



# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL MATERNIDADE PAULINO WERNECK  
MARÇO 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 **Março 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			Março.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%	46	100,00%
	Total de BAE analisados		46	
2. Índice de absenteísmo	Horas líquidas faltantes X 100	<3%	650	1,17%
	Horas líquidas disponíveis		55.708	
3. Treinamento Hora/Homem	Total de horas treinadas	>1,5 homens treinados/mês	657,15	2,27
	Número de funcionários		289	
4. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH glosadas X 100	<3%	1	0,56%
	Total de AIH apresentadas		180	

#### **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 **214** altas hospitalares. Foram auditados **46** prontuários, que correspondem a **21,50%** dos prontuários fechados, com **100%** de conformidade, dentro da meta pactuada.

Segue em anexo os boletins das auditorias realizadas.

## **Indicador 2. Índice de Absenteísmo**

O índice de absenteísmo no período de Janeiro-Fevereiro ficou em **1,17%**, dentro da meta pactuada.

Utilizamos como base de cálculo o somatório de horas faltantes igual a **650** e o número de horas líquidas disponíveis igual a **55.708**. 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 **2,27**, alcançando a meta pactuada.

Utilizamos a base de cálculo de **657,15** horas de treinamento, com **9** 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 Janeiro/2026, visto que seguimos a referência da SMS Rio, através da página: <https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/producao/sih/relatorios-de-finitivos/resumo-aprovados/>.

Nesta competência, o resultado foi igual a **0,56%**, dentro da meta estabelecida apesar de **1** AIH bloqueada. Este bloqueio foi devido a uma divergência no sistema SEI (Sistema Eletrônico de Informações) quanto ao status da AIH nº3326104016312 e, como tratativa, a Coordenação de Supervisão e Auditoria (CSASMRJ) orientou o reenvio da produção.

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 vêm sendo reapresentadas, cumprindo assim o compromisso do HMPW com o Programa Nacional de Redução de Filas.

### APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 02

Indicadores Variável 02- Incentivo à Unidade de Saúde			Março. 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%	708	84,79%
	Total de pacientes atendidos por médico X 100		835	
2. Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados X 100	< 30 %	64	50,00%
	Total de partos realizados		128	
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		4	
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%	4	100,00%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		4	

5.Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave X100	100%	6	100,00%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		6	
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%	119	100,00%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		119	
7.AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento X 100	100%	5	100,00
	Total de abortos		5	
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		122	
9.Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto X 100	>80%	128	100,00%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		128	
10.Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	<8 dias	67	7,44
	Nº de saídas		9	
11.Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	392	2,61
	Nº de saídas na Obstetrícia		150	
12.Percentual de laqueaduras tubárias pós parto solicitadas dentro dos critérios realizadas	Número de laqueaduras tubárias pós-parto realizadas X 100	>90%	29	100,00%
	Número de laqueaduras tubárias pós-parto previstas no contrato		29	

“\* Considerando laqueaduras solicitadas pelas pacientes

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

Nesta competência, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) realizou **926** atendimentos, sendo **804 (86,83%)** obstétricos, **37 (4,00%)** da ginecologia e **85 (9,18%)** da pediatria.

De acordo com a classificação de risco, foram **0,48% (4)** no risco *Vermelho*, **1,56% (13)** risco *Laranja*, **14,97% (125)** risco *Amarelo*, **75,57% (631)** risco *Verde* e **7,43% (62)** risco *Azul*.

**84,79% (708)** 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
<b>Vermelho</b>	0 (imediatos)	4	1	00:07:38
<b>Laranja</b>	≤ 15 min	13	12	00:08:59
<b>Amarelo</b>	≤ 30 min	125	111	00:15:15
<b>Verde</b>	≤ 60 min	631	552	00:38:47
<b>Azul</b>	-	62	62	01:00:18
<b>Total</b>	-	<b>835</b>	<b>708</b>	<b>00:36:14</b>

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](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 **127 (15,21%)** atendimentos ultrapassaram o tempo limite de acordo com a faixa de cor. Apesar disso, nenhum paciente apresentou deterioração clínica. Ações como disponibilização de rádios para comunicação rápida entre as equipes, agilidade no fluxo de atendimentos de pacientes classificadas como VERMELHO ou LARANJA que são levadas para sala de medicação/estabilização, e registro correto no sistema MV para emissão do relatório de forma fidedigna.

## **Indicador 2. Taxa de cesárea**

Nesta competência, foram realizados **128** partos, sendo **64 (50,00%)** cesáreos com indicação clínica. Tivemos 2 partos gemelares e um total de 130 nascidos vivos.

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

Justificativa Clínica	Recusa de Indução	Pedido Materno
64	4	6
50,00%	3,12%	4,69%

Das Justificativas Clínicas, tivemos a prevalência de:

Justificativas Clínicas	n	%
Sofrimento fetal agudo	15	23,44%
Macrossomia fetal	7	10,94%
Pré-eclâmpsia grave	7	10,94%
Descolamento prematuro de placenta	5	7,81%
Falha de indução	5	7,81%
Centralização fetal	4	6,25%
Iteratividade	4	6,25%
Apresentação pélvica	4	6,25%
Bolsa rota prolongada	4	6,25%
CTG desfavorável	3	4,69%
Parada de Progressão	3	4,69%
HTLV	1	1,56%
Prolapso de cordão	1	1,56%
Pós-datismo	1	1,56%
	64	100%

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:

<b>Matriz de Priorização</b>				
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 ( <b>FALHA DE ORIENTAÇÃO DO PIP</b> )	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%**, 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, **4** 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 **6** infusões terapêuticas de Sulfato de Magnésio em relação a **6** 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 **119** gestantes que passaram pelo Pré-parto na unidade, **119** utilizaram métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, tendo como resultado **100,00%**. 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 **5** procedimentos de AMIU em um total de **5** 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 **128** 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 **7,44** dias, dentro da meta pactuada.

Nesta competência, tivemos **67** pacientes-dia e **9** 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 **2,61** dias. A base de cálculo é de **392** pacientes-dia e total de **150** 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 **12** laqueaduras tubárias no pós parto normal e **17** pós parto cesariano. Assim, somadas temos um total de **29** 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			Março.2026	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Percentual de usuárias Satisfeitas/ Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito x 100	>85%	2111	99,91%
	Total de respostas efetivas		2113	
2. Percentagem das altas de gestantes e puérperas referenciadas realizadas	Total de gestantes/puérperas com alta referenciada adequadamente preenchida X100	100%	154	114,07%
	Total de pacientes com alta hospitalar		135	
3. Percentagem de altas de recém nascidos	Total de recém nascidos com alta referenciada adequadamente preenchida X 100	100%	39	118,18%
	Total de recém nascidos com alta hospitalar		33	

## **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 **2113** perguntas realizadas, sendo **2111** respostas "Ótimo" ou "Bom", 0 "Regular" e **2** "Ruim". Sendo assim, o resultado do indicador foi de **99,91%**.

Nesta competência, **11** situações relatadas foram consideradas como reclamação. A partir destes relatos, foram identificados os seguintes pontos de atenção: **cordialidade da equipe, temperatura de alimentos, manutenção predial 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".

Em **3** pacientes não foi possível a realização da pesquisa de satisfação: **2** foram transferidas, **1** com internação e alta no fim de semana.

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 **135** altas obstétricas, sendo **154** pacientes imputadas no sistema pela unidade. Todas foram referenciadas, portanto o resultado do indicador ficou em **114,07%**. 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 **33** altas de RNs, sendo imputadas no total 39 referências às clínicas da família. Todos foram referenciados, portanto o resultado do indicador ficou em **118,18%**. 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	Março.26
LAQUEADURAS (Pós parto + Ginecológicas)	30	<b>36</b>
USG OBSTÉTRICAS	100	<b>379</b>

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

Foram realizadas **12** Laqueaduras tubárias no pós parto normal e **17** pós parto cesariano. Assim, somadas temos um total de **29** 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.

- **156** vagas disponibilizadas na agenda para consulta pré LT
  - 89 faltas à consulta
- **67** comparecimentos

- 19 devolvidas à Clínica da Família (classificadas como ASA III; falta de exames/Risco Cirúrgico; falta de passaporte para LT: maior incidência da CAP 3.1 (9))
- **10** pacientes remanejadas para os próximos meses
- **38** aptas agendadas para o mês vigente
- **07 realizadas**
  - 3 cirurgias não realizadas

Cumprir informar que das 3 cirurgias não realizadas:

- 2 pacientes não internaram;
- 1 suspensão por conta do estado clínico (HAS).

Por conta da alta demanda de obstetrícia, remanejamos algumas 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 **379** exames. No período, foram realizadas **316** USGs obstétricas internas e **63** USGs realizadas via SISREG. Foram disponibilizadas 90 vagas abertas na agenda para USG obstétrica via regulação, **63** pacientes compareceram para a realização do exame e **27** pacientes faltaram.

Em anexo, relação das pacientes que realizaram o exame.

**Tabela: Ocupação hospitalar no mês:**

<b>META FÍSICA - OCUPAÇÃO</b>			
OCUPAÇÃO		META/Mês	Março.26
OBSTETRÍCIA	Nº de Internações	90	<b>173</b>
	Taxa de Ocupação	90%	<b>94,15%</b>
UTIN	Nº de Internações	6	<b>9</b>
	Taxa de Ocupação	90%	<b>108,06%</b>
UCINCO	Nº de Internações	12	<b>18</b>
	Taxa de Ocupação	90%	<b>68,55%</b>
UCINCA	Nº de Internações	6	<b>0</b>
	Taxa de Ocupação	90%	<b>0,00%</b>

**Ocupação - Obstetrícia**

Nesta competência, tivemos **173** pacientes admitidos e **467** pacientes-dia na unidade de internação (alojamento conjunto/obstetrícia) para **496** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **94,15%** 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 **9** pacientes admitidos e **67** pacientes-dia na UTIN para **62** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **108,06%** 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 **18** pacientes admitidos e **85** pacientes-dia na UCINCO para **124** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **68,55%** de taxa de ocupação.

## Ocupação - UCINCA

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

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

## REALIZAÇÕES DO MÊS

Em março, tivemos a primeira visita do Qmentum com caráter diagnóstico, compactuando com o compromisso do HMPW com o cuidado seguro e com qualidade centrado no paciente. Recebemos também o Ministério da Saúde para certificação da unidade para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), cumprindo com louvor os 10 passos e os critérios globais da NBCAL, CAM e PRN. Conquistamos também o selo Great Place To Work (GPTW). E como de costume, tivemos a habitual roda de gestante na qual recebemos as futuras parturientes para uma troca de experiências com os profissionais da equipe e com as puérperas internadas. Participamos da estratégia do Agora tem Especialistas do Governo Federal no Mutirão da Mulher oferecendo exames de Ultrassonografia obstétrica com Doppler colorido e Cerclagem. Finalizamos o mês com uma campanha interna de conscientização sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) com distribuição de preservativos. Disponibilizamos os preservativos em dois pontos da unidade ao acesso de todos, seja colaborador ou usuário.

## 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
- Laqueaduras Tubárias pela Ginecologia - SISREG
- Ultrassonografias Obstétricas - SISREG
- Ultrassonografias Obstétricas - Internas
- AMIU



**Rio**

P R E F E I T U R A

---

**SAÚDE**

