



RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MATERNIDADE PAULINO WERNECK
Fevereiro 2026

1. INTRODUÇÃO

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 o 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 001/2024

O Hospital Maternidade Paulino Werneck é composto pelos serviços de emergência (no sistema de portas abertas 24h), cirúrgicos e de internação, com foco principal na especialidade de Obstetrícia; oferecendo também suporte aos recém-nascidos, contando com o Serviço de Neonatologia, equipada para o

acompanhamento dos bebês durante toda a internação, incluindo Unidade de Cuidados Intermediários Convencional, Canguru e Enfermaria Pediátrica (Aconchego). As instalações previstas no Termo de Colaboração Nº 001/2024, retratam 16 leitos Obstétricos, 02 de UTI Neonatal (UTIN), 04 da Unidade de cuidados intermediários Convencional (UCINCO), 02 da Unidade de cuidados intermediários Canguru (UCINCA), 02 Salas Cirúrgicas, 03 Salas de Parto (PPP).

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 **Fevereiro de 2026**.

Considerando o **2º Termo Aditivo Nº 001/2026** ao Termo de Colaboração nº 001/2024, as metas variáveis são avaliadas para fins de pagamento a partir do primeiro trimestre. A avaliação e a 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 (04)

Variável 2 - Incentivo à unidade de saúde (12)

Variável 3 - Incentivo à equipe (03)

Além das metas variáveis, o Termo Aditivo Nº 001/2026 define metas físicas que são definidas no cronograma de desembolso, tais como número de procedimentos e ocupação hospitalar.

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 Aditivo e a operacionalização das atividades, em conformidade com boas práticas a serem instituídas.

Além disso, os indicadores abordados no Relatório de Metas são imputados mensalmente no painel OSINFO, assim como as evidências complementares em formato PDF.

2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

2.1 METAS VARIÁVEIS

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 1

Indicadores Variável 01- Incentivo à Gestão			Fevereiro.2026	
INDICADOR VARIÁVEL 1 - INCENTIVO A GESTÃO	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidades	Total de BA dentro do padrão de conformidade X 100	>90%	37	100,00%
	Total de BAE analisados		37	
2. Índice de absenteísmo	Horas líquidas faltantes X 100	<3%	888	1,60%
	Horas líquidas disponíveis		55567	
3. Treinamento Hora/Homem	Total de horas treinadas	>1,5 homens treinados/mês	407	1,51
	Número de funcionários		269	
4. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH glosadas X 100	<3%	0	0,00%
	Total de AIH apresentadas		171	

Indicador 1. Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidade

A finalidade da Comissão de Revisão de Prontuários é identificar e promover a qualidade dos registros assistenciais a partir das informações contidas no prontuário de cada paciente. Utiliza 02 formulários como instrumento de análise de auditoria, um para

pediatria e outro para obstetrícia. Um prontuário conforme possui no mínimo 90% de conformidade dos dados analisados. São auditados 20% dos prontuários fechados de acordo com o Regimento Interno da Comissão.

No período tivemos um total de **170** altas hospitalares. Foram auditados **37** prontuários, que correspondem a **21,76%** dos prontuários fechados, com **100%** de conformidade, dentro da meta pactuada.

Segue em anexo os boletins das auditorias realizadas.

Indicador 2. Índice de Absenteísmo

O índice de absenteísmo no período de Janeiro-Fevereiro ficou em **1,60%**, dentro da meta pactuada.

Utilizamos como base de cálculo o somatório de horas faltantes igual a **888** e o número de horas líquidas disponíveis igual a **55.567**. Essas informações são disponibilizadas para a unidade através de um Dashboard corporativo fornecido pelo departamento de recursos humanos.

Esse indicador é encerrado no dia 20 do mês subsequente, sendo necessário reportar o indicador do mês anterior ao do envio do relatório.

Foram utilizadas estratégias de dimensionamento interno de colaboradores, além de cobertura com remanejamento, para readequação da escala, com a finalidade de manter a assistência segura e de qualidade.

Indicador 3. Treinamento Hora/ Homem

O resultado do indicador Treinamento Hora/ Homem foi de **1,51**, alcançando a meta pactuada.

Utilizamos a base de cálculo de **407** horas de treinamento, com **8** temáticas diferentes e **269** colaboradores assistenciais ativos no período.

Em anexo, a planilha de treinamentos realizados e respectivas listas de presença.

Indicador 4. Taxa de rejeição do AIH

Neste indicador, os valores utilizados como base de cálculo são referentes à competência de Janeiro/2026, visto que seguimos a referência da SMS Rio, através da página: <https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/producao/sih/relatorios-de-finitivos/resumo-aprovados/>.

Nesta competência, o resultado foi igual à **0,00%**, dentro da meta estabelecida. Não tivemos AIHs rejeitadas no período.

Considerando a deliberação CIB-RJ Nº 9.714 DE 17 DE JUNHO DE 2025, o gestor municipal realizou a inserção da habilitação 1901 LAQUEADURA no cadastro da unidade, sendo assim, as AIHs

apresentadas a partir desta data, não foram glosadas por falta de habilitação.

As AIH rejeitadas nos meses anteriores serão reapresentadas, cumprindo assim o compromisso do HMPW com o Programa Nacional de Redução de Filas.

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 02

Indicadores Variável 02- Incentivo à Unidade de Saúde			Fevereiro. 2026	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1.Percentual de pacientes atendidos pelo médico dentro do tempo esperado para a sua faixa de risco.	Total de pacientes atendidos dentro do tempo esperado para a faixa de risco	90%	552	84,79%
	Total de pacientes atendidos por médico X 100		651	
2.Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados X 100	< 30 %	57	55,88%
	Total de partos realizados		102	
3.Incidência de Retinopatia da Prematuridade	Número de RN <1500g com ROP>3 X100	< 2,5%	0	0,00%
	Número de RN admitidos <1500 g		0	
4.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 X 100	>90%	6	100,00%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		6	

5.Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave X100	100%	10	100,00%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		10	
6.Utilização de Métodos não farmacológicos para alívio da dor	Nº de parturientes que receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor no pré parto X 100	>30%	74	100,00%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		74	
7.AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento X 100	100%	1	100,00%
	Total de abortos		1	
8.Taxa de Asfixia nos RNs com mais de 2500g	Nº RNs com mais de 2500g com Apgar no quinto minuto < 7 X100	<2%	0	0,00%
	Nº total de nascimentos com mais de 2500g		77	
9.Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto X 100	>80%	99	99,00%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		100	
10.Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	<8 dias	57	7,13
	Nº de saídas		8	
11.Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	291	2,53
	Nº de saídas na Obstetrícia		115	
12.Percentual de laqueaduras tubárias pós parto solicitadas dentro dos critérios realizadas	Número de laqueaduras tubárias pós-parto realizadas X 100	>90%	19	100,00%
	Número de laqueaduras tubárias pós-parto previstas no contrato		19	

“* Considerando laqueaduras solicitadas pelas pacientes

Indicador 1. Percentual de pacientes atendidos pelo médico dentro do tempo esperado para a sua faixa de risco.

Nesta competência, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) realizou **651** atendimentos, sendo **624 (95,85%)** obstétricos e **27 (4,15%)** da ginecologia.

De acordo com a classificação de risco, foram **0,61% (4)** no risco *Vermelho*, **2,76% (18)** risco *Laranja*, **17,20% (112)** risco *Amarelo*, **69,43% (452)** risco *Verde* e **9,98% (65)** risco *Azul*. **84,79% (552)** dos atendimentos, segundo a classificação de risco, aconteceram dentro do prazo. Sendo assim, o resultado deste indicador não atingiu a meta pactuada.

A tabela a seguir aponta para detalhes segundo o risco:

Classificação de Risco	Tempo Máximo (Meta)	Pacientes Atendidos (n)	Atendimentos Dentro do Tempo	Tempo Médio de Espera
Vermelho	0 (imediato)	4	1	00:08:56
Laranja	≤ 15 min	18	13	00:12:20
Amarelo	≤ 30 min	112	87	00:23:02
Verde	≤ 60 min	452	386	00:31:58
Azul	-	65	65	00:46:57
Total	-	651	552	00:31:15

Fonte: Informações extraídas do Relatório MV Soul Atendimento (MV)

Utilizamos como referência para este indicador o MANUAL DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro/RJ – 2015), disponível em < https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/manual_accr_nos_servicos_de_urgencia_e_emergencia_sms_rj_2015.pdf >, que orienta como realizar a classificação de risco, assim como confere a faixa de tempo limite para a avaliação médica de acordo com a cor da classificação.

Na análise do mês vigente, observamos que **99 (15,21%)** atendimentos ultrapassaram o tempo limite de acordo com a faixa de cor. Apesar disso, nenhum paciente apresentou deterioração clínica. Ações como disponibilização de rádios para comunicação rápida entre as equipes, agilidade no fluxo de atendimentos de pacientes classificadas como VERMELHO ou LARANJA que são levadas para sala de medicação/estabilização, e registro correto no sistema MV para emissão do relatório de forma fidedigna.

Indicador 2. Taxa de cesárea

Nesta competência, foram realizados **102** partos, sendo **57 (55,88%)** cesáreos e **45 (44,12%)** normais.

As indicações de parto cesáreo seguem na tabela abaixo:

Após análise das justificativas, podemos agrupá-las da seguinte forma:

Justificativa Clínica	Recusa de Indução	Pedido Materno
42	8	7
73,68%	14,04%	12,28%

Das Justificativas Clínicas, tivemos a prevalência de:

Justificativas Clínicas	n	%
CTG Desfavorável	13	30,95%
Sofrimento Fetal Agudo	9	21,43%
Macrossomia Fetal	4	9,52%
Centralização Fetal	3	7,14%
Iteratividade	3	7,14%
Pré-eclâmpsia Grave	3	7,14%
DCP	2	4,76%
Oligodramnia Severa/Acentuada	2	4,76%
DPP	1	2,38%
Falha de Indução	1	2,38%
Parada de Progressão	1	2,38%
	42	100%

Considerando apenas os Partos Cesáreos com indicação clínica (**n=42**), se calcularmos a taxa de Cesárea teremos o resultado de **41,17%**.

Mensalmente realizamos estudos de casos com a equipe multidisciplinar a fim de promover ações pertinentes à promoção do parto vaginal, tais como revisão de protocolos e manuais, treinamentos, comunicação efetiva e leitura de novos guidelines.

Além disso, toda indicação de parto cesáreo é avaliada pela Coordenação de Obstetrícia Médica e de Enfermagem, bem como reportadas em Safety Huddle diariamente.

Realizamos um monitoramento do indicador de Cesárea através de um *PDCA* (Plan, Do, Check, Act), onde foram mapeadas as causas raízes da taxa aumentada através da ferramenta *ARA* (Árvore da Realidade Atual) , posteriormente priorizadas por *Matriz de GUT* (Gravidade, Urgência e Tendência). Com esse estudo, elaboramos 15 perguntas-chave para qualificar as cesáreas e dividi-las de acordo com a indicação: justificativa clínica, recusa de indução e pedido materno.

Em anexo, o PDCA 1º Ciclo Monitoramento dos Partos Cesáreos.

Indicador 3. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período, não tivemos recém-nascidos com peso menor que 1.500g na unidade.

Indicador 4. Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-34 semanas IG

O critério de administração antenatal de um ciclo único (duas doses) de corticoterapia está recomendado a mulheres grávidas entre a

24 e 34 semanas com risco de parto prematuro, baseado na literatura e protocolos clínicos da própria Secretaria Municipal de Saúde.

No período, **6** pacientes foram elegíveis para corticoterapia antenatal com indicação por risco de nascimento prematuro e todas receberam a terapia, denotando resultado **100%**.

Indicador 5. Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave

No período avaliado foram administradas **10** infusões terapêuticas de Sulfato de Magnésio em relação a **10** casos de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave na instituição, resultando em **100%** do público alvo.

Indicador 6. Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor

Do total de **74** gestantes que passaram pelo Pré-parto na unidade, **74** utilizaram métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, tendo como resultado **100,00%**.

Indicador 7. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

A indicação para o uso da AMIU é a idade gestacional menor que 12 semanas e dilatação cervical menor que 12 mm.

No período foram realizados **1** procedimento de AMIU em um total de **1** pacientes elegíveis (aborto retido e colo fechado), que corresponde a **100%** de pacientes atendidas para este procedimento.

Indicador 08. Taxa de asfixia nos RNs com mais de 2500g

No período, tivemos **0** recém-nascidos com peso maior que 2500g com APGAR menor que 7 no quinto minuto. O resultado do indicador foi **0,00%**, dentro da meta pactuada.

Indicador 09. Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto

Dos **100** partos realizados na unidade, **99** tiveram a presença de acompanhante (**99,00%**). Para este indicador, desconsideramos 2 partos externos, atentando aos critérios de exclusão.

Indicador 10. Média de permanência na UTI NEONATAL

Neste período, a média de permanência na UTI Neonatal foi de **7,13** dias, dentro da meta pactuada.

Nesta competência, tivemos **57** pacientes-dia e **8** saídas hospitalares. Ações como discussões diárias em Safety Huddle e/ou Round Multidisciplinar têm contribuído para o giro de leito em momento oportuno

da UTI NEONATAL para a UCINCO, com objetivo de reduzir diárias evitáveis de UTI e dar celeridade na resolução de possíveis pendências.

Indicador 11. Média de permanência na Obstetrícia

No período, a média de permanência na obstetrícia foi de **2,53** dias. A base de cálculo é de **291** pacientes-dia e total de **115** saídas hospitalares da obstetrícia. O resultado está dentro da meta pactuada.

Indicador 12. Percentual de laqueaduras tubárias pós-parto solicitadas dentro dos critérios realizadas

Foram realizadas **7** Laqueaduras tubárias no pós parto normal e **12** pós parto cesariano. Assim, somadas temos um total de **19** laqueaduras obstétricas realizadas no mês.

Vale ressaltar que **100%** das laqueaduras solicitadas foram executadas.

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 3

Indicadores Variável 3- Incentivo à Equipe			Fevereiro.2026	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Percentual de usuárias Satisfeitas/ Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito x 100	>85%	1798	99,83%
	Total de respostas efetivas		1801	
2. Percentagem das altas de gestantes e puérperas referenciadas realizadas	Total de gestantes/puérperas com alta referenciada adequadamente preenchida X100	100%	119	100,00%
	Total de pacientes com alta hospitalar		119	
3. Percentagem de altas de recém nascidos	Total de recém nascidos com alta referenciada adequadamente preenchida X 100	100%	18	100,00%
	Total de recém nascidos com alta hospitalar		18	

Indicador 1. Percentual de usuárias satisfeitas/muito satisfeitas

De segunda a sexta, as pacientes recebem a visita da Ouvidoria da unidade para uma escuta ativa, onde as queixas são ouvidas e imediatamente reportadas às lideranças para buscar resolutividade.

O processo de ouvidoria é realizado por meio de pesquisa ativa, no qual a paciente responde 13 itens, que referem-se às tais categorias avaliadas:

- Portaria;
- Classificação de Risco;
- Recepção;
- Enfermagem;
- Médico;
- Laboratório;
- Limpeza e Conservação;
- Nutrição;
- Serviço Social / Psicologia;
- Serviço de Imagem;
- Atenção;
- Educação, e
- Sinalização.

Além disso, a última pergunta avalia como foi o atendimento de modo Geral no HMPW.

As respostas são imputadas como ÓTIMO, BOM, RUIM ou PÉSSIMO.

Foram realizadas **147** entrevistas, no qual **100%** avaliaram de modo geral o Hospital como “Ótimo” ou “Bom”. Ao analisar os resultados por categoria, tivemos no total **1801** perguntas realizadas, sendo **1798** respostas “Ótimo” ou “Bom”, **3** “Ruim” e **0** “Péssimo”. Sendo assim, o resultado do indicador foi de **99,83%**.

Nesta competência, **3** pacientes relataram situações que foram consideradas como reclamação. A partir destes relatos, foram identificados os seguintes pontos de atenção: **cordialidade da equipe** e **clareza de comunicação** com o paciente/acompanhante.

Ao final da internação, **100%** das pacientes responderam que o processo de internação em geral foi “Ótimo”.

Os elogios desta competência foram expostos para a equipe no Safety Huddle para a disseminação a toda equipe.

Além disso, a Ouvidoria do HMPW realiza o reconhecimento dos colaboradores com a entrega simbólica de um bombom junto ao elogio recebido.

Outros canais de ouvidoria são monitorados, como o canal da prefeitura (1746) e e-mail da unidade.

Em anexo, a planilha de pesquisa da ouvidoria.

Indicador 2. Percentagem das altas de gestantes e puérperas referenciadas realizadas

Ocorreram **119** altas obstétricas no período em que foram imputadas no sistema SISREG. Todas foram referenciadas, portanto o resultado do indicador ficou em **100%**. Vale ressaltar que nem todas as pacientes estão cadastradas na plataforma da SMS (pacientes de outros municípios). As pacientes que não estavam habilitadas na plataforma no mês anterior foram referenciadas nesta competência.

Segue em anexo a imagem das referências na Plataforma SMS.

Indicador 3. Percentagem de altas de recém nascidos

Ocorreram **18** altas de RNs no período que foram imputadas no sistema SISREG. Todos foram referenciados, portanto o resultado do indicador ficou em **100%**. Vale ressaltar que nem todos os pacientes

estão cadastrados na plataforma da SMS (pacientes de outros municípios).

Segue em anexo a imagem das referências na Plataforma SMS

3. METAS FÍSICAS

Em nível ambulatorial via SISREG, são disponibilizadas 5 vagas por dia útil para USG e 15 vagas por dia (seg, ter, qua e sex) para laqueadura tubária na ginecologia.

Tabela 1 - Procedimentos realizados no mês:

META FÍSICA - PROCEDIMENTOS		
PROCEDIMENTOS	META/Mês	Fevereiro.26
LAQUEADURAS (Pós parto + Ginecológicas)	30	39
USG OBSTÉTRICAS	100	199

Laqueadura Tubária pós parto solicitadas dentro dos critérios

Foram realizadas **7** Laqueaduras tubárias no pós parto normal e **12** pós parto cesariano. Assim, somadas temos um total de **19** laqueaduras obstétricas realizadas no mês.

Vale ressaltar que **100%** das laqueaduras solicitadas foram executadas.

Laqueadura Tubária na ginecologia

Segue abaixo a disponibilização das vagas de laqueadura tubária na ginecologia desde o agendamento até a execução do procedimento.

- **121** vagas disponibilizadas na agenda para consulta pré LT
 - 70 faltas à consulta
- **51** comparecimentos

- 5 devolvidas à Clínica da Família (classificadas como ASA III; falta de exames/Risco Cirúrgico; falta de passaporte para LT: maior incidência da CAP 3.3 (2), 4.0 (1), 3.2 (1) e 3.1 (1))
- **23** pacientes remanejadas para os próximos meses
- **23** aptas agendadas para o mês vigente
- **20 realizadas**
 - 3 cirurgias não realizadas

Cumpre informar que das 3 cirurgias não realizadas:

- 2 pacientes não internaram (Após contato telefônico informaram que desistiram por questões pessoais)
- 1 obteve resultado de BetaHCG positivo no momento da internação;

Para aumentar a captação de pacientes elegíveis, estamos agilizando os exames pendentes para o retorno à nossa unidade, sem a necessidade de nova marcação via Sisreg. Concomitante a isso, o Núcleo Interno de Regulação (NIR), realiza busca ativa das pacientes, através do contato telefônico 24 horas antes do agendamento do procedimento para confirmar a internação para realização do procedimento.

Ultrassonografia obstétrica

Em relação à USG obstétrica, foram realizados no total **199** exames. No período, foram realizadas **152** USGs obstétricas internas e **47** USGs realizadas via SISREG. Foram disponibilizadas 90 vagas

abertas na agenda para USG obstétrica via regulação, **47** pacientes compareceram para a realização do exame e **43** pacientes faltaram.

Em anexo, relação das pacientes que realizaram o exame.

Tabela 7 - Ocupação hospitalar no mês:

META FÍSICA - OCUPAÇÃO			
OCUPAÇÃO		META/Mês	Fevereiro.26
OBSTETRÍCIA	Nº de Internações	90	163
	Taxa de Ocupação	90%	144,05%
UTIN	Nº de Internações	6	8
	Taxa de Ocupação	90%	101,79%
UCINCO	Nº de Internações	12	9
	Taxa de Ocupação	90%	101,78%
UCINCA	Nº de Internações	6	0
	Taxa de Ocupação	90%	0,00%

Ocupação - Obstetrícia

Nesta competência, tivemos **163** pacientes admitidos e **484** pacientes-dia na unidade de internação (alojamento conjunto/obstetrícia) para **336** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **114,05%** de taxa de ocupação.

Medidas de gestão de leitos como utilização de leitos extras, leitos de emergência (Estabilização e RPA) e espaço físico da UCINCA foram deflagradas para suportar a ocupação acima de 100%, sem comprometer a escala de colaboradores, o conforto e a segurança das

pacientes. Além disso, discussões diárias no Round Multiprofissional e Safety Huddle de lideranças trataram sobre possíveis gargalos para evitar diárias desnecessárias, assim como a logística para altas seguras no período diurno (até às 10:00h).

O gerenciamento da plataforma de regulação municipal foi realizado com o apoio do Núcleo de Gestão da unidade, que manteve os órgãos competentes a par em tempo real sobre a ocupação da unidade.

Nenhum evento adverso associado à assistência das pacientes remanejadas ou processual foi reportado.

Ocupação - UTI NEONATAL

Nesta competência, tivemos **11** pacientes admitidos e **57** pacientes-dia na UTIN para **56** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **101,79%** de taxa de ocupação.

Medidas de gestão de leitos como conversão de leitos de UCINCO para UTIN foram deflagradas para suportar a ocupação acima de 100%, sem comprometer a escala de colaboradores, o conforto e a segurança das pacientes. Além disso, discussões diárias no Round Multiprofissional e Safety Huddle de lideranças trataram sobre alta oportuna e segura.

O gerenciamento da plataforma de regulação municipal foi realizado com o apoio do Núcleo de Gestão da unidade, que manteve os órgãos competentes a par em tempo real sobre a ocupação da unidade.

Nenhum evento adverso associado à assistência das pacientes remanejadas ou processual foi reportado.

Ocupação - UCINCO

Nesta competência, tivemos **9** pacientes admitidos e **114** pacientes-dia na UTIN para **112** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **101,79%** de taxa de ocupação.

Medidas de gestão de leitos como conversão de leitos de UCINCA para UCINCO foram deflagradas para suportar a ocupação acima de 100%, sem comprometer a escala de colaboradores, o conforto e a segurança das pacientes. Além disso, discussões diárias no Round Multiprofissional e Safety Huddle de lideranças trataram sobre alta oportuna e segura.

O gerenciamento da plataforma de regulação municipal foi realizado com o apoio do Núcleo de Gestão da unidade, que manteve os órgãos competentes a par em tempo real sobre a ocupação da unidade.

Nenhum evento adverso associado à assistência das pacientes remanejadas ou processual foi reportado.

Ocupação - UCINCA

Nesta competência, não tivemos pacientes elegíveis para o perfil de UCINCA.

Vale ressaltar que utilizamos o espaço físico da UCINCA para operações de ajuste de ocupação do hospital.

ANEXOS

- Revisão de Prontuários de Obstetrícia e Pediatria
- Controle de Treinamentos
- Listas de Presença dos Treinamentos
- Dashboard de Absenteísmo
- PDCA 1º Ciclo Monitoramento dos Partos Cesáreos
- Utilização de Corticoterapia
- Utilização de Sulfato de magnésio na Pré-eclâmpsia
- Planilha da Ouvidoria
- Altas referenciadas Puérperas e gestantes - Painel SISREG
- Altas referenciadas RNs - Painel SISREG
- Laqueaduras Tubárias pela Ginecologia - SISREG
- Ultrassonografias Obstétricas - SISREG
- Ultrassonografias Obstétricas - Internas



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

