



RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MATERNIDADE PAULINO WERNECK
JUNHO 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 **Junho 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			Junho.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%	41	100,00%
	Total de BAE analisados		41	
2. Índice de absenteísmo	Horas líquidas faltantes X 100	<3%	431	0,78%
	Horas líquidas disponíveis		54787	
3. Treinamento Hora/Homem	Total de horas treinadas	>1,5 homens treinados/mês	466	1,70
	Número de funcionários		274	
4. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH glosadas X 100	<3%	1	0,46%
	Total de AIH apresentadas		217	

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 **201** altas hospitalares. Foram auditados **41** prontuários, que correspondem a **20,39%** dos prontuários fechados, com **100,00%** 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 maio-junho ficou em **0,78%**, dentro da meta pactuada.

Utilizamos como base de cálculo o somatório de horas faltantes igual a **431** e o número de horas líquidas disponíveis igual a **54.787**. 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 **1,70**, alcançando a meta pactuada.

Utilizamos a base de cálculo de **466** horas de treinamento, com **7** temáticas diferentes e **274** 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 Abril/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 a **0,46%**, dentro da meta estabelecida apesar de **1** AIH rejeitada. Esta rejeição foi devido à um erro no relatório onde o documento não foi localizado no momento do lançamento. A falha foi relatada ao responsável pelos relatórios e o ele orientou a dupla checagem com o relatório geral.

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.

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 02

Indicadores Variável 02- Incentivo à Unidade de Saúde			Junho.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%	662	100,00%
	Total de pacientes atendidos por médico X 100		662	
2.Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados X 100	< 30 %	61	55,45%
	Total de partos realizados		110	
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		1	
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%	13	100,00%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		13	
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%	107	100,00%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		107	
7.AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento X 100	100%	4	100,00%
	Total de abortos		4	

8.Taxa de Asfixia nos RNs com mais de 2500g	Nº RNs com mais de 2500g com Apgar no quinto minuto < 7 X100	<2%	2	1,80%
	Nº total de nascimentos com mais de 2500g		111	
9.Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto X 100	>80%	110	100,00%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		110	
10.Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	<8 dias	52	4,33
	Nº de saídas		12	
11.Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	363	2,83
	Nº de saídas na Obstetrícia		128	
12.Percentual de laqueaduras tubárias pós parto solicitadas dentro dos critérios realizadas	Número de laqueaduras tubárias pós-parto realizadas X 100	>90%	22	100,00%
	Número de laqueaduras tubárias pós-parto previstas no contrato		22	

“* 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 HMPW realizou **737** atendimentos, sendo **651 (88,33%)** obstétricos, **19 (2,58%)** da ginecologia e **67 (9,09%)** da pediatria.

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) realizou **662** atendimentos, distribuídos da seguinte forma: **0,15% (1)** no risco Vermelho, **2,11% (14)** risco Laranja, **14,65% (97)** risco Amarelo, **77,64% (514)** risco Verde e **5,44% (36)** risco Azul.

100,00% (662) dos atendimentos, segundo a classificação de risco, aconteceram dentro do prazo. Sendo assim, o resultado deste indicador atingiu a meta pactuada.

A tabela a seguir aponta para detalhes segundo o risco:

Classificação de Risco	Tempo Máximo (Meta)	Pacientes Atendidos (n)	Tempo Médio de Espera
Vermelho	0 (imediato)	1	-
Laranja	≤ 15 min	14	00:07:00
Amarelo	≤ 30 min	97	00:16:18
Verde	≤ 60 min	514	00:30:26
Azul	-	36	00:45:09
Total	-	662	00:25:42

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.

Indicador 2. Taxa de cesárea

Nesta competência, foram realizados 110 partos (3 gemelares), sendo 61 (55,45%) cesáreos e 49 (44,55%) normais. Dos partos cesáreos, 41 (67,21%) tiveram justificativa/indicação clínica e 3 (4,91%) ocorreram à pedido materno. Tivemos um total de 111 nascidos vivos e 2 óbitos anteparto (com 24 semanas e 25 semanas e 3 dias de gestação, ambos ocorreram antes da admissão na unidade). Não houve registro de parto externo.

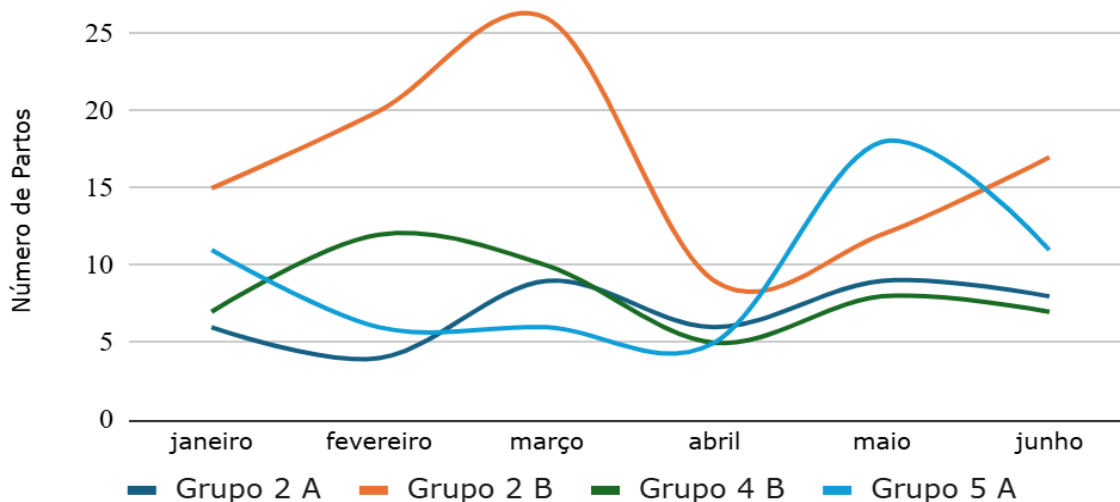
Das justificativas/indicações clínicas para os partos cesáreos, as mais frequentes foram:

Justificativa Clínica	Nº	%
Sofrimento Fetal Agudo	16	39,02%
Parada de progressão	10	24,39%
Macrossomia Fetal	3	7,32%
Pré-eclâmpsia grave	3	7,32%
Iteratividade	2	4,88%
Apresentação Pélvica	2	4,88%
Descolamento prematuro de placenta	1	2,44%
Ruptura prematura de membrana + Cesárea prévia	1	2,44%
Desproporção céfalo-pélvica	1	2,44%
Bolsa rota prolongada	1	2,44%
Gestação gemelar DiDi + distensão abdominal intensa	1	2,44%
Total	41	100,00%

Vale ressaltar que o serviço de Vigilância Epidemiológica da unidade tem desenvolvido análises do perfil das cesáreas, assim como o estudo das indicações.

Classificação de Robson		Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		1º semestre 2026	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo 1		5	9,26	7	12,28	5	6,67	4	8,89	3	4,62	7	11,48	31	8,68
Grupo 2	A	6	11,11	4	7,02	9	12,00	6	13,33	9	13,85	8	13,11	42	11,76
	B	15	27,78	20	35,09	26	34,67	9	20,00	12	18,46	17	27,87	99	27,73
Grupo 3		1	1,85	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,54	2	3,28	4	1,12
Grupo 4	A	0	0,00	0	0,00	2	2,67	3	6,67	3	4,62	0	0,00	8	2,24
	B	7	12,96	12	21,05	10	13,33	5	11,11	8	12,31	7	11,48	49	13,73
Grupo 5	A	11	20,37	6	10,53	6	8,00	5	11,11	18	27,69	11	18,03	57	15,97
	B	3	5,56	5	8,77	4	5,33	6	13,33	3	4,62	2	3,28	23	6,44
Grupo 6		1	1,85	0	0,00	2	2,67	2	4,44	0	0,00	0	0,00	5	1,40
Grupo 7		0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,22	0	0,00	1	1,64	2	0,56
Grupo 8		0	0,00	0	0,00	2	2,67	0	0,00	0	0,00	2	3,28	4	1,12
Grupo 9		0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,22	1	1,54	0	0,00	2	0,56
Grupo 10		5	9,26	3	5,26	9	12,00	3	6,67	7	10,77	4	6,56	31	8,68
Total		54	100,00	57	100,00	75	100,00	45	100,00	65	100,00	61	100,00	357	100,00

Evolução Mensal dos Principais Grupos de Robson (1º Semestre 2026)



Ao analisar, especificamente, o Grupo 2 da Classificação de Robson, nota-se que este teve um impacto significativo no total de cesáreas do período, representando 40,98% (25). Quando analisados os subgrupos,

revela-se predominância do 2B (17; 68% do total do Grupo 2) em relação ao 2A (8; 32%).

Observando os dados específicos dos partos de pacientes que realizaram ao menos 1 consulta no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) do HMPW, estas representaram 40,91% (45) do total geral de partos e, aproximadamente, metade de todas as cesarianas (30; 49,18%). Deve-se destacar que 66,67% dos partos do PNAR foram cesáreos - 40% (12) Grupo 2, sendo destes 7 (58,33%) casos do subgrupo 2B e 5 casos (41,67%) 2A.

Em suma, o Grupo 2 é um componente de forte influência nas taxas de cesárea do hospital, sendo puxado, majoritariamente, pelo subgrupo 2B. Não obstante, o perfil de pacientes PNAR apresenta uma taxa de cesárea (66,67%) proporcionalmente superior à média geral e mantém o Grupo 2 como um fator de grande relevância clínica e atenção.

Ao analisarmos as indicações de cesárea, podemos observar a prevalência de Sofrimento Fetal Agudo (associado a outros fatores ou isolados) ao longo do semestre. Tendo em vista essa informação, realizamos uma análise mais detalhada dos fatores que levaram à definição de sofrimento fetal agudo caso a caso, especificamente analisando as cardiotocografias fetais. Compreendemos que na maioria dos casos a equipe definiu a conduta com o propósito conservador. A oportunidade de melhoria definida foi elaborar uma capacitação promovida pelo Dr Flávio Monteiro com data a ser programada pelo mesmo.

Definimos também que, para os próximos casos de sofrimento fetal agudo, será coletada uma amostra do sangue do cordão umbilical para a realização da análise detalhada através de uma gasometria, qualificando assim o sofrimento fetal agudo.

Cabe ressaltar que, neste mês, tivemos o primeiro parto vaginal gemelar com nascidos vivos desde a reinauguração da unidade. O caso ocorreu no dia 09 de junho: gestação gemelar bivitelina de 36 semanas e 1 dia, classificada no Grupo 8 de Robson, com trabalho de parto de início espontâneo e parto assistido por médico e enfermeiro obstetra. Mãe e recém-nascidas seguiram em alojamento conjunto sem intercorrências, com alta conforme plano terapêutico. Destaca-se que os 2 casos do Grupo 8 apresentados na tabela referem-se aos partos gêmeares resolvidos por via cesariana; este caso, por ter sido parto vaginal, não compõe aquele quantitativo.

Em anexo, segue a Planilha do Livro de Parto.

Indicador 3. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período, tivemos **1** recém-nascido com peso menor que 1.500g admitidos na unidade. Destes, **0** tiveram classificação de ROP>3. Assim, a incidência de Retinopatia da Prematuridade foi **0,00%**, dentro da meta pactuada.

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 **13** infusões terapêuticas de Sulfato de Magnésio em relação a **13** 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 **107** gestantes que passaram pelo Pré-parto na unidade, **107** utilizaram métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, tendo como resultado **100%**. Neste indicador, consideramos todas as pacientes que tiveram o apoio de quaisquer método não farmacológico, ainda que o desfecho tenha sido parto cesáreo.

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 **4** procedimentos de AMIU em um total de **4** 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 **2** recém-nascidos com peso maior que 2500g com APGAR menor que 7 no quinto minuto. O resultado do indicador foi **1,80%**, dentro da meta pactuada.

Os 2 casos foram analisados: um caso trata-se de um RN com sepse de origem materna (comunitária) de foco pulmonar; outro caso trata-se de um parto período expulsivo prolongado por parada de progressão, sendo realizado o parto cesáreo que foi com difícil extração. Em ambos os casos, os recém-nascidos tiveram desfecho favorável após internação na UTIN.

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

Dos **110** partos realizados na unidade, todos tiveram a presença de acompanhante (**100,00%**). Nesta competência, não tivemos partos externos.

Indicador 10. Média de permanência na UTI NEONATAL

Neste período, a média de permanência na UTI Neonatal foi de **4,33** dias, dentro da meta pactuada.

Nesta competência, tivemos **52** pacientes-dia e **12** 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 **2,83** dias. A base de cálculo é de **363** pacientes-dia e total de **128** saídas hospitalares da obstetrícia. O resultado está dentro da meta pactuada. Para este cálculo, consideramos apenas as pacientes que internaram para a realização do parto.

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

Foram realizadas **10** laqueaduras tubárias no pós parto normal e **12** pós parto cesariano. Assim, somadas temos um total de **22** 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			Junho.2026	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Percentual de usuárias Satisfeitas/ Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito x 100	>85%	1549	98,22%
	Total de respostas efetivas		1577	
2. Percentagem das altas de gestantes e puérperas referenciadas realizadas	Total de gestantes/puérperas com alta referenciada adequadamente preenchida X100	100%	143	117,21%
	Total de pacientes com alta hospitalar		122	
3. Percentagem de altas de recém nascidos	Total de recém nascidos com alta referenciada adequadamente preenchida X 100	100%	27	117,39%
	Total de recém nascidos com alta hospitalar		23	

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 **131** entrevistas, no qual **99,24%** avaliaram de modo geral o Hospital como "Ótimo" ou "Bom". Ao analisar os resultados por categoria, tivemos no total **1577** perguntas realizadas, sendo **1549** respostas "Ótimo" ou "Bom", **20** "Regular" e **8** "Ruim". Sendo assim, o resultado do indicador foi de **98,22%**.

Nesta competência, **7** situações relatadas foram consideradas como reclamação. A partir destes relatos, foram identificados os seguintes pontos de atenção: **cordialidade da equipe, conforto estrutural e clareza de comunicação** com o paciente/acompanhante.

Alguns elogios desta competência foram repassados 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 o e-mail da unidade.

Em anexo, a planilha de pesquisa da ouvidoria.

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

O SISREG computou **143** altas obstétricas referentes ao mês vigente, sendo **122** pacientes imputadas no sistema pela unidade. Todas foram referenciadas, portanto o resultado do indicador ficou em **117,21%**. 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

Nesta competência, na interface do SISREG constataram **23** altas de RNs, sendo imputadas no total **27** referências às clínicas da família. Todos foram referenciados, portanto o resultado do indicador ficou em **117,39%**. Vale ressaltar que nem todos os pacientes estão cadastrados na plataforma da SMS (pacientes de outros municípios).

Os pacientes que não estavam habilitados na plataforma no mês anterior foram referenciadas nesta competência.

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 Procedimentos realizados no mês:

META FÍSICA - PROCEDIMENTOS		
PROCEDIMENTOS	META/Mês	Junho.26
LAQUEADURAS (Pós parto + Ginecológicas)	30	22
USG OBSTÉTRICAS	100	263

Laqueadura Tubária pós parto solicitadas dentro dos critérios

Foram realizadas **10** laqueaduras tubárias no pós parto normal e **12** pós parto cesariano. Assim, somadas temos um total de **22** 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.

- **120** vagas disponibilizadas na agenda para consulta pré LT
 - 84 faltas à consulta
- **37** comparecimentos

- 26 devolvidas à Clínica da Família (classificadas como ASA III; falta de exames/Risco Cirúrgico; falta de passaporte para LT.
- **10** pacientes aguardando o agendamento da cirurgia
- **0** agendadas para o mês vigente
- **0 realizadas**

Por conta da alta demanda de obstetrícia, remanejamos as laqueaduras eletivas para os próximos meses. Reiteramos que agendaremos as laqueaduras conforme os períodos de menor ocupação. Assim, garantimos acesso às parturientes e redução do tempo de espera na fila de procedimentos eletivos para o centro cirúrgico.

Ressaltamos que a média das laqueaduras realizadas no primeiro semestre condiz com a previsão contratual (30 laqueaduras mês).

Ultrassonografia obstétrica

Em relação à USG obstétrica, foram realizados no total **263** exames. No período, foram realizadas **195** USGs obstétricas internas e **68** USGs realizadas via SISREG. Foram disponibilizadas 90 vagas na agenda para USG obstétrica via regulação, **68** pacientes compareceram para a realização do exame e **38** pacientes faltaram.

Em anexo, relação das pacientes que realizaram o exame.

Tabela: Ocupação hospitalar no mês:

META FÍSICA - OCUPAÇÃO			
OCUPAÇÃO		META/Mês	Junho.26
OBSTETRÍCIA	Nº de Internações	90	157
	Taxa de Ocupação	90%	102,91%
UTIN	Nº de Internações	6	11
	Taxa de Ocupação	90%	86,66%
UCINCO	Nº de Internações	12	12
	Taxa de Ocupação	90%	84,16%
UCINCA	Nº de Internações	6	0
	Taxa de Ocupação	90%	0,00%

Ocupação - Clínica Obstétrica-ginecológica

Nesta competência, tivemos **157** pacientes admitidos e **494** pacientes-dia na unidade de internação (alojamento conjunto/obstetrícia) para **480** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **102,91%** de taxa de ocupação. Consideramos os 16 leitos disponíveis no alojamento conjunto para esta base de cálculo, assim como as pacientes gestantes, puérperas, de abortamentos, recém nascidos (internados no aconchego) e laqueaduras.

Medidas de gestão de leitos como 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.

Ocupação - UTI NEONATAL

Nesta competência, tivemos **11** pacientes admitidos e **52** pacientes-dia na UTIN para **60** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **86,67%** 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 **12** pacientes admitidos e 101 pacientes-dia na UCINCO para **120** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **84,17%** de taxa de ocupação.

Ocupação - UCINCA

Nesta competência, tivemos **0** pacientes admitidos e **0** pacientes-dia na UCINCA para **60** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **0,00%** de taxa de ocupação.

REALIZAÇÕES DO MÊS

Durante o mês de junho, o time Paulino Werneck iniciou a campanha do inverno solidário, que tem como objetivo arrecadar agasalhos para a população mais vulnerável. A arrecadação seguirá até o dia 31 de julho de 2026.

Além disso, a ação sobre a campanha "Junho Verde" foi voltada ao gerenciamento de resíduos em que colaboradores realizaram uma pescaria com perguntas relacionadas ao tema, com distribuição de brindes.

É importante ressaltar que houve a implantação do sistema "Epimed" onde a Qualidade realizou treinamentos com a equipe com o auxílio do material disponibilizado pela plataforma, visando a notificação e tratativa dos eventos adversos, assim como os quase erros.

Por fim, tivemos a oportunidade de comparecer às Reuniões de Análise Crítica no Hospital Municipal Evandro Freire, assim, sendo possível a discussão e análise crítica dos indicadores.

ANEXOS

- Revisão de Prontuários de Obstetrícia
- Revisão de Prontuários de Pediatria
- Controle de Treinamentos
- Listas de Presença dos Treinamentos
- Dashboard de Absenteísmo
- Utilização de Corticoterapia
- Utilização de Sulfato de magnésio na Pré-eclâmpsia
- Painel da Ouvidoria
- Altas referenciadas Puérperas e gestantes - Painel SISREG
- Altas referenciadas RNs - Painel SISREG
- Relatório de Ultrassonografias Obstétricas - SISREG e Internas
- AMIU
- Planilha do Livro de Parto



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

