

RELATÓRIO DE METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO

COMPETÊNCIA: Maio/2022

Rio de Janeiro
2022

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	3
2.INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS	4
2.1. Parte variável 1	4
2.2. Parte variável 2.....	6
2.3. Parte variável 3.....	12
3. ANEXOS	13

1. INTRODUÇÃO

O Hospital da Mulher Mariska Ribeiro é composto por serviços de emergência (no sistema de portas abertas 24h), ambulatoriais, cirúrgicos e de internação, com foco nas especialidades da Ginecologia e Obstetrícia, oferecendo também suporte aos recém-nascidos com o serviço da neonatologia, equipada para o acompanhamento dos bebês. Segue a relação com a capacidade instalada:

Instalações	Quantidade
Leitos Obstétricos	73
Leitos Ginecologia	9
Leitos UTI Neonatal	10
Leitos UCINCo	11
Leitos UCINCa	4
Letos Enfermaria Pediátrica	6
Total de salas cirúrgicas	3
Total de salas parto	7
Total de consultórios ambulatoriais	8
Total de Instalações	131

O presente Relatório tem como objetivo gerar continuidade no monitoramento dos indicadores contratuais distribuídos em 3 grupos de variáveis, sob avaliação realizada pela Comissão de Monitoramento e Avaliação que condicionam o valor de pagamento de 5% do valor do contrato.

Salientamos que cada indicador, cuja meta não tenha sido alcançada, terão as suas justificativas e apontamentos inseridos no presente Relatório. Para além, ressaltamos que indicadores que necessitarem de detalhamento para análise, terão seus materiais complementares descritos no documento, conforme celebrados no Termo de Colaboração, são eles:

- Parte variável 1: 7 indicadores
- Parte variável 2: 13 indicadores
- Parte variável 3: 2 indicadores

2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

2.1. PARTE VARIÁVEL 1

DESEMPENHO DA GESTÃO			Maio		
INDICADOR	FÓRMULA	Produção	Resultado	META	
1	Nº total de AIH apresentadas no mês x 100	633	1	≥ 1	
	Nº total de internações por mês	641			
2	Nº de AIH rejeitadas x 100	1	0,2%	≤ 7%	
	Nº de AIH apresentadas	633			
3	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar x 100	626	100%	100%	
	total de prontuários com alta	626			
4	Nº de óbitos ocorridos no mês	2	100%	100%	
	Nº de óbitos analisados	2			
5	(N) Valor gasto com rubrica apoio à gestão	0	#DIV/0!	Máx. 5%	
	(D) Valor total gasto no trimestre x 100	0			
6	(N) Total de itens comprados abaixo da média x 100	12	52%	95%	
	(D) Total de itens adquiridos	23			
7	(N) Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade do período em análise x100	0	#DIV/0!	95%	
	(D) Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise (D=32)	0			

Indicador 3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária

Segue anexo ao vigente documento, o relatório extraído do SISARE, fonte do indicador em questão, a fins de validação.

Indicador 4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos

No dia 09/05/2022 foi realizada a Comissão mensal dos Óbitos, com aplicação de ferramentas avaliativas, através da leitura de todos os prontuários físicos, bem como a qualificação de materiais extras e linha do tempo para investigação e discussão dos casos com as coordenações envolvidas. No período em questão, foram avaliados 2 casos de óbitos neonatais institucionais, bem como 5 casos de natimortos, todos da categoria extra-hospitalar. Todas as variáveis dos casos em questão foram abordadas em Ata, disponível anexa ao vigente Relatório, com informações como nº do prontuário, data do óbito, causa de óbito na DO, diagnóstico de internação e demais informações pertinentes aos casos. Além da Ata, a Comissão é responsável pelo preenchimento

da Ficha de Investigação Hospitalar (FIH), enviada à DVS/CAP 5.1 e as cópias dos prontuários, quando solicitado.

Salientamos que a Comissão passou por uma reformulação dos seus membros, visando a inclusão das novas Chefias e Coordenações da unidade.

- Bruna Graziotti Milanesi - Coordenador Médico da Neonatologia (UTI Neonatal)
- Bianca Nascimento Ignácio dos Santos - Coordenador Médico do Serviço de Obstetrícia
- Maria Beatriz Gerardin Pirot Leobons – Coord. CCIH
- Cássia Luísa Soares Antunes - Enf. Coord. CC
- Viviane da Silva Cardoso - Enf. Coord. UTI Neonatal
- Cristiane da Silva Santana – Enf. Coord. CPN
- Maria Eduarda França de Lannes Pereira – NVEH

Indicador 5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos

Tendo em vista a necessidade de inclusão do valor total gasto no trimestre no indicador, informamos que ainda não há parâmetro administrativo para coleta, uma vez que a troca de gestão na unidade ocorreu na 2ª quinzena de março/2022 e o processo de levantamento de gastos está em andamento, do qual o panorama trimestral será apresentado em julho.

Indicador 6. Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS

No mês de maio foram adquiridos 23 novos itens, dos quais 12 (52%) foram comprados abaixo do valor preconizado. A relação se encontra disponível em pdf.

Ressalta-se a ausência na adesão à Ata de registros de preços para aquisição de medicamentos, além do frágil cenário econômico do país, do qual a relação de oferta e demanda causou inflação e alta dos preços. Em função disso, muitos itens foram adquiridos em caráter emergencial, medida adotada para reabastecimento em tempo hábil, buscando assistir a população atendida.

Indicador 7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

A avaliação dos serviços prestados foi realizada através de uma ferramenta interna (planilha), provisoriamente implementada para análise do serviço dos prestadores envolvidos, dividido em 8 itens de avaliação classificados entre *ótimo*, *bom*, *regular* e *ruim* para cada prestador. Considera-se os itens e serviços prestados com boa qualidade, todos que se classificaram, de maneira geral, como *bom* ou *ótimo* no período em questão. A tabulação do indicador aconteceu de

forma diária, contando com a avaliação por cada prestador, que somam 24 no total. A planilha se encontra disponível para consulta no seguinte link compartilhado no Google Drive:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1MaOkZF7_yTXha8-QD8a0KF3hZD3_Pv1u/edit?usp=sharing&oid=107713219176979150683&rtpof=true&sd=true

2.2 PARTE VARIÁVEL 2

DESEMPENHO DA UNIDADE			MAIO		
INDICADOR		FÓRMULA	Produção	Resultado	META
1	Proporção de atendimentos com tempo médio entre Acolhimento/Classificação de Risco e atendimento médico abaixo dos tempos máximos de espera preconizados no protocolo	Soma dos tempos de espera para atendimento médico dos pacientes classificados conforme	112860	60	90%
		Total de pacientes classificados conforme risco	1895		
2	Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados x 100	156	41,7%	< 30 %
		Total de partos realizados	374		
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	17	100%	> 80%
		Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru	17		
4	Incidência de Retinopatia da Prematuridade	Número de RN <1500g co m ROP >3	0	0%	<2,5%
		Nº de RN admitidos <1500 g	4		
5	Incidência de Displasia Broncopulmonar	RN <1500g de peso ao nascer dependente de O2 e IGC de 36	0	0%	<20%
		Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36	2		
6	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	26	100%	>90%
		nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição	26		
7	Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia	19	100%	100%
		Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição	19		
8	Utilização de Métodos não farmacológicos para alívio da dor	Nº de parturientes que receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor no pré parto	188	95%	>30%
		nº de parturientes que passaram pelo pré parto	198		
9	AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	1	100%	100%
		Total de abortos	1		
10	Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	5	1,3%	<2%
		Nº total de nascimentos	374		
11	Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	203	94%	80%
		Nº total de gestantes em Tp e parto	216		
12	Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	292	6,8	8 dias
		Nº de saídas	43		
13	Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	1386	3	3 dias
		Nº de saídas na Obstetrícia	453		

Indicador 1. Proporção de atendimentos com tempo médio entre Acolhimento/Classificação de Risco e atendimento médico abaixo dos tempos máximos de espera preconizados no protocolo

No período avaliado, o HMMR realizou 1.895 atendimentos na emergência, considerando pacientes acolhidos e classificados conforme risco. Destes, 1.783 erram da Ginecologia/Obstetrícia e 112 pacientes da especialidade pediátrica.

Houve uma soma dos tempos de espera para atendimento médico de 112.860 minutos, gerando um tempo médio de 60 minutos gerais, considerando todas as cores de classificação.

Todavia, com intuito de gerar conformidade na análise e cálculo do indicador, além da representação do real cenário do acolhimento, apresentamos a seguir, uma tabela (via sistema eletrônico) contendo os valores após a estratificação e tempo médio de atendimento, bem como o percentual atingido dentro do tempo preconizado. Para fins de análise, seguem anexas, a relação de todos os pacientes de pediatria atendidos, bem como todos os pacientes classificados com a cor laranja no período.

Cor	Pacientes atendidos	Tempo Médio de espera	Tempo Máximo (META)	% atingido
	14	0 (atendimento imediato)	0 (atendimento imediato)	100%
	58	19 min.	≤ 15 min.	-
	410	26 min.	≤ 30 min.	100%
	1278	77 min.	≤ 120 min.	100%
	135	Encaminhado	Encaminhado	100%

Entendendo a importância de atender os indicadores contratuais do ACCR, entre eles o tempo médio entre a Acolhimento e classificação de risco e o atendimento médico abaixo de tempo limite (laranja), foram realizadas as seguintes ações:

1. Classificação de Risco sendo realizada pela Enfermeira Obstétrica;
2. Adequação da disposição da sala de Classificação de Risco frente a platéia, permitindo a vigilância e uma tomada de ação mais rápida assim como reavaliação;
3. Solicitação de exames laboratoriais pela Enfermeira Obstétrica (Hemograma, tipagem sanguínea, fator RH, sorologia rápida: VDRL e HIV, EAS, Betahcg e teste rápido para COVID);

4. Adequação de protocolo de Classificação de Risco de acordo com o Guia orientador de Rede de Urgência e Emergência (SMS/2021);
5. Implementação do “Posso Ajudar” que auxilia com a sua vigilância nos casos de intercorrências fazendo interface com a Enfermeira Obstétrica;
6. Construção da Sala Vermelha. Sala devidamente equipada para assistência de Urgência/Emergência Obstétrica;
7. Adequação da Sala de Observação Clínica, viabilizando assistência a gestante garantindo o direito do acompanhante;

Indicador 2. Taxa de cesárea

No período de maio, a unidade registrou 156 cesarianas em relação a 372 partos, correspondendo a 41,7% dos procedimentos realizados. Apesar da taxa ter apresentado um valor acima da meta preconizada, foi possível identificar intercorrências obstétricas ou clínicas que influenciou na decisão da interrupção da gravidez via parto cesáreo. Chama atenção, na vigente avaliação, o quantitativo de gestantes com cesárea prévia/iteratividade, sofrimento fetal agudo e com pré-eclâmpsia atendidas. Para fins de análise, a relação de cesarianas (nº do prontuário de cada paciente, bem como sua indicação clínica), se encontra anexa ao Relatório. Além disso, ressalta-se o uso do misoprostol e eventuais falhas de indução, demonstrando tentativas e práticas obstétricas para indução do parto vaginal. Contudo, ressaltamos o compromisso em gerar segurança as usuárias atendidas, evitando riscos e desfechos desfavoráveis.

Além disso, o HMMR contem uma demanda do ambulatório de alto risco da unidade, que concorre com indicações baseadas no quadro clínico da paciente. Salientamos que a unidade recebe pacientes referenciadas da rede, além do acolhimento e classificação de risco aberto para atendimento obstétrico 24h. Nesse sentido, a taxa também sofre impacto por conta de indicações eletivas e dos atendimentos de risco elevado que a unidade absorve, muitas delas fora da referência da unidade.

Com intuito de criar medidas para redução de cesariana na unidade, será desenvolvido uma relação do perfil epidemiológico dos casos, como idade, local de residência, número de consultas de pré-natal, número de gestações anteriores, comorbidades associadas e demais indicadores pertinentes, para estudo de caso. Além disso, ferramentas em desenvolvimento pelo sistema eletrônico também serão capazes de apresentar, em tempo real pelo sistema eletrônico, planilhas de desempenho e produção, que irão fornecer informações e análises temporais. Com isso, espera-se uma leitura crítica dos processos e indicação clínica, bem como a necessária intervenção do cenário e caracterização do perfil de admissão.

Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período de maio a UTI neonatal não registrou nenhum caso de ROP grave, considerando 4 RN admitidos com baixo peso (<1500g) no setor. Para validação e levantamento, seguem as informações dos recém-nascidos em questão:

Número de RN <1500g com ROP>3								
Nº PRONTUÁRIO	DN	PESO AO NASCER	VIA DE PARTO	IG	APGAR	MOTIVO DE INTERNAÇÃO	DIAS DE INTERNAÇÃO	ROP III
NENHUM CASO NO MÊS 05.2022								
Nº de RN admitidos <1500 g								
Nº PRONTUÁRIO	DN	PESO AO NASCER	VIA DE PARTO	IG	APGAR	MOTIVO DE INTERNAÇÃO	DIAS DE INTERNAÇÃO	ROP III
71371	18/05/2022	850g	PC	29s	6/7/NA	PREMATURIDADE	AINDA INTERNADO	NÃO
72028	21/05/2022	1170g	PC	29s	7/8/NA	PREMATURIDADE	2 DIAS	NÃO
72498	24/05/2022	920g	PC	27s	9/9/NA	PREMATURIDADE	AINDA INTERNADO	NÃO
73193	27/05/2022	1165g	PC	31s+4d	0/1/NA	PREMATURIDADE	1h20min	NÃO

Indicador 5. Incidência de Displasia Broncopulmonar

No período de maio a UTI neonatal não registrou nenhum caso de displasia broncopulmonar, considerando 2 RN admitidos com baixo peso ao nascer (<1500g) que apresentaram IGC 36s no mês de maio. Para validação e levantamento, seguem as informações dos recém-nascidos em questão:

Nº de RNs <1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas em maio								
Nº PRONTUÁRIO	DN	PESO	IG	VIA DE PARTO	APGAR	IGC de 36 semanas	Dependente de O2 e IGC de 36 semanas	EVOLUÇÃO
61566	24/03/2022	1150	29+5	PC	4/7/NA	07/05/2022 NA	NÃO	TOT 24/03 - VNI 04/04 - CPAP 05/04 - selo d'água 06/05 - RExp 13/04 - AA 17/04
66271	19/04/2022	1160	30	PC	8/9/NA	31/05/2022 AA	NÃO	TOT (19/04) - VNI (03/05) - CPAP CONV (07/05) - BABY PAP (09/05) - AA+CPAP (23/05) - AA (31/05)

Indicador 6. Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-36 semanas IG

CORTICOTERAPIA		
CÓDIGO DE ATENDIMENTO	DATA	IG
160674	03/05/2022	31s + 2d
155944	05/05/2022	35s + 2d
163149	06/05/2022	32s + 3d
161560	07/05/2022	31s
157307	06/05/2022	34s + 4d
157666	10/05/2022	27s + 5d
157897	11/05/2022	28s + 1d
163022	11/05/2022	32s + 6d
161987	12/05/2022	33s + 1d
162044	14/05/2022	30s + 5d
160245	16/05/2022	32s + 4d
160835	17/05/2022	34s + 2d
163730	17/05/2022	34s + 2d
161152	18/05/2022	34s + 4d
161972	20/05/2022	33s + 6d
162255	20/05/2022	27s
162280	20/05/2022	32s + 3d
163247	23/05/2022	27s + 4d
163384	24/05/2022	34s + 4d
164311	25/05/2022	32s + 1d
164346	25/05/2022	35s + 3d
164522	26/05/2022	31s + 4d
165400	28/05/2022	30s + 2d
165412	28/05/2022	32s + 6d
165753	28/05/2022	30s + 4d
165726	29/05/2022	34s + 6d

Indicador 7. Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave

Pront	Data de Internação	DIAGNÓSTICO
64637	3/5	PRÉ-ECLÂMPSIA
69006	5/5	PRÉ-ECLÂMPSIA
69177	5/5	PRÉ-ECLÂMPSIA
67365	4/5	PRÉ-ECLÂMPSIA

69287	6/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
60723	6/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
69410	6/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
69804	9/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
59423	15/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
64191	15/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
65060	17/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
62148	20/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
725334	23/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
69135	24/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
59997	26/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
71853	25/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
72967	26/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
67643	25/5	PRÉ-ECLÂMPسيا
73232	28/5	PRÉ-ECLÂMPسيا

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

Nº PRONTUÁRIO	DATA DO PROCEDIMENTO
69369	09/05/2022

Indicador 10. Taxa de asfíxia perinatal

No período de maio a unidade contabilizou 5 casos de RN com Apgar <7 do 5º minuto, considerando 374 nascidos no período, representando uma taxa de 1,3%, dentro da meta preconizada. Para validação e levantamento, seguem as informações dos recém-nascidos em questão:

Nº RNs com Apgar <7 no quinto minuto					
Nº DO PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	APGAR 5º MIN	SETOR	PESO AO NASCER	
71417	18/05/2022	5	CC	2105 G	
73193	27/05/2022	1	CC	1165 G	
73344	28/05/2022	4	CC	1960 G	
69654	08/05/2022	5	CPN	3515 G	
72087	21/05/2022	5	CPN	2705 G	

2.3 PARTE VARIÁVEL 3

DESEMPENHO			MAIO		
INDICADOR	FÓRMULA	Produção	Resultado	META	
1	Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	153	44%	>15%
		Total de gestantes e puérperas em observação	351		
2	Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	152	99%	>85%
		Total de respostas efetivas	153		

Indicador 1 e 2.

Buscando a aplicação dos materiais e implementação do processo de trabalho, as ferramentas e fichas foram introduzidas a partir do dia 19.05.22 na unidade, com visitas a beira leito realizadas de segunda a sexta-feira, visando alcançar o maior número das pacientes internadas para avaliação e preenchimento da pesquisa, da qual seu modelo segue anexa para visualização.

A relação diária da aplicação da pesquisa, incluindo nome da paciente e todos os campos questionados, encontra-se disponível em planilha Google Drive:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/16O2KAssYpcNZHcjLSUmMkW3TLhpwmvQ/edit?usp=s_haring&oid=107713219176979150683&rtpof=true&sd=true

DIA DO MÊS	QUESTIONÁRIOS PREENCHIDOS	PACIENTES EM OBSERVAÇÃO	ÍNDICE DE QUESTIONÁRIOS PREENCHIDOS (META >15%)	SATISFEITOS E MUITO SATISFEITOS	RESPOSTAS EFETIVAS	PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO (META >85%)
19	21	27	78%	21	21	100%
20	16	42	38%	15	16	94%
21	FDS	FDS	NÃO SE APLICA	FDS	FDS	NÃO SE APLICA
22	FDS	FDS	NÃO SE APLICA	FDS	FDS	NÃO SE APLICA
23	25	41	61%	25	25	100%
24	20	56	36%	20	20	100%
25	17	48	35%	17	17	100%
26	14	49	29%	14	14	100%
27	10	39	26%	10	10	100%
28	FDS	FDS	NÃO SE APLICA	FDS	FDS	NÃO SE APLICA

29	FDS	FDS	NÃO SE APLICA	FDS	FDS	NÃO SE APLICA
30	NÃO SE APLICA					
31	30	49	61%	30	30	100%
TOTAL	153	351	43,6%	152	153	

Destaca-se que tais indicadores evidenciam a relação entre usuários e profissionais de saúde, bem como a análise dessa prestação de serviço, sendo fundamental para a efetividade do cuidado, a garantia da continuidade dos serviços oferecidos. Nesse sentido, a CEJAM, além da aplicação do serviço de pesquisa interna, iniciou a pesquisa NPS com todas as pacientes que passaram no acolhimento e classificação de risco, visando conhecer o indicador de desempenho que avalia o cuidado, tendo como base o ponto de vista e a experiência do usuário. O NPS serve para identificar a percepção que do paciente e qual o seu nível de satisfação com a experiência vivida.

3. ANEXOS

- RELAÇÃO SISARE
- ATA COMISSÃO DOS ÓBITOS
- RELAÇÃO COMPRA DE MEDICAMENTOS
- RELAÇÃO PACIENTES CLASSIFICADOS COMO LARANJA
- RELAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA
- RELAÇÃO DE CESÁREAS