

20  
24

# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MATERNIDADE PAULINO WERNECK  
MAIO 2024

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 0001/2024**

O Hospital Maternidade Paulino Werneck é composto pelos serviços de emergência (no sistema de portas abertas 24h), cirúrgicos e de internação, com foco principal nas especialidades 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. As instalações previstas no Termo de Colaboração N° 001/2024, retratam 16 leitos obstétricos, 02 de UTI Neonatal, 04 da Unidade de cuidados intermediários Convencional, 02 da Unidade de cuidados intermediários Canguru, 02 salas cirúrgicas, 03 salas 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 março de 2024.

Considerando o Termo de Colaboração n° 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 de Colaboração define metas físicas que são definidas no cronograma de desembolso, tais como: procedimentos cirúrgicos (laqueadura tubária na ginecologia e laqueadura tubária pós parto) e USG obstétrica.

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

Além disso, os indicadores abordados no Relatório de Metas são enviados mensalmente no painel OSINFO, local destinado a inserção dos dados contratuais e os materiais complementares são inseridos em formato PDF no mesmo Painel.

# 1. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

## 2.1 METAS VARIÁVEIS

### APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 1

|  |  |                           | Maio.2024 |           |
|--|--|---------------------------|-----------|-----------|
| 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%                      | 20        | 100%      |
|  | Total de BAE analisados                            |                           | 20        |           |
| 2. Índice de absenteísmo                                       | Horas líquidas faltantes X 100                     | <3%                       | 1202      | XXX       |
|  | Horas líquidas disponíveis                         |                           | XXX       |           |
| 3. Treinamento Hora/Homem                                      | Total de horas treinadas                           | >1,5 homens treinados/mês | 560       | 1,69      |
|  | Número de funcionários                             |                           | 332       |           |
| 4. Taxa de rejeição de AIH                                     | Nº de AIH glosadas X 100                           | <3%                       | 100       | 2%        |
|  | Total de AIH apresentadas                          |                           | 49        |           |

### **Indicador 1. Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidade**

A Comissão de revisão de Prontuários utiliza, como instrumento de análise de auditoria dos prontuários, 02 formulários, sendo um para pediatria, contendo 23 itens, e um para obstetrícia, contendo 32 itens.

Para ser considerado um prontuário conforme, este deverá ter no mínimo 90% de conformidade dos dados analisados. De acordo com o Regimento interno da Comissão, serão auditados 20% dos prontuários fechados. A finalidade da Comissão de revisão de prontuários é analisar os prontuários e os procedimentos inseridos, as condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações prestadas com o objetivo de trazer maior transparência e visibilidade a profissão, permitindo o planejamento da assistência, refletindo na produtividade da equipe, de maneira a proceder a eficácia na linha de cuidados com o paciente. Além de promover projetos educativos em relação ao correto preenchimento de documentos.

No mês de maio, tivemos um total de 86 altas hospitalares, dessa forma, foram auditados 20 prontuários (que correspondem a cerca de 23%) fechados foram analisados, sendo 11 da obstetrícia e 09 da pediatria, e todos foram considerados conformes, ou seja com mais de 90% de conformidade.

■ RevisãoProntuários- Obstreticia-MAIO.pdf

■ RevisãoProntuários- Pediatria-MAIO.pdf

Observamos os seguintes itens Não Conformes (NC) pela Obstetrícia (o que correspondem aos 10% NC): Termo de consentimento, Classificação de risco, Consulta do enfermeiro com SAE acolhimento e busca ativa, MEOWS, Termo de consentimento anestésico, Cópia de cartão pré-natal, Check list OMS de Segurança no Parto e Acompanhamento do aleitamento materno.

Já os itens Não Conformes pela Pediatria (o que corresponde aos 10% NC): SBAR, Balanço hídrico e USG.

Os membros da Comissão de revisão de Prontuários, após a discussão da análise realizada das auditorias dos prontuários, em reunião mensal, elucidaram como plano de ação para melhoria dos itens não conformes: rever o plano de contingência para os impressos/formulários de prontuários; rever com a Tecnologia da Informação a correta alimentação da aba de exames de imagem (RX, USG e Ecocardiograma); Digitalizar documentos de identificação da paciente e o cartão de acompanhamento pré-natal para as pacientes que irão internar na unidade, além de sensibilizar as equipes para o correto e total preenchimento de todos os itens e formulários que constam em um prontuário.

Diante da conformidade de todos os prontuários analisados, obtemos a taxa de conformidade em 100% .

## **Indicador 2. Índice de absenteísmo**

As horas líquidas faltantes, o serviço do SESMT reuniu em uma planilha: o nome do colaborador, cargo/função, data do afastamento, motivo (licença médica), quantidade de dias afastados, carga horária de trabalho e por fim o total de horas de afastamento.

Já o RH informou um total de 11 faltas de um mesmo colaborador, que é plantonista, sem aviso à chefia imediata, sendo necessário o



envio de telegrama para notificá-lo ao comparecimento à unidade para apresentação.

Desta forma, neste mês tivemos o somatório de 1202 horas faltantes e um total de 29 colaboradores afastados por motivo de licença médica e 1 colaborador por motivo de falta.

Vale ressaltar que um colaborador está internado e sem previsão de retorno às atividades laborais.

As horas líquidas disponíveis não foram possíveis de mensurar, pois o ponto, no período de maio, foi realizado pelo reconhecimento facial a partir do dia 06/05, porém o ponto ainda não foi tratado pelo RH da unidade, pois é realizado de maneira manual. Cabe informar ainda, que o ponto, por reconhecimento facial encontra-se em fase de ajustes, devido a implantação recente. O RH informou que o ponto referente ao mês de junho estará mais consolidado e tratado dentro do tempo para entrega deste indicador.

 Horas líquidas faltantes-Maio.pdf

### **Indicador 3. Treinamento Hora/Homem**

Foram realizados 55 temas de treinamentos, por 18 diferentes instrutores, com o resultado de 560 horas treinadas e um total de 329 funcionários ativos no período analisado.

**Treinamentos-Maio.pdf**

Em todos os treinamentos estão sendo realizados os preenchimentos da lista de presença, onde o instrutor aplica o treinamento sobre o tema e na sequência solicita a assinatura dos participantes.

Vale informar que todos os colaboradores, exceto os da categoria médica, receberam ao menos 1 tema de treinamento. Como plano de ação para incorporação de 100% dos colaboradores treinados em ao menos um tema de treinamento/mês é o envolvimento das coordenações médicas para designar o quantitativo e disseminar a informação sobre os treinamentos realizados na unidade.

As coordenações e os gestores estão realizando os treinamentos mensais, para melhoria da qualidade do serviço prestado e estão se empenhando na realização destes.

**Indicador 4. Taxa de rejeição do AIH**

Referente ao Indicador 4, Taxa de rejeição de AIH, cabe informar que os valores de numerador 1 AIH rejeitada e denominador 49 autorizações de internações hospitalares apresentadas são referentes à Competência do mês de abril, como informado em relatório anterior, pois é a última Competência divulgada pela SMS Rio no Relatório Definitivo da Produção Hospitalar, através

da página: <https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/producao/sih/relatorios-definitivos/resumo-aprovados/>, uma vez que a época da apresentação os valores da Competência vigente ainda não haviam sido divulgados.

A única AIH rejeitada refere-se à falta de cadastro de leito de pediatria, o qual já foi inserido.

## APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 02

| Indicadores Variável 02- incentivo institucional à unidade de saúde                                  |   |        | Abril.2024 |           |
|--|---|--------|------------|-----------|
| 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   | 100%   | 378        | 94%       |
|  | Total de pacientes atendidos por médico X 100                                 |        | 403        |           |
| 2. Taxa de Cesárea   | Número de partos cesáreos realizados X 100                                    | < 30 % | 27         | 48%       |
|  | Total de partos realizados  |        | 56         |           |
| 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          | 0%        |
|  | Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru                          |        | 0          |           |
| 4. Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto                             | Gestantes atendidas em risco de parto prematuro que utilizaram corticoterapia | >90%   | 3          | 100%      |

|   |   |         |     |           |
|---|---|---------|-----|-----------|
| prematuro 24-36 semanas IG                                    | antenatal X 100   |         |     |           |
|   | nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição                            |         | 3   |           |
| 5.Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave    | Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave X100                                | 100%    | 5   | 100%      |
|   | Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição                              |         | 5   |           |
| 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%    | 26  | 90%       |
|   | nº de parturientes que passaram pelo pré parto  |         | 29  |           |
| 7.AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento     | Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento X 100                           | 100%    | 4   | 100%      |
|   | 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%     | 0   | 0%        |
|   | Nº total de nascimentos com mais de 2500g   |         | 53  |           |
| 9.Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto      | Nº gestantes com acompanhante em TP e parto X 100   | >80%    | 52  | 93%       |
|   | Nº total de gestantes em Tp e parto   |         | 56  |           |
| 10.Média de permanência na UTI Neonatal                       | Nº de paciente-dia  | <8 dias | 38  | 9,5 dias  |
|   | Nº de saídas  |         | 4   |           |
| 11.Média de permanência na obstetrícia                        | Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia  | 3 dias  | 170 | 2,93 dias |

|  |  |      |     |      |
|--|--|------|-----|------|
|  | Nº de saídas na Obstetrícia                                    |      | 58  |      |
| 12. Percentual de laqueaduras tubárias pós parto solicitadas dentro dos critérios realizadas | Número de laqueaduras tubárias pós-parto realizadas X 100      | >90% | 160 | 100% |
|  | Número de laqueaduras tubárias pós-parto previstas no contrato |      | 16  |      |






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

O Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) vem atendendo uma média de 13 pacientes por dia. No período avaliado, o HMPW realizou 403 atendimentos.

Com intuito de gerar conformidade na análise e representar o real cenário do acolhimento, apresentamos a seguir, uma tabela (com informações coletadas via sistema eletrônico) contendo o **tempo médio de espera** após a estratificação por cor de classificação, que expressa um percentual de aproximadamente 67% na classificação de risco *Vermelha*, 39% na classificação de risco *Laranja*, 93% na classificação de risco *Amarela*, 98% na classificação de risco *Verde* e 96% na classificação de risco *Azul*.

Diante disso, obtivemos um total de 378 pacientes atendidos dentro do prazo, conforme sua classificação de risco, gerando uma taxa de aproximadamente 94%.

Cumprir informar que das pacientes atendidas no mês de maio, 366 corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 12 urgência da ginecologia, 10 pacientes puérperas, 13 pacientes pediátricos e neonatal.

| Cor   | Pacientes atendidos | % de atendimentos por cor | Pacientes atendidos dentro do tempo por classificação | Tempo médio de espera | Tempo Máximo (META) | % atingido dentro do tempo por classificação |
|---|---------------------|---------------------------|---|-----------------------|---------------------|--|
|   | 3                   | 0,74%                     | 2   | 00:03:06              | 0 (imediato)        | 66,6%  |
|  | 18                  | 4,47                      | 7   | 00:15:48              | ≤ 10 min.           | 38,8%  |
|  | 103                 | 25,56                     | 96  | 00:39:50              | ≤ 60 min.           | 93,2%  |
|  | 246                 | 61,04                     | 241   | 00:32:34              | ≤ 120 min.          | 97,9%  |
|  | 33                  | 8,19                      | 32  | 01:07:06              | 4 horas             | 96%  |
| <b>Total</b>  | <b>403</b>          | <b>100%</b>               | <b>378</b>  |                       |                     |  |

*Fonte: Informações extraídas do Relatório SouIMV Atendimento (MV)*

A taxa de inconformidade do tempo médio de atendimento médico dentro do tempo esperado para as classificações vermelho e laranja devem-se ao atendimento ser realizado de imediato e somente depois o registro em prontuário eletrônico, gerando dessa forma inconsistência no tempo médio de atendimento para a faixa de risco.

Como plano de ação, para a melhoria nos resultados e adequação ao atendimento dentro do tempo, conforme a classificação de risco Vermelho e Laranja, os médicos serão instruídos a iniciar o atendimento no sistema de prontuário eletrônico antes de iniciar o atendimento ao paciente.

No que se refere ao tempo de atendimento da faixa de risco azul, o único atendimento fora do tempo foi de uma paciente que passou apenas pelo atendimento da enfermeira da ACCR e não teve atendimento médico, e a mesma evadiu-se, deixando a ficha de atendimento aberto por cerca de 12h, gerando dessa forma inconsistência para esta faixa de risco. Como plano de ação, iremos reforçar com a equipe a importância da retirada/baixa no sistema, para não gerar inconformidades.

Já para as classificações de risco Amarelo e Verde, os pacientes que foram atendidos fora do tempo de atendimento para sua faixa de risco, foi devido a falha no sistema do prontuário eletrônico, devido à falta de luz programada na unidade, que acarretaram no desdobramento de alguns atendimentos fora do tempo estipulado para as referidas classificações.

## **Indicador 2. Taxa de cesárea**

No período a unidade registrou 27 cesarianas, em relação a 56 partos, correspondendo a 48% do total de partos realizados.

Do total de cesarianas, 15 corresponderam a cesarianas em múltiparas (55% das cesarianas).

Cabe informar que 85% das usuárias tiveram acompanhante durante a cesariana.

Foi possível observar um total de 2 pacientes que fizeram uso de indução com misoprostol, correspondendo a aproximadamente 8% das cesarianas.

Desta cesarianas que ocorreram no mês de maio, foram 27 nascidos vivos, no quais destes a taxa de prematuridade do setor foi em torno de 11%, ou seja 03 nascidos vivos com idade ao nascer menor que 37 semanas e destes 02 RNs foram transferido para unidade de terapia intensiva neonatal.

Visto isso, apesar da taxa geral apresentada, foi possível identificar intercorrências obstétricas/clínicas que influenciaram na decisão da interrupção da gravidez via parto cesáreo.

Chama atenção, na atual avaliação, o percentual de gestantes que apresentaram CTG desfavorável (18%), oligodramnia/adramnia/amniotomia (18%), iteratividade (14%), pré-eclampsia (14%), pós-datismo (14%) e RPMO prolongada (14%). Além disso, houve apresentação pélvica (11%), PC anterior (11%) e presença de mecônio (11%). Estes fatores corroboram na decisão da interrupção da gravidez via parto cesáreo.



Observamos outros fatores que também contribuíram para a via de parto cesárea: Macrossomia fetal, recusa de indução e sofrimento fetal totalizaram 7% do total de cesarianas realizadas. Além dos fatores CIUR, falha na indução, colo fechado, diabetes gestacional, protocolo 076, paciente psiquiatra e DPP, que totalizaram 4% do total de cesarianas.

Outros fatores elencados acabam por causar uma pressão significativa nas taxas de cesariana, a unidade realizou 11 cesarianas com laqueadura, o que corresponde a 37% das cesarianas realizadas, respaldado na lei que garante à mulher o direito de realizar a laqueadura durante o período de parto, e tal cenário de escolha pode contribuir com o aumento das cesarianas.

A Escala de Robson classifica as gestantes a partir de 5 características básicas, coletadas de modo rotineiro nos partos: antecedente obstétrico, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional.

Assim, dentre as potencialidades de uso dos dados da Classificação de Robson está a criação de estratégias para reduzir cesáreas desnecessárias nos grupos específicos de mulheres que mais contribuem para taxa geral de cesáreas.

As características obstétricas abrangidas em cada um dos 10 Grupos de Robson ficam evidenciados no quadro a seguir:

## Classificação dos 10 Grupos de Robson

**1**

- nenhum parto anterior
- gestação única (1 bebê)
- 37 semanas ou mais (a termo)
- bebê de cabeça pra baixo
- trabalho de parto de início espontâneo

**2**

- nenhum parto anterior
- gestação única
- 37 semanas ou mais
- bebê de cabeça pra baixo
- trabalho de parto induzido (2A) ou cesárea antes do trabalho de parto (2B)

**3**

- 1 ou mais partos anteriores
- sem cesárea anterior
- gestação única
- 37 semanas ou mais
- bebê de cabeça pra baixo
- trabalho de parto de início espontâneo

**4**

- 1 ou mais partos anteriores
- sem cesárea anterior
- gestação única
- 37 semanas ou mais
- bebê de cabeça pra baixo
- trabalho de parto induzido (4A) ou cesárea antes do trabalho de parto (4B)

**5**

- 1 ou mais partos anteriores
- 1 ou mais cesáreas anteriores
- gestação única
- 37 semanas ou mais
- bebê de cabeça pra baixo

**6**

Todas as mulheres:

- sem filhos
- bebê sentado

**7**

Todas as mulheres:

- com filhos
- bebê sentado
- inclusive com cesárea anterior

**8**

Todas as mulheres:

- com gestação gemelar
- inclusive com cesárea anterior

**9**

Todas as mulheres:

- bebê atravessado
- inclusive com cesárea anterior

**10**

Todas as mulheres:

- com gestação única
- menos de 37 semanas
- bebê de cabeça pra baixo
- inclusive com cesárea anterior

**meu parto**

**BEBÊ CEFÁLICO**

**BEBÊ TRANSVERSO**

**TRABALHO ESPONTÂNEO**

**CESÁREA ANTERIOR**

Fonte: Sociedade Sueca de Ginecologia e Obstetrícia e Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, 2022.

Cabe informar que os Grupos de Robson 1 e 3 tendem a ser os mais favoráveis para o parto vaginal fisiológico. Os Grupos de Robson 2 e 4 envolvem a indução do trabalho de parto ou a realização de cesárea antes do início do trabalho de parto. Assim, a prática clínica baseada em evidências tende a reduzir a proporção dos Grupos de Robson 2 e 4 entre o total de gestantes. Já os Grupos de Robson 6 a 10 possuem menores chances de parto vaginal.

No cenário das cesarianas realizadas conforme a classificação de Robson, no período analisado, tivemos o resultado:

[Estratificação Escala de Robson-Maio.pdf](#)

Para fins de análise, a relação de cesarianas, contendo o número do prontuário, nome completo da paciente, número de consultas realizadas no pré-natal, idade da parturiente, idade gestacional, data da cesariana, paridade, sua indicação clínica e a classificação, segundo a escala de Robson, se encontra em planilha disponível para auditoria.

[Justificativa cesareana-MAIO.pdf](#)

Vale ressaltar que a cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da gestante e/ou do feto, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou parto. Este é, portanto, um recurso utilizável em situações preestabelecidas, ou emergenciais, durante a evolução da gravidez ou parto, onde existe algum tipo de risco de vida para a mãe, o neonato ou para ambos

Como estratégia de aprimoramento do cuidado e redução da taxa na maternidade, além da auditoria de prontuário, uma importante abordagem deve ser com o pré-natal efetivo e de qualidade da rede, visando orientar e conduzir as pacientes quanto aos métodos de indução disponíveis. A melhora da comunicação e vínculo também se estende às UAP do território, a fim de minimizar as indicações de cesariana oriundas de pré-natal externo. Cumpre informar que a epidemiologista da unidade irá solicitar intermédio direto da linha de saúde da mulher da DAPS da 3.1, com o intuito de verificar como está sendo realizada a abordagem dos agravos crônicos nas UBS da região.

### **Indicador 3. RNs elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na unidade Canguru**

No período em questão, a Unidade Canguru não teve internação, pois não teve público-alvo elegível.

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

No período aludido tivemos 3 pacientes elegíveis para corticoterapia antenatal com **indicação de corticoterapia por risco** de nascimento prematuro.

Para fins de análise, reiteramos que o critério de administração antenatal de um ciclo único (duas doses) de corticoterapia está

recomendado a mulheres grávidas entre a 24 e a 34 semanas com risco de parto prematuro, baseada na literatura e protocolos clínicos da própria Secretaria Municipal de Saúde. A planilha de auditoria se encontra anexa ao presente Relatório.

Segue planilha de relação de corticoterapia utilizada no mês de maio, contendo nome da paciente, número de prontuário, data da utilização, idade gestacional e a indicação.

Justificativa corticoterapia-Maio.pdf

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

No período avaliado foram utilizados 05 Sulfatos de Magnésio em relação a 05 casos de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave na instituição, desta forma, contemplando 100% do público alvo.

A indicação para o uso do sulfato de magnésio refere-se a 2 casos de pico hipertensivo, correspondendo a 40%, 2 casos de pré-eclâmpsia, correspondendo a 40%.

Justificativa Sulfato de Magnésio-Maio - Maio.pdf

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

Foram utilizados métodos não farmacológicos para alívio da dor em 26 dos 29 partos realizados , o que corresponde a 90%.

Dentre os métodos não farmacológicos utilizados estão: banho de imersão, banho de aspersão, deambulação, movimentos pélvicos, bola, respiração, aromaterapia, banqueta, cavalinho, massagem, música, penumbra, genupeitoral, lateral, quatro apoios e agachamento. Estes métodos são oferecidos às mulheres durante o período do trabalho de parto.

As que não utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor, foi por motivo de exclusão: pacientes que já chegaram em período expulsivo ou em trabalho de parto avançado.

### **Indicador 7. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento**

No período avaliado houve um quantitativo de 04 AMIU realizados, em relação a 04 casos de abortamento com a devida indicação. Para fins de investigação, relatamos o número do prontuário da paciente, após auditoria dos prontuários, que realizou o procedimento em planilha:

■ AMIU-MAIO.pdf

Foram considerados para efeito de indicação de uso do AMIU "abortos retidos com menos de 12 semanas de idade gestacional provável, por

medida de USG, ou outros métodos de cálculo, e dilatação de colo uterino inferior a 15 mm”.

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

No período de abril o Hospital não contabilizou casos de asfixia perinatal. A taxa de Nascidos vivos com PN < 2500 e Apgar < 7 no 5º minuto foi zero, assim como Nascidos vivos com PN ≥ 2500g e Apgar < 7 no 5º minuto.

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

Das 27 cesarianas realizadas, tivemos 23 com a presença de acompanhante, o que corresponde a 85% de acompanhantes nas cesarianas e já nos 29 partos vaginais ocorridos na instituição no período, tivemos uma taxa de 100% de acompanhantes. Dentre os 4 partos que não tiveram a presença do acompanhante no momento do parto, deve-se à critérios de exclusão por não haver acompanhante disponível no momento do parto. Cumpre informar que, mesmo em situações de urgência, o acompanhante tem autorização de entrada ao centro cirúrgico obstétrico posteriormente e com a devida vestimenta (pijama cirúrgico do acompanhante).

Dessa forma, a taxa deste indicador ficou em 92%. Vale ressaltar que estimulamos a presença do acompanhante no momento do parto.

### **Indicador 10. Média de permanência na UTI NEONATAL**

Por se tratar de um setor voltado para os cuidados de RN prematuros ou mesmo bebês nascidos a termo que possuem algum problema que interfere no seu desenvolvimento, o tempo de permanência na UTI neonatal pode variar de poucos dias até alguns meses, segundo as necessidades e características de cada bebê.

No mês de maio, tivemos 3 internações, mas somente 1 paciente manteve-se internado por um período acima de 8 dias e foi pelos seguintes motivos: prematuridade, baixo peso ao nascer, sepse e atualmente está em recuperação nutricional.

Cabe informar que as outras 2 internações ocorreram em 6 e a outra em 7 dias, permanecendo dessa forma dentro da meta de 8 dias.

O resultado da média de permanência desse período ficou em 9 dias, não sendo possível manter o tempo médio de permanência conforme a meta estabelecida, pelos motivos já descritos.

Diante disso, para os períodos seguintes, realizaremos um plano terapêutico no momento da admissão, contendo metas, a fim de descrever o tratamento e as recomendações multiprofissionais para o paciente.



Para fins de análise, segue a planilha de justificativa contendo a identificação do RN, número do prontuário, tempos de internação e a justificativa clínica realizada após auditoria dos prontuários pelo coordenador médico da neonatologia.

■ Justificativa tempo de permanência UTI Neo-MAIO.pdf

### **Indicador 11. Média de permanência na Obstetrícia**

A média de permanência na obstetrícia se manteve dentro da meta totalizando 2,9 dias.

Todas as altas foram realizadas em tempo adequado, além de não ter sido evidenciado nenhuma complicação pós parto, como exige a determinação da maternidade segura que exige alta com 48h pós parto.

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

Foram realizadas 5 LT no pós parto normal e 11 LT obstétrica na cesariana. Com um total de 16 procedimentos realizados no mês.

Esse dado deve ser considerado que é um procedimento de escolha da paciente, como ação da unidade, a gestante é sensibilizada durante a visita da cegonha, na internação, durante o trabalho de parto e no puerpério imediato, pela equipe multidisciplinar. E do total de procedimentos realizados (16), conseguimos atender 100% da demanda,

visto que essa era a quantidade de mulheres público alvo da instituição neste período.

### APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 3


|  |  |      | Abril.2024 |           |
|--|--|------|------------|-----------|
| INDICADOR  | FÓRMULA  | META | PRODUÇÃO   | RESULTADO |
| 1. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas                  | Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito x 100                               | >85% | 87         | 100%      |
|  | Total de respostas efetivas  |      | 87         |           |
| 2. Percentagem das altas de gestantes e puérperas referenciadas realizadas | Total de gestantes/puérperas com alta referenciada adequadamente preenchida X100 | 100% | 79         | 100%      |
|  | Total de pacientes com alta hospitalar   |      | 79         |           |
| 3. Percentagem de altas de recém nascidos                                  | Total de recém nascidos com alta referenciada adequadamente preenchida X 100     | 100% | 10         | 100%      |
|  | Total de recém nascidos com alta hospitalar                                      |      | 10         |           |

### Indicador 1- Percentual de usuárias satisfeitas/muito satisfeitas

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 89 pacientes gestantes e puérperas internadas no mês vigente. No período avaliado, tivemos o total de 87 formulários de satisfação aplicados, o que corresponde a 98% das gestantes e puérperas internadas no período. Não foi possível aplicar o questionário em 100% das gestantes e puérperas, pois 2 pacientes eram pós operatório de LT na ginecologia, que realizaram o procedimento cirúrgico na sexta-feira e tiveram alta hospitalar no sábado. Visto que o serviço de ouvidoria funciona de segunda a sexta-feira, não foi possível realizar em 100% das altas.

Quanto ao percentual de usuárias em internação satisfeitas e/ou muito satisfeitas durante a internação, encontramos um percentual de 100% no período avaliado.

A fins de análise, segue a planilha contendo a relação por usuário, bem como a aplicação quantitativa da pesquisa por dia em todo hospital.

 Relatório ouvidoria-MAIO.pdf

 Pesquisa de satisfação-MAIO.pdf

Algumas sugestões e críticas foram realizadas no momento da aplicação dos formulários, que serão repassadas, como ação complementar, para 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 (em processo de implantação).

Quanto ao processo acoplado com a prefeitura, a ouvidoria é responsável pelo recebimento e inserção dos apontamentos da **Ouvidoria da SMS, 1746**, que está em processo de liberação de acesso pela secretaria de saúde. As ouvidorias e pesquisas de opinião serão avaliadas e, quando necessário, serão respondidas apurando os fatos e adotando as providências oportunas.

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

Em relação a alta referenciada de gestantes e puérperas todas as 79 pacientes tiveram a alta devidamente referenciada e adequadamente preenchidas.

■ Altas referenciadas Puérpera\_Gestante-Maio.pdf

### **Indicador 3. Percentagem de altas de recém nascidos**

Todas as altas de recém nascidos estão sendo referenciadas, às unidades de endereço de seu responsável, no ato da internação da mesma, cumprindo dessa forma os 100%. Segue planilha. Cumpre informar que no período ocorreram 10 altas de RN dos setores UTI

Neo, UCINCO e UCINCA.

■ Altas referenciadas RN-Maio.pdf

### 3. METAS FÍSICAS -

Considerando a adequação do serviço para cumprimento das metas ambulatoriais pactuadas no Termo de Colaboração vigente, impende informar que em relação a LT na ginecologia, são disponibilizadas, via SISREG, 15 vagas por dia, de segunda a sexta-feira.

Já em relação à USG obstétrica, será feita via SISREG, com agenda de 05 vagas por dia, de segunda à sexta-feira e também para as gestantes internadas.

Tabela 1 - Produção cirúrgica por procedimento cirúrgico e exames em Maio .2024

| <b>META FÍSICA CIRÚRGICA<br/>(GINECOLOGIA)</b>                       | <b>META</b>    | <b>Maio.24</b> |
|--|----------------|----------------|
| <b>LT na ginecologia</b>   | <b>56/mês</b>  | <b>15</b>      |
| <b>Laqueadura tubária pós parto solicitadas dentro dos critérios</b> | <b>168/mês</b> | <b>16</b>      |
| <b>USG obstétrica</b>  | <b>100/mês</b> | <b>105</b>     |

#### **Laqueadura Tubária na ginecologia**

Cumpramos informar que foram disponibilizadas 241 vagas na agenda para a realização de consulta pré LT, destas 120 pacientes compareceram, sendo realizadas 15 laqueaduras tubárias ginecológicas. A fim de captar um maior número de pacientes elegíveis, foi realizada uma reunião com a CAPs 3.1, além de oferecimento de agilização dos exames pendentes e retorno para a nossa unidade, sem a necessidade de retorno via Sisreg, dessa forma otimiza seu retorno para a realização do procedimento em nossa unidade.

Dentre os motivos para a não realização do procedimento: IMC maior que 40, falta de documentação completa: risco cirúrgico, USG transvaginal, preventivo e exame laboratorial, pressão alta, ASA III, obesidade mórbida e exames alterados.

LT-SISREG-Maio - Maio.pdf

### **Laqueadura Tubária pós parto solicitadas dentro dos critérios**

Foram realizadas 05 LT no pós parto normal e 11 LT obstétrica na cesariana. Com um total de 16 procedimentos realizados no mês, ficando abaixo da meta física contratual. Esse dado deve ser considerado que é um procedimento de escolha da paciente. E do total de procedimentos realizados (16), conseguimos atender 100% da demanda, visto que essa era a quantidade de mulheres público alvo da instituição neste período. Cabe informar que como plano de ação, com o intuito de abranger um maior número de procedimentos realizados


por mês, durante a visita da Cegonha, informamos que realizamos a LT no pós parto, seja a via de parto vaginal (salter), seja a via de parto cesariana e ainda no momento da alta, essa informação é reforçada, caso a paciente deseje realizar futuramente.


### **Ultrassonografia obstétrica**

Em relação à USG obstétrica, via SISREG, das 110 vagas abertas na agenda, onde 45 pacientes compareceram para a realização do exame, 22 pacientes faltaram e 43 vagas não foram utilizadas por falta de demanda da população. Como melhoria da oferta será feita a busca ativa, pela recepção, das pacientes faltantes, com o intuito de realizar o re-agendamento no mesmo mês.

E foram realizadas 60 USG de pacientes internadas.

Totalizando, dessa forma, 105 USG obstétrica realizadas no período.

 USG-Sisreg-MAIO.pdf

 USG Interna-Maio.pdf

## ANEXOS

- Revisão de prontuários Obstetrícia
- Revisão de prontuários Pediatria
- Horas Líquidas faltantes
- Treinamentos
- Estratificação Escala de Robson
- Justificativa cesariana
- Justificativa Corticoterapia
- Justificativa sulfato de magnésio na Pré-eclâmpsia
- Relação AMIU
- Justificativa tempo permanência UTI
- Relatório Ouvidoria
- Pesquisa de satisfação
- Altas referenciadas Puérperas e gestantes
- Altas referenciadas RN
- LT na ginecologia-SISREG
- USG obstétrica- SISREG
- USG obstétrica interna





**Rio**

P R E F E I T U R A

---

**SAÚDE**

