



RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MATERNIDADE PAULINO WERNECK
Outubro 2025

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 Outubro de 2025.

Considerando o 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 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 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

			Outubro.2025	
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%	36	100,00%
	Total de BAE analisados		36	
2. Índice de absenteísmo	Horas líquidas faltantes X 100	<3%	667	1,30%
	Horas líquidas disponíveis		51.395	
3. Treinamento Hora/Homem	Total de horas treinadas	>1,5 homens treinados/mês	413	1,59
	Número de funcionários		260	
4. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH glosadas X 100	<3%	0	0,00%
	Total de AIH apresentadas		181	

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 **172** altas hospitalares. Foram auditados **36** prontuários, que correspondem a **20,93%** 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 setembro-outubro ficou em 1,30%, dentro da meta pactuada.

Utilizamos como base de cálculo o somatório de horas faltantes igual a 667 e o número de horas líquidas disponíveis igual a 51.395. 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 1,59, alcançando a meta pactuada.

Utilizamos a base de cálculo de 412,5 horas de treinamento, com 20 temáticas diferentes e 260 colaboradores assistenciais ativos no período.

Vale ressaltar que tivemos o treinamento prático visando a certificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), na modalidade presencial e obrigatório aos colaboradores assistenciais.

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 Setembro/2025, visto que seguimos a referência da SMS Rio, através da página: <https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/producao/sih/relatorios-de-finitivos/resumo-aprovados/>.

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

Considerando a deliberação CIB-RJ Nº 9.714 DE 17 DE JUNHO DE 2025, o gestor municipal realizou a inserção da habilitação 1901 LAQUEADURA no cadastro da unidade, sendo assim, as AIHs apresentadas a partir desta data, não foram glosadas por falta de habilitação.

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

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 02

Indicadores Variável 02- incentivo institucional à unidade de saúde			Outubro. 2025	
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%	628	100%
	Total de pacientes atendidos por médico X 100		628	
2. Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados X 100	< 30 %	49	56,98%
	Total de partos realizados		86	
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%	1	100%
	Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru		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%	7	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		7	
5. Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave X100	100%	11	100%
	Total de gestantes com pré-eclâmpsia grave atendidas na instituição		11	

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%	78	91,76%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		85	
7.AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento X 100	100%	7	100%
	Total de abortos		7	
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	2,56%
	Nº total de nascimentos com mais de 2500g		78	
9.Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto X 100	>80%	85	100%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		85	
10.Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	<8 dias	50	5,56
	Nº de saídas		9	
11.Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	263	2,50
	Nº de saídas na Obstetrícia		105	
12.Percentual de laqueaduras tubárias pós parto solicitadas dentro dos critérios realizadas*	Número de laqueaduras tubárias pós-parto realizadas X 100	>90%	12	100%
	Número de laqueaduras tubárias pós-parto previstas no contrato		12	

* Considerando laqueaduras solicitadas pelas pacientes

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

Nesta competência, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) produziu 678 atendimentos, sendo 652 (96,17%) obstétricos, 24 (3,54%) da ginecologia e 2 (0,29%) de clínica médica.

De acordo com a classificação de risco, foram **0,48% (3)** na risco *Vermelho*, **3,18% (20)** risco *Laranja*, **12,10% (76)** risco *Amarelo*, **76,27% (479)** risco *Verde* e **7,96% (50)** risco *Azul*. **100% (628)** dos atendimentos, segundo a classificação de risco, aconteceram dentro do prazo.

Tabela 1 – Atendimentos por Classificação de Risco e Tempo de Espera

Classificação de Risco	Pacientes Atendidos (n)	Frequência (%)	Tempo Médio de Espera	Tempo Máximo (Meta)	Meta Atingida
Vermelho	3	0,48%	-	0 (imediato)	-
Laranja	20	3,18%	00:05:31	≤ 15 min	Sim
Amarelo	76	12,10%	00:14:42	≤ 30 min	Sim
Verde	479	76,27%	00:27:04	≤ 60 min	Sim
Azul	50	7,96%	-	-	-
Total	628	100,00%	00:26:14		

Fonte: Informações extraídas dos dados de Outubro (Contagem de COR e Média de TMP ENF X MED). *Nota: O Tempo Médio de Espera Total (00:26:14) refere-se à média geral de todos os 628 atendimentos de Outubro. As classificações Vermelho e Azul não são consideradas no indicador, por isso o Tempo Médio de Espera e a Meta Atingida estão preenchidos com "-".

A tabela a seguir aponta para os números absolutos e percentuais de atendimento segundo o risco:

Ações específicas para a redução do tempo de espera foram implementadas e continuam sendo realizadas, como:

- O enfermeiro obstetra inicia o cuidado imediatamente, concomitante ao chamado do obstetra - paciente de cor Laranja/ Vermelho. Com esta ação, a paciente é acolhida

antes do processo previsto no fluxo normal, que seria a comunicação ao médico antes do atendimento.

- Disponibilização de rádios comunicadores para acionamento rápido e preciso da equipe médica.

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 >, onde é desconsiderado o atendimento classificado como vermelho por ser de atendimento imediato. Nos demais, calculamos a média do tempo de atendimento por faixa de classificação, onde podemos observar que todos os atendimentos estão dentro da meta tempo de atendimento.

Indicador 2. Taxa de cesárea

Nesta competência, foram realizados 86 partos, sendo 49 (56,97%) cesáreos e 37 (43,03%) normais.

As indicações de parto cesáreo seguem na tabela abaixo:

Tabela 2 – Indicações para Parto Cesáreo (Dados de Contagem)

Categoria da Indicação	Indicação Específica		
		n	%
Causas Maternas	Parto Cesariano a Pedido	1	2,0%
	Falha na Indução (FI)	1	2,0%
	Parada de Progressão do Trabalho de Parto	3	6,1%
	Desejo Materno (Recusa Indução)	1	2,0%
Causas Fetais	Sofrimento Fetal Agudo (SFA)	7	14,3%
	Apresentação Pélvica (AP)	2	4,1%
	Macrossomia Fetal (MAC)	2	4,1%
	Centralização Fetal	1	2,0%
Causas Ovulares	Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)	1	2,0%
	Bolsa Rota	2	4,1%
Causas Mistas/Associadas	Cardiotocografia Alterada (CA)	4	8,2%
	Pré-eclâmpsia (PEC)	3	6,1%
	Outras Mistas (inclui DG, CP, etc.)	21	42,9%
	Total Geral	49	100%

Fonte: Dados de Contagem de Indicação de Cesárea (Total 49).

O parto cesariano é um procedimento necessário para a proteção do binômio mediante risco.

O HMPW desenvolve ações estruturadas através do PDCA, seguindo o modelo Maternidade Segura Humanizada, incentivando o parto normal, qualificando os serviços de assistência no pré-parto, parto e pós-parto e favorecendo a redução de cesáreos desnecessários e de possíveis eventos

adversos decorrentes de um parto não adequado. Com isso, busca-se reduzir riscos desnecessários e melhorar a segurança do paciente e a experiência do cuidado para o binômio.

Estamos trabalhando para a qualificação dos partos cesarianos através de discussões multidisciplinares.

Neste período, foram realizadas 19 induções de parto, obtendo êxito em 13 (68,42%) partos vaginais.

Dentre as ações já executadas no PDCA, a promoção da cultura do parto vaginal tem sido reforçada para os pacientes na visita Cegonha e para as equipes de enfermeiros obstetras e médicos obstetras.

Indicador 3. RNs elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na unidade Canguru (UCINCa)

Os critérios de elegibilidade para internação na UCINCa são: estabilidade clínica, nutrição enteral plena e peso mínimo de 1250g.

Nesta competência, tivemos 1 paciente elegível aos critérios necessários, com um tempo de permanência de 5 dias.

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, **7** 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 **11** infusões terapêuticas de Sulfato de Magnésio em relação a **11** 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 85 gestantes que passaram pelo Pré-parto na unidade, 78 utilizaram métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, tendo como resultado 91,76%.

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 **7** procedimentos de AMIU em um total de 7 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 APGAR menor que 7 no quinto minuto.

Tratam-se de casos onde na admissão já foram identificados sinais de sofrimento fetal. Com a absorção de gestantes do pré-natal de alto risco, aumentaram os casos de partos complicados.

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

Dos 85 partos realizados na unidade, 85 tiveram a presença de acompanhante (**100%**).

Indicador 10. Média de permanência na UTI NEONATAL

Neste período, a média de permanência na UTI Neonatal foi de **5,56** dias, dentro da meta pactuada.

Indicador 11. Média de permanência na Obstetrícia

No período, a média de permanência na obstetrícia foi de **2,5** dias. A base de cálculo é de 263 pacientes-dia e total de 105 saídas hospitalares da obstetrícia. O resultado está dentro da meta pactuada.

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

Foram realizadas 0 LT no pós parto normal e 12 LT obstétricas no parto cesariano.

Vale ressaltar que todas as laqueaduras solicitadas foram executadas, resultando em **100%**.

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 3

			Outubro.2025	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Percentual de usuárias Satisfeitas/ Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito x 100	>85	115	100%
	Total de respostas efetivas		115	
2. Percentagem das altas de gestantes e puérperas referenciadas realizadas	Total de gestantes/puérperas com alta referenciada adequadamente preenchida X100	100%	129	100%
	Total de pacientes com alta hospitalar		129	
3. Percentagem de altas de recém nascidos	Total de recém nascidos com alta referenciada adequadamente preenchida X 100	100%	16	100%
	Total de recém nascidos com alta hospitalar		16	

Indicador 1- Percentual de usuárias satisfeitas/muito satisfeitas

115 pesquisas foram respondidas pelo sistema de ouvidoria, com **100%** de índice de satisfação, considerando como respostas "bom ou ótimo".

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

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

Em anexo, o Dashboard da ouvidoria.

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

Ocorreram 129 altas obstétricas no período em que foram imputadas no sistema. Todas foram referenciadas, portanto o resultado do indicador ficou em **100%**. Vale ressaltar que nem todas as pacientes estão cadastradas na plataforma da SMS (pacientes de outros municípios).

Segue em anexo a imagem das referências na Plataforma SMS.

Indicador 3. Percentagem de altas de recém nascidos

Ocorreram 16 altas de RNs no período que foram imputadas no sistema. Todos foram referenciados, portanto o resultado do indicador ficou em **100%**. Vale ressaltar que nem todos os pacientes estão cadastrados na plataforma da SMS (pacientes de outros municípios).

Segue em anexo a imagem das referências na Plataforma SMS

3. METAS FÍSICAS

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

Tabela 1 - Produção cirúrgica por procedimento cirúrgico e exames:

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	Outubro.25
LT na ginecologia	56/mês	30
Laqueadura tubária pós parto solicitadas dentro dos critérios	158/mês	12
USG obstétrica	100/mês	87

Laqueadura Tubária na ginecologia

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

- **132** vagas disponibilizadas na agenda para consulta pré LT
 - 74 faltas (13 pacientes faltantes da CAP 3.1)
- **58** comparecimentos
 - 13 devolvidas à Clínica da Família (classificadas como ASA III; falta de exames/Risco Cirúrgico; falta de passaporte para LT)
- **45** pacientes elegíveis
 - 10 agendadas para os meses seguintes
- **35** aptas agendadas para o mês vigente
 - 5 não realizadas

- **30 realizadas**

Cumpre informar que das 5 laqueaduras não realizadas:

- 04 não internaram (após contato telefônico desistiram);
- 01 suspensa por descontrole glicêmico da paciente.

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

Laqueadura Tubária pós parto solicitadas dentro dos critérios

Ver o Indicador 12 da Variável 2.

Ultrassonografia obstétrica

Em relação à USG obstétrica, via SISREG, das 100 vagas abertas na agenda, 87 pacientes compareceram para a realização do exame e 13 pacientes faltaram.

Somando às 87 USG realizadas via SISREG com as 270 USG de pacientes internados na instituição, temos no total de 357 USG obstétricas realizadas no período.

Em anexo, relação das pacientes que realizaram o exame.

ANEXOS

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



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

