

# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

SETEMBRO 2026

## HOSPITAL MATERNIDADE PAULINO WERNECK

Rio PREFEITURA | SAÚDE SUS

# 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
- Somos inovadores
- Trabalhamos com transparência
- Qualificamos a gestão
- Agimos com responsabilidade social

### 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 **setembro 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 | | | Setembro 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% | 40 | 100,00% |
| | Total de BAE analisados | | 40 | |
| 2. Índice de absenteísmo | Horas líquidas faltantes X 100 | <3% | 887 | 1,63% |
| | Horas líquidas disponíveis | | 54.280 | |
| 3. Treinamento Hora/Homem | Total de horas treinadas | >1,5 homens treinados/mês | 252,5 | 0,87 |
| | Número de funcionários | | 288 | |
| 4. Taxa de rejeição de AIH | Nº de AIH glosadas X 100 | <3% | 4 | 2,07% |
| | Total de AIH apresentadas | | 193 | |

### 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 **193** altas hospitalares. Foram auditados **40** prontuários, que correspondem a **20,72%** dos prontuários fechados, com **100,00%** de conformidade, dentro da meta pactuada.

Segue em anexo os boletins das auditorias realizadas.

### Indicador 2. Índice de Absenteísmo

O índice de absenteísmo no período de agosto-setembro ficou em **1,63%**, dentro da meta pactuada.

Utilizamos como base de cálculo o somatório de horas faltantes igual a **887** e o número de horas líquidas disponíveis igual a **54.280**. 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 **0,87**, não alcançando a meta pactuada. Utilizamos a base de cálculo de **252,5** horas de treinamento, com **8** temáticas diferentes e **288** colaboradores assistenciais ativos no período.

Em anexo, a planilha de treinamentos realizados e respectivas listas de presença.

### Indicador 4. Taxa de rejeição de AIH

Neste indicador, os valores utilizados como base de cálculo são referentes à competência de setembro/2026, visto que seguimos a referência da SMS Rio, através da página: https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/producao/sih/relatorios-definitivos/resumo-aprovados/.

Nesta competência, a taxa de rejeição de AIH foi igual a **2,07%**, permanecendo dentro da meta estabelecida.

## APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 2

| Indicadores Variável 02 - Incentivo à Unidade de Saúde | | | Setembro 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% | 665 | 95,13% |
| | Total de pacientes atendidos por médico X 100 | | 699 | |
| 2.Taxa de Cesárea | Número de partos cesáreos realizados X 100 | < 30 % | 67 | 55,37% |
| | Total de partos realizados | | 121 | |
| 3.Incidência de Retinopatia da Prematuridade | Número de RN <1500g com ROP>3 X100 | < 2,5% | 0 | 00,0% |
| | Número de RN admitidos <1500 g | | 0 | |
| 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% | 5 | 100% |
| | nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição | | 5 | |
| 5.Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave | Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave X100 | 100% | 10 | 100% |
| | Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição | | 10 | |
| 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% | 96 | 96,96% |
| | nº de parturientes que passaram pelo pré parto | | 99 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7.AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento | Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento X 100 | 100% | 8 | 100% |
| | Total de abortos | | 8 | |
| 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 | | 111 | |
| 9.Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto | Nº gestantes com acompanhante em TP e parto X 100 | >80% | 117 | 96,69% |
| | Nº total de gestantes em TP e parto | | 121 | |
| 10.Média de permanência na UTI Neonatal | Nº de paciente-dia | <8 dias | 40 | 6,66 |
| | Nº de saídas | | 6 | |
| 11.Média de permanência na obstetrícia | Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia | 3 dias | 378 | 2,53 |
| | Nº de saídas na Obstetrícia | | 149 | |
| 12.Percentual de laqueaduras tubárias pós parto solicitadas dentro dos critérios realizadas | Número de laqueaduras tubárias pós-parto realizadas X 100 | >90% | 20 | 66,66% |
| | Número de laqueaduras tubárias pós-parto previstas no contrato | | 30 | |

* 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 **763** atendimentos, sendo **695 (91,08%)** obstetrícia, **13 (1,70%)** ginecologia e **55 (7,21%)** da pediatria/neonatologia.

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) realizou **699** atendimentos, distribuídos da seguinte forma: **0,43% (3)** no risco *Vermelho*, **3,29% (23)** risco *Laranja*, **17,31% (121)** risco *Amarelo*, **75,68% (529)** risco *Verde* e **3,29% (23)** risco *Azul.*

**95,13% (665)** dos atendimentos, segundo a classificação de risco, aconteceram dentro do prazo. Sendo assim, o resultado deste indicador atingiu a meta pactuada.

A tabela a seguir aponta para detalhes segundo o risco:

| Classificação de Risco | Tempo Máximo (Meta) | Pacientes Atendidos (Nº) | Atendimentos dentro do tempo (Nº) | Tempo Médio de Espera (min) |
|---|---|---|---|---|
| **Vermelho** | 0 (imediato) | 3 | 3 | 0:00:00 |
| **Laranja** | ≤ 15 min | 23 | 14 | 0:11:35 |
| **Amarelo** | ≤ 30 min | 121 | 107 | 0:19:18 |
| **Verde** | ≤ 60 min | 529 | 518 | 0:32:58 |
| **Azul** | ≤ 240 min | 23 | 23 | 1:00:34 |
| **Total** | - | **699** | **665** | **00:30:59** |

Fonte: Informações extraídas do Relatório MV Soul Atendimento (MV)

Utilizamos como referência para este indicador o MANUAL DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro/RJ – 2015), disponível em < https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/manual_accr_nos_servicos_de_urgencia_e_emergencia_sms_rj_2015.pdf >, que orienta como realizar a classificação de risco, assim como confere a faixa de tempo limite para a avaliação médica de acordo com a cor da classificação.

## Indicador 2. Taxa de cesárea

Nesta competência, foram realizados **121** partos (1 gemelar), sendo **54 (44,62%)** normais e **67 (55,37%)** cesáreos. Dos partos cesáreos, **51 (76,11%)** tiveram justificativa/indicação clínica, **9 (13,43%; sendo 5 recusa de Krause)** foram por recusa de indução e **8 (11,94%)** ocorreram a pedido materno. Não houve registro de parto cesáreo indicado sem justificativa absoluta. Tivemos um total de **120** nascidos vivos e **2** óbitos anteparto (23 semanas de gestação e 320g; 29 semanas de gestação e 910g).

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

| Justificativa Clínica | Nº | % |
|---|---|---|
| Sofrimento fetal agudo | 13 | 25,49 |
| Macrossomia | 6 | 11,76 |
| Iteratividade | 5 | 9,80 |
| Apresentação pélvica | 5 | 9,80 |
| Parada de Progressão | 5 | 9,80 |
| Falha de Indução | 3 | 5,88 |
| Pré-eclâmpsia grave | 3 | 5,88 |
| Bolsa rota prolongada | 2 | 3,92 |
| Descolamento prematuro de placenta com feto vivo | 2 | 3,92 |
| Síndrome de Hellp | 1 | 1,96 |
| Anidramnio | 1 | 1,96 |
| Coriominionite | 1 | 1,96 |
| Desproporção céfalo-pélvica | 1 | 1,96 |
| Oligodramnio | 1 | 1,96 |
| Ruptura prematura de membrana obstétrica+cesárea prévia | 1 | 1,96 |
| **Total** | **51** | **100,00** |

Vale ressaltar que o Comitê Técnico de análise de indicadores da unidade tem desenvolvido análises do perfil das cesáreas, assim como o estudo das indicações.

Na análise por Grupo de Robson, temos a seguinte tabela:

| Classificação de Robson | | Partos Cesáreos | | Partos Vaginais | | % por Grupo pelo total de Partos | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| **Grupo 1** | | 1 | 0,83 | 18 | 14,88 | **19** | **15,70** |
| **Grupo 2** | **A** | 2 | 1,65 | 7 | 5,79 | **9** | **7,44** |
| | **B** | 33 | 27,27 | 0 | 0 | **33** | **27,27** |
| **Grupo 3** | | 0 | 0 | 17 | 14,05 | **17** | **14,05** |
| **Grupo 4** | **A** | 1 | 0,83 | 8 | 6,61 | **9** | **7,44** |
| | **B** | 6 | 4,96 | 0 | 0 | **6** | **4,96** |
| **Grupo 5** | **A** | 10 | 8,26 | 0 | 0 | **10** | **8,26** |
| | **B** | 3 | 2,48 | 0 | 0 | **3** | **2,48** |
| **Grupo 6** | | 2 | 1,65 | 0 | 0 | **2** | **1,65** |
| **Grupo 7** | | 1 | 0,83 | 1 | 0,83 | **2** | **1,65** |
| **Grupo 8** | | 1 | 0,83 | 0 | 0,00 | **1** | **0,83** |
| **Grupo 9** | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | **0** | **0,00** |
| **Grupo 10** | | 7 | 5,79 | 3 | 2,48 | **10** | **8,26** |
| **Total** | | **67** | **55,37** | **54** | **44,63** | **121** | **100,00** |

Ao analisar, especificamente, os **Grupos 2 e 5** da Classificação de Robson, nota-se que estes tiveram um impacto significativo no total de cesáreas do período, representando respectivamente **28,92% (35)** e **10,74% (13)**. Em suma, o **Grupo 2** permanece como um componente de forte influência nas taxas de cesárea do hospital, sendo puxado, majoritariamente, pelo subgrupo **2B**.

Observando os dados específicos dos partos de pacientes que realizaram ao menos 1 consulta no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) do HMPW, estas representaram **25,61% (31)** do total geral de partos e **23,88% (16)** das cesáreas.

Ressaltamos que as reuniões semanais do Comitê Técnico seguem conforme o cronograma proposto. Dentre as pautas abordadas, discutimos sobre a prevalência de indicativos de Sofrimento Fetal Agudo (associado a outros fatores ou isolados) na justificativa para as solicitações de parto cesáreos, e como a coleta de gasometria do cordão umbilical poderá estruturar a qualificação destas indicações. Assim, estruturamos o protocolo de coleta de sangue da veia do cordão umbilical para análise dos parâmetros do recém nato, logo após o do parto, para subsidiar o estudo sobre o SFA.

A analgesia foi um ponto focal na discussão, pois o aumento da oferta e utilização desta prática está diretamente relacionada à diminuição da desistência do trabalho de parto. Apesar da ampla utilização de tecnologias não farmacológicas de alívio da dor, a utilização da analgesia medicamentosa para as mulheres com o limiar de dor não responsivo às outras práticas é uma estratégia que visa melhorar ainda mais a adesão ao trabalho de parto.

Além do exposto, as discussões ressaltam a importância de melhorar a interação entre equipes médica e de Enfermagem, para que o acompanhamento do trabalho de parto se torne ainda mais seguro.

Em anexo, segue a Planilha do Livro de Parto.

### Indicador 3. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período, tivemos **0** 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, **5** pacientes foram elegíveis para corticoterapia antenatal com indicação por risco de nascimento prematuro e todas receberam a terapia, denotando resultado **100%.**

Em anexo, segue a Planilha de Utilização de Corticoterapia Antenatal.

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

No período avaliado foram administradas **10** infusões terapêuticas de Sulfato de Magnésio em relação a **10** casos de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave na instituição, resultando em **100%** do público alvo.

Em anexo, segue a Planilha de Utilização de Sulfato de Magnésio na pré-eclâmpsia grave.

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

Do total de **99** gestantes que passaram pelo Pré-parto na unidade, **96** utilizaram métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, tendo como resultado **96,96%.** 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 8 procedimento de AMIU em um total de **8** pacientes elegíveis (aborto retido e colo fechado), que corresponde a **100%** de pacientes atendidas para este procedimento.

Em anexo, segue a Planilha das AMIUs realizadas em setembro.

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

No período, tivemos **0** recém-nascido 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 **121** partos realizados na unidade, **117** tiveram a presença de acompanhante **(96,69%)**. Nesta competência, acolhemos **1** parto externo.

## Indicador 10. Média de permanência na UTI NEONATAL

Neste período, a média de permanência na UTI Neonatal foi de **6,67** dias, dentro da meta pactuada.

Nesta competência, tivemos **40** pacientes-dia e **6** 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 **2,53** dias. A base de cálculo é de **378** pacientes-dia e total de **149** 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 **7** laqueaduras tubárias no pós-parto normal e **13** pós-parto cesariano. Assim, somadas temos um total de **20** 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 | | | Setembro 2026 | |
|---|---|---|---|---|
| INDICADOR | FÓRMULA | META | PRODUÇÃO | RESULTADO |
| 1. Percentual de usuárias Satisfeitas/ Muito Satisfeitas | Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito x 100 | >85% | 34 | 97,14% |
| | Total de respostas efetivas | | 35 | |
| 2. Percentagem das altas de gestantes e puérperas referenciadas realizadas | Total de gestantes/puérperas com alta referenciada adequadamente preenchida X100 | 100% | 161 | 99,38% |
| | Total de pacientes com alta hospitalar | | 162 | |
| 3. Percentagem de altas de recém-nascidos | Total de recém-nascidos com alta referenciada adequadamente preenchida X 100 | 100% | 28 | 100% |
| | Total de recém-nascidos com alta hospitalar | | 28 | |

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

Recentemente iniciamos a pesquisa de experiência do paciente. O objetivo é realizar perguntas sobre o atendimento prestado na unidade após a alta da paciente, buscando um resultado mais fidedigno e sem vieses que pudessem interferir. A estratégia adotada foi o envio do link de um formulário através do WhatsApp contendo 11 perguntas:

| |
|---|
| 1. Você foi acolhida e orientada quando chegou na unidade? |
| 2. Na entrada, quando a enfermeira classificou a prioridade de seu atendimento, ficou claro em até quanto tempo seria atendida? |
| 3. Na administração dos medicamentos, você foi informada para o que serviam e as possíveis reações? |
| 4. Você percebeu que a equipe teve iniciativa para o alívio de sua dor? |
| 5. Durante a sua internação, os médicos se comunicaram de forma clara, você entendeu a conduta e cada passo do cuidado e foi tratada com cortesia e respeito? |
| 6. Durante a sua internação, a equipe de Enfermagem se comunicou de forma clara, você entendeu cada procedimento e conduta realizada e foi tratada com cortesia e respeito? |
| 7. Todas as vezes que você precisou chamar a equipe foi prontamente atendida? |
| 8. Durante a sua internação, você percebeu os ambientes limpos e silenciosos? |
| 9. A alimentação oferecida estava aquecida, saborosa, entregue dentro do horário e com boa aparência? |
| 10. Você recebeu orientação de alta, entendeu quando deveria procurar a Clínica da Família para continuar o cuidado e que poderia procurar o Paulino Werneck em caso de dificuldade? |
| 11. De zero a dez, como você classifica o hospital de uma forma geral? |

Das perguntas específicas, as respostas foram divididas em: sempre, geralmente, às vezes e nunca. E para a última pergunta, que é referente ao hospital, as respostas foram disponibilizadas de 0 a 10, onde de 0 a 6 referem ao ruim/péssimo, 7 e 8 referem ao regular e 9 e 10 referem a bom e ótimo.

Das notas atribuídas ao hospital, dentre as pacientes que responderam (**35**), **33** responderam nota 10, **1** responderam nota 9 e **1** respondeu nota 5 tendo assim: **34 respostas consideradas "bom ou ótimo" e 1 resposta considerada "regular".**

Além da pesquisa de experiência do paciente, 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. 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 experiência do paciente.

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

O SISREG computou **162** altas obstétricas referentes ao mês vigente. Destas, 161 foram referenciadas, portanto o resultado do indicador ficou em **99,38%.** 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 **28** altas de RNs, sendo imputadas no total **28** referências às clínicas da família. Todos foram referenciados, portanto o resultado do indicador ficou em **100%**. Vale ressaltar que pode ocorrer de nem todos os pacientes estarem cadastrados na plataforma da SMS (pacientes de outros municípios). Os pacientes que não estavam habilitados na plataforma no mês anterior foram referenciados nesta competência.

## 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** | **Setembro 26** |
| LAQUEADURAS (Pós-parto + Ginecológicas) | 30 | 23 |
| USG OBSTÉTRICAS | 100 | 248 |

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

Foram realizadas **7** laqueaduras tubárias no pós-parto vaginal e **13** pós-parto cesariano. Assim, somadas temos um total de **20 laqueaduras** obstétricas realizadas no mês.

**Laqueadura Tubária na ginecologia**

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

**Ambulatório:**

- **33** vagas ofertadas (20 1º atendimento e 13 retorno)
- **23** agendamentos realizados (20 1º atendimento e 3 retorno)
    - **11** faltas à consulta (10 1º atendimento e 1 retorno)
    - **12** consultas realizadas (10 tipo 1º atendimento e 2 retorno)

**Laqueaduras Tubárias:**

- **4** cirurgias agendadas
    - **3** cirurgias realizadas
    - **1** paciente faltoso

Por conta da alta demanda de obstetrícia, estamos realizando as laqueaduras eletivas de acordo com a disponibilidade de leitos (ocupação do hospital). 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 **248** exames. No período, foram realizadas **186** USGs obstétricas internas e **62** USGs realizadas via SISREG. Foram disponibilizadas 115 vagas na agenda para USG obstétrica via regulação, **72** pacientes compareceram para a realização do exame e **43** pacientes faltaram.

Em anexo, relação das pacientes que realizaram o exame.

| META FÍSICA - OCUPAÇÃO | | | |
|---|---|---|---|
| OCUPAÇÃO | | META/Mês | Setembro 2026 |
| OBSTETRÍCIA | Nº de Internações | 90 | 168 |
| | Taxa de Ocupação | 90% | 78,91% |
| UTIN | Nº de Internações | 6 | 7 |
| | Taxa de Ocupação | 90% | 67,67% |
| UCINCO | Nº de Internações | 12 | 10 |
| | Taxa de Ocupação | 90% | 60,83 |
| UCINCA | Nº de Internações | 6 | 13 |
| | Taxa de Ocupação | 90% | 60,00% |

**Ocupação - Clínica Obstétrica-ginecológica**

Nesta competência, tivemos **168** pacientes admitidos e **378** pacientes-dia na unidade de internação (alojamento conjunto/obstetrícia) para **479** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **78,91%** de taxa de ocupação. Consideramos os **15** leitos disponíveis no alojamento conjunto por **30** dias e **1** por **29** dias para esta base de cálculo, assim como as pacientes gestantes, puérperas, de abortamentos 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 **7** pacientes admitidos e **40** pacientes-dia na UTIN para **60** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **67,67%** de taxa de ocupação com tempo médio de permanência de 6,67 dias.

**Ocupação - UCINCO**

Nesta competência, tivemos **10** pacientes admitidos e **73** pacientes-dia na UCINCO para **120** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **60,83%** de taxa de ocupação e tempo médio de permanência de 4,9 dias.

**Ocupação - UCINCA**

Nesta competência, tivemos **13** pacientes admitidos e **37** pacientes-dia na UCINCA para **60** leitos-dia disponíveis. Sendo assim, tivemos **60,00%** de taxa de ocupação e tempo médio de permanência de 3,0 dias.

Quando observados apenas os RNs elegíveis para internação na UCINCA, tivemos **8 pacientes elegíveis** e destes apenas **1 permaneceu ao menos 5 dias** (12,5%).

## REALIZAÇÕES DO MÊS

Durante o mês de setembro, o time Paulino Werneck realizou duas ações sobre a semana de Segurança do Paciente. No primeiro momento houve uma dinâmica com os colaboradores onde eles respondiam perguntas relacionadas ao tema e avançavam, como em um jogo de tabuleiro, à medida que acertavam os questionamentos.

Também voltado para o mesmo assunto, houve a criação de uma paródia que posteriormente foi apresentada em um evento em São Paulo para conscientizar as equipes quanto às metas internacionais.

Ressaltamos sobre a realização da SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho), em conjunto com o hospital Evandro Freire. Neste período tivemos palestras, sessões de maquiagem, credenciamento dos colaboradores no Sesc e massagem nos pés.

# ANEXOS

## METAS VARIÁVEIS

**Variável 01- Incentivo à Gestão**

1. Boletim de auditorias realizadas
    a. Revisão de Prontuários de Obstetrícia
    b. Revisão de Prontuários de Pediatria
2. Dashboard de Absenteísmo
3. Treinamentos
    a. Controle de Treinamentos
    b. Listas de Presença dos Treinamentos

**Variável 02- Incentivo à Unidade de Saúde**

1. Planilha do Livro de Parto
2. Utilização de Corticoterapia Antenatal
3. Utilização de Sulfato de magnésio na Pré-eclâmpsia
4. Relação de pacientes que realizaram AMIU

**Variável 3- Incentivo à Equipe**

1. Relatório de altas
2. Pesquisa de experiência do paciente

## METAS FÍSICAS

1. Relatório de Ultrassonografias Obstétricas (SISREG e Internas)



Rio
PREFEITURA
SAÚDE

SUS