



RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MATERNIDADE PAULINO WERNECK
ABRIL 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 **Abril 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			Abril.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%	38	100%
	Total de BAE analisados		38	
2. Índice de absenteísmo	Horas líquidas faltantes X 100	<3%	713	1,31%
	Horas líquidas disponíveis		54.244	
3. Treinamento Hora/Homem	Total de horas treinadas	>1,5 homens treinados/mês	525,5	1,82
	Número de funcionários		289	
4. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH glosadas X 100	<3%	1	0,43%
	Total de AIH apresentadas		232	

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 **181** altas hospitalares. Foram auditados **38** prontuários, que correspondem a **20,99%** 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 março-abril ficou em **1,31%**, dentro da meta pactuada.

Utilizamos como base de cálculo o somatório de horas faltantes igual a **713** e o número de horas líquidas disponíveis igual a **54.244**. 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 **1,82**, alcançando a meta pactuada.

Utilizamos a base de cálculo de **525,50** horas de treinamento, com **6** temáticas diferentes e **289** 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 Março/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 **0,43%**, dentro da meta estabelecida apesar de **1** AIH rejeitada. Esta rejeição foi devido à um erro de digitação que foi devidamente identificado, e essa AIH será reapresentada na próxima competência. Quanto à essa falha, ações foram realizadas com foco na reorientação da equipe.

A AIH nº3326104016312 com bloqueio da competência anterior, foi reapresentada e aprovada.

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			Abril. 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%	638	87,76%
	Total de pacientes atendidos por médico X 100		727	
2. Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados X 100	< 30 %	38	33,93%
	Total de partos realizados		112	
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%	11	100,00%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		11	

5.Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave X100	100%	14	100,00%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		14	
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%	93	96,88%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		96	
7.AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento X 100	100%	3	100,00%
	Total de abortos		3	
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		106	
9.Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto X 100	>80%	112	100,00%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		112	
10.Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	<8 dias	51	6,38
	Nº de saídas		8	
11.Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	327	2,75
	Nº de saídas na Obstetrícia		119	
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 **809** atendimentos, sendo **712 (88,01%)** obstétricos, **22 (2,72%)** da ginecologia e **74 (9,15%)** da pediatria.

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) realizou **727** atendimentos, distribuídos da seguinte forma: **0,41% (3)** no risco *Vermelho*, **2,61% (19)** risco *Laranja*, **12,93% (94)** risco *Amarelo*, **79,23% (576)** risco *Verde* e **4,81% (35)** risco *Azul*.

87,76% (638) 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)	3	1	00:13:10
Laranja	≤ 15 min	19	14	00:11:33
Amarelo	≤ 30 min	94	78	00:18:26
Verde	≤ 60 min	576	510	00:29:32
Azul	-	35	35	00:26:21
Total	-	727	638	00:27:24

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 **89 (12,24%)** 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 **112** partos, sendo **38 (33,93%)** cesáreos com indicação clínica e 7 à pedido materno. Tivemos um total de 109 nascidos vivos e nenhum parto externo.

Quanto à análise das justificativas dos partos cesáreos, temos a seguinte prevalência:

Justificativas Clínicas	n	%
Sofrimento Fetal Agudo	11	28,95%
Macrossomia Fetal	6	15,79%
Pré-eclâmpsia	6	15,79%
Iteratividade	3	7,89%
Apresentação Pélvica	2	5,29%
Diabetes Gestacional	2	5,29%
Falha de Indução	2	5,29%
Desproporção Céfalo-pélvica	1	2,63%
Diabetes Gestacional, Pré-eclâmpsia, Parada de Progressão	1	2,63%
Oligodrâmnio	1	2,63%
Parada de Progressão	1	2,63%
Pós-datismo, Mecônio	1	2,63%
Polidramnia, Falha de Indução	1	2,63%
	38	100%

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

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. Segue o resultado da matriz de priorização das causas raízes encontradas:

Matriz de Priorização				
Causas Raízes	Gravidade	Urgência	Tendência	Total
Falha na interpretação do exame CTG	5	5	5	125
Desconhecimento do CAM	4	5	5	100
Falha na orientação da visita Cegonha em relação ao PIP	3	3	3	27
Déficit de EO	5	5	5	125
Interferência familiar negativa em relação ao parto normal	5	3	1	15
Falta de orientação da equipe quanto a indução de parto	5	5	5	125
Remuneração dos médicos de USG abaixo do mercado	5	3	5	75
Falta de preparo e incentivo da paciente ao PIP	4	3	4	48
Falha na orientação do pré-natal das vias de parto (FALHA DE ORIENTAÇÃO DO PIP)	5	5	5	125
Falha na orientação da mulher na porta de entrada ACCR	3	4	2	24

Matriz de Priorização - PDCA 1º Ciclo Monitoramento dos Partos Cesáreos.

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

Indicador 3. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período, tivemos **4** recém-nascidos 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, **11** 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 **14** infusões terapêuticas de Sulfato de Magnésio em relação a **14** 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 **96** gestantes que passaram pelo Pré-parto na unidade, **93** utilizaram métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, tendo como resultado **96,88%**. 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 **3** procedimentos de AMIU em um total de **3** 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 **112** 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 **6,38** dias, dentro da meta pactuada.

Nesta competência, tivemos **51** 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 **2,75** dias. A base de cálculo é de **327** pacientes-dia e total de **119** 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 **8** laqueaduras tubárias no pós parto normal e **14** 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			Abril.2026	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Percentual de usuárias Satisfeitas/ Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito x 100	>85%	1727	99,88%
	Total de respostas efetivas		1729	
2. Percentagem das altas de gestantes e puérperas referenciadas realizadas	Total de gestantes/puérperas com alta referenciada adequadamente preenchida X100	100%	128	116,36%
	Total de pacientes com alta hospitalar		110	
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 **169** entrevistas, no qual **100%** avaliaram de modo geral o Hospital como "Ótimo" ou "Bom". Ao analisar os resultados por categoria, tivemos no total **1729** perguntas realizadas, sendo **1727** respostas "Ótimo" ou "Bom", 0 "Regular" e **2** "Ruim". Sendo assim, o resultado do indicador foi de **99,88%**.

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.

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

Em **2** pacientes não foi possível a realização da pesquisa de satisfação: **1** foi transferida, **1** alta à revelia.

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 **110** altas obstétricas referentes ao mês vigente, sendo **128** pacientes imputadas no sistema pela unidade. Todas foram referenciadas, portanto o resultado do indicador ficou em **116,36%**. 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	Abril.26
LAQUEADURAS (Pós parto + Ginecológicas)	30	22
USG OBSTÉTRICAS	100	272

Laqueadura Tubária pós parto solicitadas dentro dos critérios

Foram realizadas **8** laqueaduras tubárias no pós parto normal e **14** 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.

- **122** vagas disponibilizadas na agenda para consulta pré LT
 - 83 faltas à consulta
- **38** comparecimentos

- 17 devolvidas à Clínica da Família (classificadas como ASA III; falta de exames/Risco Cirúrgico; falta de passaporte para LT.
- **5** pacientes remanejadas para os próximos meses
- **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.

Ultrassonografia obstétrica

Em relação à USG obstétrica, foram realizados no total **272** exames. No período, foram realizadas **208** USGs obstétricas internas e **64** USGs realizadas via SISREG. Foram disponibilizadas 90 vagas na agenda para USG obstétrica via regulação, **64** pacientes compareceram para a realização do exame e **26** pacientes faltaram.

Em anexo, relação das pacientes que realizaram o exame.

Tabela: Ocupação hospitalar no mês:

META FÍSICA - OCUPAÇÃO			
OCUPAÇÃO		META/Mês	Abril.26
OBSTETRÍCIA	Nº de Internações	90	162
	Taxa de Ocupação	90%	112,29%
UTIN	Nº de Internações	6	10
	Taxa de Ocupação	90%	85,00%
UCINCO	Nº de Internações	12	12
	Taxa de Ocupação	90%	69,17%
UCINCA	Nº de Internações	6	2
	Taxa de Ocupação	90%	93,33

Ocupação - Clínica Obstétrica-ginecológica

Nesta competência, tivemos **162** pacientes admitidos e **539** pacientes-dia na unidade de internação (alojamento conjunto/obstetrícia) para **480** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **112,29%** 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 **10** pacientes admitidos e **51** pacientes-dia na UTIN para **60** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **85,00%** 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 **83** pacientes-dia na UCINCO para **120** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **69,17%** de taxa de ocupação.

Ocupação - UCINCA

Nesta competência, tivemos **2** pacientes admitidos e **56** pacientes-dia na UCINCA para **60** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **93,33%** de taxa de ocupação.

REALIZAÇÕES DO MÊS

Durante o mês de abril, o time Paulino Werneck recebeu treinamento de brigada de incêndio, com aulas teóricas in loco e aulas práticas no centro de treinamento. Além disso, houve o curso sobre a NR10 para os colaboradores do hospital, visando à segurança em serviços com instalações elétricas.

É válido ressaltar que parte da equipe assistencial esteve no curso de IUBAAM em unidades básicas e que, após isso, recebemos o time externo para conhecer um pouco mais sobre o aleitamento materno.

As ações sobre a campanha "Abril Verde" foram voltadas às orientações quanto ao fluxo de acidente e aos conceitos de perigo e risco.

Além disso, recebemos participantes do VerSus para que eles pudessem conhecer a rotina da unidade, a visita Cegonha, e realizamos a roda de gestante, como fazemos nas últimas quintas-feiras de todos os meses.

Por fim, tivemos a oportunidade de comparecer a dois ciclos de debates SUBHUE, nos quais falamos sobre profissionalismo, liderança e atendimento às violências da SMS-Rio.

ANEXOS

- Revisão de Prontuários de Obstetrícia
- Revisão de Prontuários de 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
- Painel da Ouvidoria
- Altas referenciadas Puérperas e gestantes - Painel SISREG
- Altas referenciadas RNs - Painel SISREG
- Relatório de Ultrassonografias Obstétricas - SISREG e Internas
- AMIU



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

