissão é responsável pelo preenchimento da Ficha de Investigação Hospitalar (FIH) à DVS/CAP 5.1. Como material complementar, segue uma *planilha drive*, contendo o protocolo de Londres realizado para a investigação de um dos casos de óbito neonatal ocorrido no mês de julho na instituição, e ainda, se encontra em andamento o processo de sindicância de acordo com a Portaria nº 003.2022.

#### [Protocolo de Londres Vanessa Felipe Gomes da Silva \(4\)](#)

Salientamos que a Comissão passou por uma reformulação dos seus membros, com a inclusão das novas Chefias e Coordenações da unidade para publicação em Diário Oficial.

- Bruna Graziotti Milanesi - Coordenador Médico da Neonatologia (UTI Neonatal)
- Bianca Nascimento Ignácio dos Santos - Coordenação da Obstetrícia
- Maria Beatriz Gerardin Pirot Leobons - CCIH

- Cássia Luísa Soares Antunes - Enf. Coord. CC
  - Viviane da Silva Cardoso - Enf. Coord. UTI Neonatal
  - Cristiane da Silva Santana – Enf. Coord. CPN
  - Maria Eduarda França de Lannes Pereira – NVEH
- Dr Pedro Azzi - participação especial (médico rotina)*

### Indicador 5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos

No período em questão, os gastos do apoio à gestão contabilizou R\$ 413.202,69, considerando uma soma de R\$ 18.943.047,49 dos valores mensais realizados (maio, junho e julho), resultando em um percentual dentro da meta estabelecida pelo contrato. Para fins de análise, segue a relação atualizada até o mês de Julho, considerando o mês 5 como o mês vigente.

TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2022 - DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO										
ITEM	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado
	MÊS 1	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 5
Apoio à gestão CGE	74.000,00	0,00	74.000,00	19.254,23	74.000,00	19.315,96	74.000,00	40.903,81	74.000,00	34.098,27
Apoio à gestão da RUE	296.000,00	1.240,57	296.000,00	4.292,86	296.000,00	182.342,12	296.000,00	147.093,71	296.000,00	282.305,47
<b>Total APOIO À GESTÃO</b>	<b>370.000,00</b>	<b>1.240,57</b>	<b>370.000,00</b>	<b>23.547,09</b>	<b>370.000,00</b>	<b>201.658,08</b>	<b>370.000,00</b>	<b>187.997,52</b>	<b>370.000,00</b>	<b>316.403,74</b>
Total Geral CRONOGRAMA	8.943.147,48		7.893.147,48		7.893.147,48		7.893.147,48		7.893.147,48	
Total Mensal REALIZADO	37.455,38		2.719.173,98		5.906.933,89		5.657.053,41		7.379.060,19	

### Indicador 6. Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS

No mês de Julho foram adquiridos e precificados, 210 itens. Destes, 123 ficaram abaixo da Ata e 87 itens acima do valor preconizado.

Destaca-se que organização de Sociedade Civil realiza a modalidade de compra tomada de preços (Lei 8.666) com utilização de plataforma eletrônica BIONEXO. O lote de compra é mensal e capaz de suprir a demanda de consumo da unidade, o que é capaz de realizar uma análise mais assertiva e maior entendimento acerca de quais produtos e insumos serão necessários. Assim, seguindo essa quantidade e tendo isso em estoque, há uma garantia muito maior do atendimento da demanda e baixo índice de perdas.

Além disso, também é possível analisar as sazonalidades a fim de encontrar um tamanho ideal de estoque de segurança. Com esses estoques, há maior garantia de que mesmo quando o comportamento fugir do esperado, ainda haja capacidade de atender a demanda. Isso faz com que os pedidos sejam entregues no tempo certo. Além disso, é importante ressaltar que a análise da Gestão de Estoque também recai sobre o excesso dele, sendo possível a identificação do que poderia ser reduzido, focando o investimento em outras áreas.

Comparando os volumes de compra movimentados pela instituição e pelos órgãos públicos, nota-se que são infinitamente inferiores, o que interfere diretamente na composição do preço levando a uma comparação desvantajosa para a Organização da Sociedade Civil.

A fins de auditoria do indicador, seguem abaixo dois materiais, em formato de *planilhas drive*, contendo a entrada de material e entrada de medicamento no período em análise.

[ENTRADA MEDICAMENTO JULHO.xls](#)

[ENTRADA MATERIAL JULHO.xlsx](#)

### **Indicador 7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados**

Visando contribuir para uma análise dos dados fidedigna com as informações solicitadas, o setor de informação da sede CEJAM desenvolveu uma ferramenta informatizada que permite uma análise estratificada por serviço, contribuindo para a auditoria dos processos e a qualidade dos itens e serviços envolvidos. A fim de maior transparência do processo, seguem anexas o *Roteiro de checklist para avaliação dos fornecedores*, bem como a *Planilha drive* [QUALIDADE PRESTADORES SERVIÇOS.xlsx](#) com a relação individual e mensal dos serviços. Salientamos que todo material utilizado para avaliação de serviços da farmácia, se encontra anexa para a auditoria.

## METAS VARIÁVEIS 2

INDICADORES VARIÁVEL 2 - INCENTIVO A UNIDADE		FÓRMULA	META	% a incidir sobre o total do contrato	jul.-22	
1	Proporção de atendimentos com tempo médio entre Acolhimento/Classificação de Risco e atendimento médico abaixo dos tempos máximos de espera preconizados no protocolo	Total de pacientes atendidos dentro do tempo	> 90%	0,075%	1.290	93%
		Total de pacientes classificados conforme risco			1.390	
2	Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados x 100	< 30 %	0,075%	133	46%
		Total de partos realizados			290	
3	% RNs elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na unidade Canguru	Número de RNs elegíveis internados na unidade Canguru superior a 5 dias x 100	> 80%	0,075%	12	100%
		Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru			12	
4	Incidência de Retinopatia da Prematuridade	Número de RN <1500g com ROP >3	<2,5%	0,075%	0	0%
		Nº de RN admitidos <1500g			6	
5	Incidência de Displasia Broncopulmonar	RN <1500g de peso ao nascer dependente de O2 e IGC de 36 semanas	<20%	0,075%	1	17%
		Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas			6	
6	Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-36 semanas IG	Gestantes atendidas em risco de parto prematuro que utilizaram corticoterapia antenatal	>90%	0,075%	15	100%
		nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição			15	

7	Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	0,075%	25	100%
		Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição			25	
8	Utilização de Métodos não farmacológicos para alívio da dor	Nº de parturientes que receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor no pré parto	>30%	0,075%	143	100%
		nº de parturientes que passaram pelo pré parto			143	
9	AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	0,075%	0	0%
		Total de abortos			0	
10	Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	0,075%	4	1%
		Nº total de nascimentos			290	
11	Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	0,075%	140	100%
		Nº total de gestantes em Tp e parto			140	
12	Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	0,075%	312	8,91
		Nº de saídas			35	
13	Média de permanência na obstetria	Nº de paciente-dia internados na Obstetria	3 dias	0,075%	1020	2,8
		Nº de saídas na Obstetria			359	

### **Indicador 1. Proporção de atendimentos com tempo médio entre Acolhimento/Classificação de Risco e atendimento médico abaixo dos tempos máximos de espera preconizados no protocolo**

No período avaliado, o HMMR realizou 1.390 atendimentos na emergência, considerando pacientes acolhidos e classificados conforme risco. Destes, 1.290 foram atendidos dentro do tempo, considerando todas as cores de classificação, gerando um percentual de 93%.

Todavia, com intuito de gerar conformidade na análise e representar o real cenário do acolhimento, apresentamos a seguir, uma tabela (via sistema eletrônico) contendo os valores após a estratificação e tempo médio de atendimento, bem como o percentual atingido dentro do tempo preconizado.

Classificação	Total de atendimentos	% de Atendidos por cor	Número de atendidos dentro do tempo	% Atendidos dentro do tempo	Tempo médio de espera em minutos	META	% atingido em relação ao tempo médio
Vermelho	51	4%	51	100%	0	ATENDIMENTO IMEDIATO	100%
Laranja	15	1%	3	20%	7min	< = 15MIN	100%
Amarelo	239	17%	189	79%	23min	< = 30MIN	100%
Verde	1078	78%	1047	97%	36min	< = 120MIN	100%
Azul	7	1%	7	100%	Encaminhado	ENCAMINHADO	100%
<b>Total</b>	<b>1390</b>	<b>100%</b>	<b>1297</b>	<b>93,3%</b>			

Impende informar que no período em análise, além da continuidade da classificação de risco pela enfermeira obstétrica, ocorreu um treinamento e conscientização das equipes no que se refere ao atendimento humanizado durante o acolhimento e classificação de risco. Esse treinamento também se estendeu para a equipe do *Posso Ajudar?*, estimulando a visão focal aos sinais clínicos da paciente, agilizando a captação de pacientes no salão prévio ao atendimento.

Visando o cumprimento da meta, bem como a celeridade e segurança no atendimento, a coordenação do setor realizou uma interação entre as equipes multidisciplinares, reforçando os tempos e metas adequados para a classificação, e seus respectivos critérios utilizados, conforme orientação do Guia da Rede de Urgência

e Emergência. Quanto à cor vermelha, houve um reforço ao atendimento específico às usuárias classificadas, tais como ambientação da estrutura física, marcação visual com o vermelho e treinamento para o uso do ambiente de forma correta.



## Indicador 2. Taxa de cesárea

No período de Julho, a unidade registrou 133 cesarianas, em relação a 290 partos, correspondendo a 46% dos procedimentos realizados. Apesar da taxa ter apresentado um valor acima da meta preconizada, foi possível identificar intercorrências obstétricas/clínicas que influenciaram na decisão da interrupção da gravidez via parto cesáreo. Chama atenção, na vigente avaliação, o percentual de gestantes com **cesárea prévia/iteratividade (27%)**, o que, por si só, eleva a chance de recorrer-se à operação cesariana por conta do maior risco de rotura uterina. Além disso, indicações devido ao **sofrimento fetal agudo (18%)** e pacientes com **pré-eclâmpsia e descolamento prematuro da placenta (15%)**, corroboraram na decisão da interrupção da gravidez via parto cesáreo.

Outros fatores elencados acabam por causar uma pressão significativa nas taxas de cesariana, principalmente no que tange a enfermidades próprias e associadas à gravidez, passíveis de interrupção, por conta de agravos maternos, como o caso de DHEG e HAS grave, com valores expressivos na instituição.

Para fins de análise, a relação de cesarianas (nº do prontuário/BAM de cada paciente, bem como sua indicação clínica), se encontra anexa ao Relatório.

Aliado a isso, o HMMR contém uma demanda do ambulatório de alto risco da unidade, que concorre com indicações baseadas no quadro clínico da paciente. Salientamos que a unidade recebe pacientes referenciadas da rede, além do acolhimento e classificação de risco aberto para atendimento obstétrico 24h. Nesse sentido, a taxa também sofre impacto por conta de indicações eletivas e dos atendimentos de risco elevado que a unidade absorve, muitas delas fora da referência da unidade.

Contudo, apesar do perfil de admissão da unidade, ressaltamos o compromisso em gerar segurança às usuárias atendidas, evitando riscos e desfechos desfavoráveis. No mês de julho, devido ao caso de um óbito neonatal com grande repercussão na mídia, o cenário ficou fragilizado no que diz respeito à cautela e conduta clínica, uma vez que a instituição sofreu desdobramentos com o caso, implicando, inclusive, na diminuição de pacientes internados no CPN.

Cabe informar que a instituição aplica, na rotina obstétrica, todas as boas práticas e ferramentas do parto seguro, oferecendo suporte e parto humanizado para as pacientes. Segue abaixo algumas fotos do setor, no período em questão.



Como estratégia de aprimoramento do cuidado, além da auditoria de prontuário com estudo crítico dos casos, o CPN adotou a visita da rede cegonha à unidade, do qual a paciente tem a possibilidade de conhecer todo o hospital e o setor de parto, garantindo a vinculação da gestante à unidade de referência. Evidenciamos a reformulação da equipe, em conformidade com as boas práticas instituídas no setor. Destacamos a intensificação da capacitação dos profissionais, através de treinamentos voltados para a equipe multidisciplinar do CPN, visando acolhimento qualificado às parturientes.



### **Indicador 3. Percentual de RN elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na Unidade Canguru**

No período avaliado tivemos um total de 12 RN elegíveis e todos ficaram internados na Unidade Canguru por pelo menos 5 dias. Considerado atendido em 100% dos casos possíveis. Para fins de auditoria, a planilha contendo a admissão por paciente no setor, se encontra anexa ao vigente Relatório.

A saber, para efeito de RN elegível, consideramos apenas os critérios de elegibilidade do RN, estabilidade clínica, nutrição enteral plena e peso mínimo de 1.250g.

### **Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade**

No período de julho a UTI neonatal não registrou nenhum caso de ROP grave, considerando 6 RN admitidos com baixo peso (<1500g) no setor, gerando um percentual dentro do tempo preconizado em contrato. A fins de análise, segue abaixo a relação dos recém-nascidos <1500g admitidos no setor.

<b>Nº PRONTUÁRIO</b>	<b>DN</b>	<b>PESO AO NASCER</b>	<b>SEXO</b>	<b>VIA DE PARTO</b>	<b>IG</b>	<b>APGAR</b>
80023	06/07/2022	985	F	PV	29+2	?/?
80190	08/07/2022	1155	M	PV	30	8/8/NA
80537	10/07/2022	890	F	PV	25+2	7/9/NA
82090	18/07/2022	870	F	PC	29	4/7/NA
84534	30/07/2022	1500	M	PC	34	8/9/NA
84640	31/07/2022	1305	F	PC	31+5	7/8/NA

### **Indicador 5. Incidência de Displasia Broncopulmonar**

No período de julho a UTI neonatal registrou 1 caso de displasia broncopulmonar, considerando que no mês em questão houve a contabilização de 6 recém-nascidos com IGC 36s na UTI neonatal, gerando um percentual de 17%, dentro da meta preconizada. A fins de análise, segue abaixo a relação dos recém-nascidos:

Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas								
Nº PRONTUÁRIO	DN	PESO	VIA DE PARTO	APGAR	IG	SEXO	IGC de 36 semanas	Dependente de O2 e IGC de 36 semanas
66926	09/04/2022	670	PV	5/7/NA	23+3	F	01/07/2022 (TOT pos operatorio ROP)	NÃO
71371	18/05/2022	850	PC	6/7/NA	29	F	06/07/2022 NA	NÃO
<b>72498</b>	<b>24/05/2022</b>	<b>920</b>	<b>PC</b>	<b>9/9/NA</b>	<b>27</b>	<b>F</b>	<b>26/07/2022 VNI</b>	<b>SIM</b>
74014	01/06/2022	1300	PC	8/9/NA	31+5	F	01/07/2022- NA	NÃO
75477	09/06/2022	1235	PC	8/9/NA	31+1	F	13/07/2022 NA	NÃO
76120	14/06/2022	1240	PC	8/9/NA	32	F	11/07/2022 NA	NÃO

### **Indicador 6. Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-36 semanas IG**

No período em questão, ocorreu o uso de 15 corticoterapia antenatal em 15 partos prematuros com indicação de corticoterapia por risco de parto prematuro. A planilha para auditoria segue anexa ao vigente Relatório.

### **Indicador 7. Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave**

No período avaliado foram utilizados 25 Sulfato de Magnésio em 25 casos de Pré-Eclâmpsia Grave na instituição. A planilha para auditoria segue anexa ao vigente Relatório. Cabe mencionar que houve uma mudança no fluxo de dispensação da medicação pelo setor, permitindo a melhora na rastreabilidade do uso, e conseqüentemente, a identificação de todas as pacientes identificadas com pré-eclâmpsia na unidade.

### **Indicador 10. Taxa de asfixia perinatal**

No período de julho a unidade contabilizou 4 casos de RN com Apgar <7 do 5º minuto, considerando 290 nascidos no período, representando uma taxa de 1%, dentro da meta preconizada. Para validação e levantamento, seguem as informações questão:

Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7			
Nº DO PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	SETOR	PESO AO NASCER
80007	06/07/2022	CPN	998g
71253	11/07/2022	CC	5020g
73226	12/07/2022	CPN	3100g
81717	22/07/2022	CC	2970g

## Indicador 12. Tempo Médio de Permanência na UTI neonatal

Neste período, o número pacientes-dia da UTI Neonatal foi 312 e houve 35 saídas do setor, resultando um TMP de 8,9 dias. Cabe pontuar que o setor vem operando com uma taxa de ocupação de 99%, **dos quais 60% dos leitos de UTI neonatal estavam ocupados com pacientes de longa permanência**, cuja justificativa para o tempo de permanência foram complicações relativas às doenças de base detalhadas a seguir, bem como condições de internação, que demandam um **cuidado multidisciplinar e a vigilância rigorosa por parte da equipe neonatal**.

### 1) RN de J.C.B.B.L - Prontuário 65106

DN: 12/04/2022 IG 34 sem + 5 dias PN 2240g

Diagnóstico de Miopatia congênita - dependente de ventilação mecânica invasiva - aguardando transferência para UTI pediátrica

### 2) M.L.F.C - Prontuário 66926

DN: 09/04/2022 IG 23 sem + 2 dias PN 670g

Diagnóstico: prematuridade extrema

### 3) RN de C.F.O - Prontuário 76505

DN 16/06/22 IG 39 sem + 3 dias PN 2900g

Diagnóstico: Cardiopatia congênita - Atresia de valva tricuspide / CIA OS não restritivo / CIV pequeno a moderado -> retornou da Perinatal em 01/07 em pós operatório de cirurgia cardíaca

### 4) RN de B.C.R - Prontuário 74539

DN 04/06/2022 IG 25 sem + 3 dias PN 785g

Diagnóstico: prematuridade extrema

**5) RN de D.C.S - Prontuário 72498**

DN 24/05/2022 IG 27 sem + 5 dias PN 920g

Diagnóstico: prematuridade extrema

**6) RN de C.B.A.S -Prontuário 80190**

DN 08/07/2022 IG 30 sem PN: 1155g

Diagnóstico: Prematuridade

### METAS VARIÁVEIS 3

INDICADORES VARIÁVEL 3 - INCENTIVO A EQUIPE	FÓRMULA	META	% a incidir sobre o total do contrato	jul.-22	
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	1%	279	91%
	Total de gestantes e puérperas em observação			305	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	1%	278	99,64%
	Total de respostas efetivas			279	

#### Indicador 1 e 2

O Serviço de Ouvidoria é um setor destinado para aplicação e captação da percepção do usuário na unidade, incluindo a pesquisa de satisfação à beira leito, das pacientes em observação. No período avaliado, tivemos o total de **279 formulários de satisfação aplicados**, o que corresponde a 89% das gestantes e puérperas internadas no período. Quanto ao percentual de usuárias em internação satisfeitas, encontramos um percentual de 99% no período avaliado. A fins de análise, segue abaixo duas *planilhas drive*, contendo a relação por usuária, bem como a aplicação quantitativa da pesquisa por dia.

[Relação por usuária - Pesquisa de Satisfação HMMR 2022 .xlsx](#)

[Relatorio.Pesq Satisfação - HMMR .xlsx](#)

Como ação complementar, a CEJAM desenvolveu o Serviço de Atenção ao Usuário (SAU), canal destinado para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade. Também transmitiremos os elogios recebidos via SAU para os colaboradores com o objetivo de incentivar os mesmos a orientarem aos usuários sobre a ferramenta de manifestação. Os resultados obtidos na competência avaliada se encontram anexo

ao presente Relatório, para demonstração em gráficos dos indicadores de satisfação dos usuários.

Impende informar que além da Pesquisa de Satisfação interna e o SAU, a ouvidoria é responsável pelo recebimento e inserção dos apontamentos do canal da SMS, 1746. Todas as ouvidorias e pesquisas de opinião são avaliadas e, quando necessário, são respondidas apurando os fatos e adotando as providências oportunas.

## 2.2 METAS FÍSICAS

Especialidade	JULHO	
	Meta Contratual Mensal	Oferta SISREG JULHO
Consulta em Ginecologia - Biópsia Câncer de Endométrio	8	17
Consulta em Ginecologia Cirúrgica - Baixo e médio risco	320	486
Consulta em Ginecologia Cirúrgica	114	224
Consulta em Ginecologia - Histeroscopia Cirúrgica	90	187
Consulta em Ginecologia - Histeroscopia Diagnóstica	255	116
Consulta em Ginecologia - Laqueadura	160	272
Consulta em Ginecologia - Patologia Cervical	240	392
Consulta em Obstetrícia - Alto Risco Geral	640	619
Mamografia Bilateral	960	1050
Ultrassonografia transvaginal	800	400
Ultrassonografia de mamas bilateral	400	202
Ultrassonografia pélvica (ginecológica)	139	70
Total	4126	4035

No mês de julho os esforços foram voltados para adequação do cumprimento das metas ambulatoriais pactuadas. Apesar disso, algumas das metas físicas voltadas para consultas, exames e procedimentos não foram alcançadas.

- Consulta em Ginecologia - Histeroscopia Diagnóstica

*Esta especialidade foi redimensionada juntamente com a especialidade "Consulta em Ginecologia - Histeroscopia Cirúrgica". Esta ultrapassava a meta estabelecida, sendo ajustada juntamente com a primeira para adequação ao contrato. Ainda, houve aumento de dias de atendimento nesta especialidade de*

*dois dias para quatro dias na semana a partir da segunda quinzena do mês. Considerando a programação anual de oferta de vagas, a partir dos meses seguintes a quantidade está adequada à meta.*

- Consulta em Obstetrícia - Alto Risco Geral

*Para a adequação desta meta foi necessário aumento da equipe ao longo do mês. Há um salto de oferta entre os meses de junho e julho, contudo, apesar de próximo, o total não atingiu a oferta estipulada. Com a equipe completa, a partir dos meses seguintes a programação de vagas cobre a quantidade estabelecida e ultrapassa, a fim de compensar o déficit dos meses anteriores.*

- Ultrassonografia

*O serviço foi disponibilizado no SISREG a partir do início da segunda quinzena do mês, por este motivo cumprindo apenas metade da meta. A partir dos meses seguintes a programação foi ajustada para cumprimento integral. Impende informar os esforços voltados para a captação dos profissionais médicos, possibilitando a execução do exame 24h por dia.*

No que se refere aos procedimentos cirúrgicos, houve um aumento das consultas ofertadas no SISREG, incluindo a realização da avaliação clínica pré-operatória no serviço, visando o alcance, conseqüentemente, do volume cirúrgico pactuado. Conforme o gráfico abaixo, é possível observar o aumento das laqueaduras ginecológicas realizadas no centro cirúrgico. As demais cirurgias ginecológicas no período corresponderam a 49 procedimentos.



Cumpramos esclarecer que todos os procedimentos cirúrgicos realizados, bem como o número do prontuário/BAM, no período encontram-se anexos ao vigente documento. Ressaltamos que a partir da próxima competência, ocorrerá a inserção das iniciais de todas as pacientes cirúrgicas.

Entretanto, existem limitações importantes a serem mencionadas quanto ao cenário abordado, tais como o absenteísmo das pacientes (em torno de 40%) das laqueaduras tubárias no período em questão, o que dificulta a captação e realização do volume cirúrgico previsto. Cumpramos considerar a capacidade instalada no bloco cirúrgico, com disponibilidade de 3 salas cirúrgicas. Pontua-se a estratégia de liberação de sala cirúrgica para aumentar a movimentação e número de cirurgias.

Cabe ressaltar que durante o processo de ambientação, também foram identificados problemas estruturais e de equipamentos na unidade, com urgência no reparo, incluindo necessidade de compras para o seu pleno funcionamento. Exemplos como o PPP em vazamento e demais infiltrações em setores essenciais como o Hospital Dia e UTI Neonatal, 1 sala cirúrgica a menos em operação e problemas no serviço de refrigeração chamam a atenção na necessidade de investimento para a reestruturação dos recursos e atividades. No acompanhamento das obras e levantamento de investimentos, a reforma do PPP e melhora no serviço de refrigeração somam uma despesa de R\$ 2.273.000,00 no orçamento.

Considerando todo o cenário, incluindo o volume significativo de pacientes encaminhados sem o risco cirúrgico, estratégias financeiras, operacionais e gerenciais foram levantadas com intuito de gerar operacionalização das metas preconizadas, tais como o aumento das histeroscopias diagnósticas, oferta de teste da orelhinha e a realização das VHC/DIU no hospital dia - visando celeridade no processo. No entanto, quanto à essa mudança, ressaltamos a necessidade de investimento para mudança estrutural.

Impende informar que a Unidade continua realizando serviços internos para a demanda dos pacientes internados, para além do escopo do SISREG, contudo vem realizando a ampliação das agendas médicas e reestruturação do cenário, visando o atendimento e produção cirúrgica da demanda contratualizada.

### 3. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

- **Eventos, treinamentos e capacitações**

---

- No dia 01/07/2022 o Centro de Estudos conduziu um treinamento sobre fixação de acesso venoso periférico, para 238 colaboradores.



*Treinamento de Instalação e Manutenção de Curativo Tegaderm IV estéril para Acesso Venoso Periférico*

- A coordenação de obstetrícia e ginecologia realizaram um treinamento sobre hemorragia pós parto e inserção do balão de Bakri, nos dias 06/07/22 e 07/07/22.
- No dia 08/07/2022 ao dia 11/07/2022, foi realizado um treinamento de admissão e transporte para UTI neonatal e NN prematuro, contando com a participação de 9 colaboradores.
- Nos dias 08/07/22 a 16/07/22 ocorreu uma série de orientações sobre o teste rápido para casos de COVID-19, com cerca de 199 colaboradores.

- Dia 12/07/2022 o Centro de Estudos realizou a 1ª integração com os novos colaboradores, com participação e exposição de diversas áreas e pontos focais da unidade, tais como o serviço de nutrição, farmácia, hotelaria, setor da qualidade e demais projetos e protocolos: assistenciais e de segurança do paciente, como cirurgia segura.



- Dia 18/07/2022, a unidade recebeu o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), para discussão e articulação da maternidade com a rede nas pautas do programa.

Outros eventos, como o *Aperfeiçoamento de Cardiotocografia à enfermagem*, pela Câmara Técnica do Coren foram realizados, segue foto abaixo.

