

2º VIA

RELATÓRIO MENSAL

HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE DRª MARIA DAS MERCÊS PONTES  
CUNHA



FEVEREIRO/2020

*Handwritten signature*

## I Sumário

1.	Introdução.....	3
1.1	Apresentação do Hospital de Câncer de Pernambuco.....	3
1.2	Hospital da Mulher do Recife (HMR) .....	4
2.	Indicadores de Produção .....	8
2.1	Consultas médicas.....	9
2.1.1	Metas Ofertadas x Contratadas x Agendado x Executado .....	10
2.1.2	Consultas Executadas x Agendadas.....	10
2.2	Consultas de outros profissionais de nível superior.....	10
2.2.1	Meta Executada x Contratada.....	11
2.3	Produção de exame: .....	11
2.4	Atendimentos de Emergências: .....	13
2.5	Internações:.....	13
3.	Implantações em Fevereiro de 2020: .....	14
4.	Serviços previstos para o mês de Março/2020: .....	14
5.	Dificuldades:.....	15
5.1.	Estruturais .....	15
6.	Indicadores Qualitativos:.....	16
6.1	Desempenho da Atenção: .....	20
6.2	Qualidade na atenção: .....	21
6.3	Gestão Clínica:.....	22
6.4	Inserção no sistema de saúde:.....	23
6.5	Gestão de Pessoas: .....	25
6.6	Desempenho na área de Controle social: .....	25
6.7	Desempenho na área de humanização:.....	26
6.8	Indicadores Exclusivo da Rede Cegonha: .....	26
7.	Conclusão .....	28
	ANEXOS.....	30



## 1. Introdução

### 1.1 Apresentação do Hospital de Câncer de Pernambuco

O Hospital de Câncer de Pernambuco (Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer - SPCC) é uma instituição de saúde sem fins lucrativos, beneficente, filantrópica e de assistência social mantida pela Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer, fundada há 60 anos, reconhecida como Sociedade Civil de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 67.087, de 20 de agosto de 1970.

O HCP é referência Norte e Nordeste com atuação nas áreas de diagnóstico, tratamento, assistência, ensino e pesquisa em oncologia, sendo uma instituição de relevantes serviços prestados à população Pernambucana, tanto na capital como do interior do Estado, especificamente para a população mais carente.

O Hospital de Câncer de Pernambuco atua para atingir todos os objetivos que lhes foram conferidos, com excelência e qualidade atestadas dentro dos princípios que regem a filantropia.

Conta, também, com um Departamento de Ensino e Pesquisa que através da participação do Corpo Clínico do Hospital, realiza discussões de casos e elaboração de trabalhos científicos a serem apresentados em Congressos e Seminários no âmbito nacional e internacional.

Além disso, gerencia a UP AE de Arcoverde - Dr. Áureo Howard Bradley, no sertão do estado; UP AE de Belo Jardim - Padre Assis Neves, no agreste; UP AE

*M*

Ministro Fernando Lyra - Caruaru, Hospital São Sebastião - Caruaru, UPAE  
Arruda- Deputado Antônio Luiz Filho, no Recife e o Hospital da Mulher do Recife -  
Dra. Maria Cunha. Mercês Pontes

O Hospital de Câncer de Pernambuco atende cerca de 50% dos pacientes com problemas Oncológicos do Estado fazendo a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do Câncer, realizando mensalmente cerca de:

- 40.000 consultas, procedimentos e diagnósticos;
- 700 cirurgias oncológicas;
- 8.800 sessões de Radioterapia;
- 2.300 tratamentos com Quimioterapia;
- 3.000 sessões de Fisioterapia;

## 1.2 Hospital da Mulher do Recife (HMR)

A Secretaria Municipal de Saúde do Recife - SESAU celebrou Contrato de Gestão Nº 28 com a Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer, qualificada como Organização Social, para gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde.

A Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer assinou Contrato de Gestão em 05 de Abril de 2016 e iniciou em 10 de maio de 2016 o Gerenciamento do Hospital da Mulher do Recife, situada na BR 101, Nº485, no bairro do Curado, Recife. Tem como objeto a promoção da assistência universal, humanizada e gratuita à população, em regime de 24 horas, observando os princípios e legislação da Rede Cegonha e do SUS. A assistência é prestada através de urgência e emergência

ginecológica e obstétrica 24horas/dia; internamentos obstétrico, ginecológico e neonatal; atendimento 24horas/dia a vítimas de violência com idade a partir de 10 anos e do sexo feminino, no Centro de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sony Santos; consultas médicas e não médicas; exames ambulatoriais e apoio diagnóstico, visando à assistência integral a saúde da mulher e a população do Recife, oriunda dos oito distritos sanitários, de forma resolutiva sempre respeitando todas as diretrizes da Política Nacional de Humanização, da Rede Cegonha e da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Os atendimentos ambulatoriais do HMR são realizados de segunda a sexta-feira das 7h às 19h, os atendimentos da urgência, emergência e do centro Sony Santos em regime de plantão 24 horas.

O Hospital da Mulher do Recife é uma unidade para atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade com dois pavimentos com estrutura para 150 (cento e cinquenta) leitos, distribuídos em 100 (cem) leitos de Enfermaria, 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 15 (quinze) leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais, 12 (doze) leitos de Unidade de cuidados intermediários Neonatal Canguru e 05 (cinco) leitos de Centro de Parto Normal.

Além disso, dispõe de 06 (seis) salas cirúrgicas das quais 03 (três) destinam-se para cirurgias eletivas, 07 (sete) leitos de recuperação anestésica, 06 leitos de pré-parto e 20 (vinte) leitos para a casa das mães.

No ambulatório, o Hospital da Mulher possui em sua estrutura: 15 (quinze) consultórios para consultas médicas e de outros profissionais de nível superior cujos atendimentos são em Psicologia, Assistência Social e Enfermagem; além de 02 (dois)

*M*

consultórios odontológicos, sendo 01 (um) para triagem e 01 (um) com 02 (duas) cadeiras para atendimento clínico; 01(uma) sala de vacina, 01 (uma) sala de curativo; 01 (uma) sala para coleta de exames; 01 (uma) farmácia ambulatorial e Banco de Leite Humano, com 01 (um) consultório.

São feitas consultas ambulatoriais nas especialidades de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia (Climatério, Infante/Puberal, Sexologia, Planejamento Familiar, LBT, Cirurgias Ginecológicas e Ginecologia Geral), Infectologia, Mastologia, Obstetrícia (Pré Natal de Alto Risco), Neonatologia (exclusivamente para o egresso de recém-nascidos que tiveram o seu nascimento em nossa maternidade) Psiquiatria e Reumatologia, com acesso através da Regulação Ambulatorial da Prefeitura da Cidade do Recife, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório, além de consultas de enfermagem em Puerpério e Puericultura (Mulheres e recém-nascidos que nasceram em nossa maternidade), Atendimento dos Enfermeiros especialistas em Amamentação.

Na Urgência e Emergência Obstétrica e Ginecológica, realizamos atendimentos 24 horas por dia, ininterruptamente, de forma referenciada pelas maternidades municipais do Recife, demanda espontânea, quando em trabalho de parto avançado ou outras situações de emergência, para mulheres residentes na cidade do Recife e com idade maior ou igual 10 (dez) anos.

São disponibilizados leitos de observação em consequência dos atendimentos de Urgência, por período de até 24 horas, não caracterizando internação hospitalar. Neste setor, possuímos 02 (dois) leitos de Sala de Emergência (Sala Vermelha); 06

(seis) leitos de observação, consultórios para Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), atendimento do Serviço Social e para atendimento de enfermagem e médico.

O setor de internação conta com 105 (cento e cinco leitos) nas Unidades de Internação e 47 (quarenta e sete) leitos complementares conforme descritos abaixo:

Setores	Quantidade de Leitos
Enfermaria de Alojamento Conjunto	54 Leitos
Enfermaria de Gestação de Alto Risco	21 Leitos
Enfermaria de Ginecologia Cirúrgica	21 Leitos
Enfermaria de Mastologia	04 Leitos
Unidade de Cuidados Intermediários Canguru	12 Leitos
Unidade de Cuidados Intermediários Convencional	15 Leitos
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	10 leitos
Unidade de Terapia Intensiva	10 Leitos
Centro de Parto Normal	05 Leitos

Além dos serviços acima descritos, possuímos em anexo o Serviço de Atendimento   Mulher Vítima de Violência Sony Santos que disponibiliza 24 horas/dia, ininterruptamente, em local discreto e privativo. É um centro para acolhimento e realiza o do protocolo de atendimento   mulher vítima de violência, realizado por equipe multidisciplinar, onde dispomos também de Perícia do IML para as mulheres que desejarem fazer a denúncia com boletim de ocorrência, no atendimento do centro, através de serviço online.



## 2. Indicadores de Produção

Considerando a necessidade de transição de perfil da unidade e ampliação de metas.

Considerando que a estimativa de demanda para o serviço de Alto Risco e ambulatorial é desconhecida.

Considerando que a transição é demanda tempo para ajustes necessários à contemplar o novo perfil.

Considerando que diante dos fatos acima, nosso acordo de não haver desconto de pagamentos devidos no período de 90 dias, a contar de Janeiro de 2020, tem fundamentação. Segue a nossa produção.

Para a análise da produção, foi considerada a produção de cada especialidade durante a competência de Fevereiro de 2020, no HMR, de todas as consultas médicas e não médicas, exames ambulatoriais e internações.

As metas pactuadas mensais são: 6.800 consultas médicas, 2.800 consultas de outros profissionais de nível superior, 480 Atendimentos odontológicos, 32.528 procedimentos diagnósticos dispostos como: 1.000 Raios-X, 420 Mamografias 528 tomografias, 672 ressonâncias, 704 eletrocardiogramas, 352 eco/doppler, 3.500 USG, 352 densitometrias, 25.000 patologias clínicas, 510 Partos 100 Procedimentos Cirúrgicos e 1.900 Atendimentos de Urgência e Emergência..

Após a abertura do Alto Risco, estamos em fase de implantação das novas metas do plano de trabalho. Estamos realizando processo seletivo, em conformidade com as diretrizes para contratação, objetivando após os 90 dias dessa nova etapa, estarmos com a conclusão desses processos e implantações de serviços na sua totalidade. Tendo como norte a execução do Contrato de Gestão, ofertamos durante o mês de Fevereiro: 3.564 consultas médicas, consultas de outros profissionais de nível superior para atendimento à demanda do hospital conforme produção superior





à meta contratual, 26.341 exames ofertados, foram realizados 25.004 Exames de Apoio Diagnóstico. Destes, 26.341 procedimentos diagnósticos, 1.390 raios-X e mamografia, 507 tomografias, 342 ressonâncias, 435 eletrocardiogramas, 2.932 USG, 342 densitometrias, 320 Eco/doppler, 20.073 patologias clínicas, 510 Partos, 10 leitos na UTI da Mulher, 10 Leitos de UTI Neonatal, 15 Leitos de UCI Neonatal, 12 Leitos da Unidade Canguru e 100 Cirurgias ginecológicas.

## 2.1 Consultas médicas

Foi disponibilizado para o mês corrente o quantitativo de 4.184 consultas médicas, em relação às contratadas, conforme mostra no quadro abaixo:

Consultas Médicas				
Mês	Contratadas	Ofertadas	Agendadas	Executadas
Outubro	6.680	3.779	3.334	2.552
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>57%</b>	<b>88%</b>	<b>77%</b>

Segue abaixo a planilha de comparação e em seguida a análise entre as consultas: Meta Ofertada x Contratada, Consultas Agendadas x Ofertadas, Consultas Executadas x Agendadas.

Percentual Alcançado		
Ofertada x Contratada	Agendada X Ofertada	Executada x Agendada
57%	88%	76%



### **2.1.1 Metas Ofertadas x Contratadas x Agendado x Executado**

Foram disponibilizadas para este mês, 4.184 consultas médicas, alcançando 57% da meta contratada.

Verificamos que das 3.779 consultas ofertadas, foram agendadas pelo SISREG 3.334, o que representa 85% de aproveitamento da oferta disponibilizada, também houve um absenteísmo de 24%. Entre perda primária e absenteísmo foram executadas 68% da oferta disponibilizada. Salientamos que, somos uma Unidade Especializada que atende a pacientes 100% regulados via SISREG (Sistema de Regulação), portanto não atendemos demanda espontânea. Faz-se relevante informar que a Estrutura Física e de Recursos Humanos, é dimensionada e disponibilizada para atender a totalidade da oferta do mês corrente.

### **2.1.2 Consultas Executadas x Agendadas**

Durante o funcionamento deste mês, observamos que 76% das pacientes agendadas vieram para as consultas. Das 3.334 consultas médicas agendadas, foram executadas 2.552 consultas, tendo 782 pacientes faltosos, o que representa uma taxa de absenteísmo de 24% em relação ao agendamento.

### **2.2 Consultas de outros profissionais de nível superior**

A meta pactuada mensal é de 2.800 consultas de outros profissionais de nível superior e foram executadas 3.317 consultas não médicas entre Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo e Assistente Social. No mês de fevereiro de 2020, alcançamos a meta pactuada para consulta de outros profissionais de saúde. Importante ressaltar o agendamento desses profissionais é interno, com exceção da



nutrição, por ser a única categoria não médica que teve pacientes agendados via sistema de regulação.

Profissionais não médicos que realizaram atendimento: 05 Enfermeiros, 01 Nutricionista, 02 Assistentes Sociais, 02 Psicólogos.

Consultas Contratadas	Consultas Ofertadas	Consultas Executadas
2.800	Conforme Atendimento à demanda interna	3.317
100%	---	118%

### 2.2.1 Meta Executada x Contratada

O ambulatório conta com 05 (cinco) Enfermeiros Assistenciais, 02 (dois) Assistentes sociais, 02 (duas) Psicólogas e 01 (um) Nutricionista com agenda regulada. Executamos 3.317 consultas profissionais não médicas de nível superior, executando 118% da meta contratada.

Não foi possível a implantação desse serviço, porque estamos aguardando a entrega dos materiais necessários a sua execução pela SESAU.

### 2.3 Produção de exame:

No mês de Fevereiro de 2020 dos 26.341 exames ofertados, foram realizados 25.004 Exames de Apoio Diagnóstico. Destes, 20.073 exames laboratoriais de análises clínicas (Posto de Coleta), 197 ECG, 2.105 USG, 209 ECO, 338 exames de Tomografia, 197 Densitometria, 217 RMN e 1.668 Raios-X e mamografias.



Procedimentos diagnósticos	Meta Contratada	Exames Ofertados	Exames Agendados*	Exames Executados
*Raio X e Mamografia	1.420	1.390	1.359	1.668
Tomografia	528	507	398	338
Ressonância	672	342	346	217
Eletrocardiograma	704	435	Exame realizado de acordo com demanda da cardiologia	197
Eco/doppler	352	320	280	209
USG	3.500	2.932	2.343	2.105
Densitometria	352	342	314	197
Patologia Clínica	25.000	20.073	Exame realizado atualmente, de acordo com demanda interna do ambulatório HMR	20.073
<b>Total</b>	<b>32.528</b>	<b>26.341</b>	<b>5.040</b>	<b>25.004</b>

\*Inseridos nesse indicador os exames de mamografia, por se tratar de exame radiológico.

Em anexo a esse relatório, segue a agenda de exames ofertados neste período.

Comparativo total de exames:

Exames Contratadas	Exames Ofertados	Exames Agendados*	Exames Executadas
32.528	26.341	5.040	25.004

\* Exames laboratoriais e ECG não são regulados

## 2.4 Atendimentos de Emergências:

Realizamos em Fevereiro de 2020 o total de 2.524 atendimentos na emergência com Acolhimento e Classificação de Risco realizado em todas as pacientes, totalizando 133% da meta contratada.

Reiteramos que, durante o mês mantivemos todos os plantões abertos, com equipes completas e com 100% da sua capacidade em funcionamento durante as 24 horas diárias nos 7 dias da semana. Nesse contexto, todas as pacientes que buscaram esse serviço em nossa unidade foram atendidas. Ressaltamos novamente, que não temos como exercer qualquer interferência sobre a demanda deste setor, que depende exclusivamente da busca da mulher pelo serviço.

Fonte: MV

## 2.5 Internações:

Foi pactuado mensalmente para execução: 510 Partos, 100 Procedimentos cirúrgicos.

Com disponibilidade de 54 leitos para internações, alojamento conjunto para Risco Habitual e Alto Risco. Conforme meta estabelecida em plano de trabalho no HMR foi executado: 536 Partos e 87 cirurgias ginecológicas.

Ressaltamos que atualmente nossos internamentos de puérperas são provenientes de:

- encaminhamento das três maternidades municipais, de acordo com fluxo determinado pela SESAU do Recife;
- Mulheres que chegam ao hospital em trabalho de parto através da emergência, por livre demanda;
- Mulheres reguladas pela Central de Regulação de leitos do Estado.



A via de acesso para a realização das cirurgias ginecológicas é pelo agendamento da regulação municipal ( através da demanda ambulatorial) e de mulheres cujo primeiro atendimento que ocasionou a necessidade de intervenção cirúrgica deu-se pela emergência do HMR e que necessitam realizar com celeridade uma cirurgia ginecológica em decorrência da gravidade do caso.

Como informação relevante, do total de 536 partos realizados este mês, no HMR, destaca-se: 335 Partos Vaginais (63%) e 201 Cesáreas (37%).

Tipo de internação	Internações Pactuadas	Internações Ofertadas	Internações executadas
Partos	510	510	536
Procedimentos Cirúrgicos	100	100	87

### 3. Implantações em Fevereiro de 2020:

Mantivemos os serviços já implantados, trabalhando para manutenção da qualidade e resolutividade dos serviços ofertados. Continuamos com a implantação dos serviços, previsto para o Alto Risco do Hospital da Mulher do Recife.

### 4. Serviços previstos para o mês de Março/2020:

Manteremos os serviços já implantados, como a realização de partos, cirurgias ginecológicas, e os serviços ambulatoriais de exames, consultas, implantação de DIU, ambulatório de Egressos; teste do coraçãozinho; teste do pezinho; teste da orelhinha; vacinas; certidão de nascimento; banco de leite; Casa das Mães, Bebês e Puérperas.



Continuaremos a realizar os ajustes necessários ao funcionamento dos novos serviços, relativos às metas da abertura do Alto Risco, conforme plano de trabalho.

## 5. Dificuldades:

### 5.1. Estruturais

- É relevante ser apontado como dificuldade não ter sido entregue pela prefeitura, os equipamentos para o sistema de vídeo monitoramento do hospital. A ausência desse equipamento dificulta a vigilância predial, patrimonial e de entrada e saída de pacientes, funcionários e usuários do serviço. Ressaltamos que temporariamente e em caráter emergencial, conseguimos com a contratada do serviço de segurança, a colocação de câmeras. Reafirmamos que, não é permanente, mas até a vigência do contrato com essa empresa.

- Em tempo, informamos nossa preocupação quanto aos inúmeros serviços iniciados e não concluídos pela Cinzel, tais como: Correção das fissuras diversas, reparo na cobertura em policarbonato do hall rampa, desagregação do piso cimentado a laje descoberta, infiltrações nas janelas de alumínio de diversos setores, abatimento nas telhas de diversas cobertas, dentre outros.

- Apesar de haver indicação no projeto do hospital de colocação de piso tátil em algumas áreas, este não foi instalado pela Cinzel. A ausência deste, além de não atender as diretrizes da Política da Pessoa com Deficiência, dificulta a acessibilidade mobilidade dessas pessoas no HMR, portanto é necessário definição quanto à responsabilidade pela execução de desse serviço.



## 5.2. Assistenciais

- Durante o mês de Fevereiro, estamos realizando a seleção e contratação dos profissionais necessários à ampliação ambulatorial.
- Quanto ao serviço de odontologia, não foi implantado porque estamos aguardando a entrega pela SESAU dos materiais necessários ao início do serviço.

## 5.3. Equipamentos

- Não foi realizado o teste de estanqueidade da rede de gás medicinal. O referido teste não foi entregue pela construtora. Sem estes testes não se tem a segurança devida da rede de distribuição dos gases medicinais do hospital. Vale ressaltar que, além das questões abordadas acima, existem vícios construtivos a serem sanados tais como o descolamento do piso em manta vinílica em grande parte do hospital como: o hall dos elevadores do térreo, corredores de circulação do térreo, bloco cirúrgico, pré parto, entorno da rampa de acesso ao 1º andar, ausência de ralo sifonado em vários ambientes, deslocamento das ferragens de sustentação da esquadria de vidro da entrada de Emergência, retorno do abatimento na pavimentação em frente à guarita. Por fim pontuamos que os 26 postes e luminárias da área externa do hospital, previstas no projeto não foram entregues até o momento.

## 6. Indicadores Qualitativos:

Durante o mês de Fevereiro de 2020 implantamos e mantivemos em funcionamento as seguintes comissões, conforme justificativas a seguir:

### I. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH):

Meta: Apresentar ATA de reuniões

Realizado reunião em 17/02/2020 conforme ATA em anexo;





**II. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS:**

Meta: Apresentar ATA de reuniões

Reunião em 06/02/2020 conforme ATA em anexo.

**III. COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO, DISCUSSÃO E PREVENÇÃO DE MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL (CIDPMMN):**

Meta: Apresentar ATA de Reuniões

Realizado reunião em 06/02/2020 conforme ATA em anexo;

**IV. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT):**

Meta: apresentar ATA de Reuniões

Realizado reunião em 27/02/2020 conforme ATA em anexo;

V.

**VI. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA):**

Meta: Apresentar ATA

Realizado reunião em 27/02/2020 conforme ATA em anexo;

**VII. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA:**

Meta: Apresentar ATA

Realizado reunião em 10/02/2020 conforme ATA em anexo;

**VIII. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM:**

Meta: Apresentar ATA

Realizado reunião em 19/02/2020 conforme ATA em anexo;



**IX. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS (CVO)**

META: Apresentar ATA

Realizado reunião em 06/02/2020 conforme ATA em anexo;

**X. COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA**

Meta: Apresentar ATA

Comissão implantada, conforme reunião em 07/02/2020 em ATA anexa;

**XI. COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP):**

Meta: Apresentar ATA

Não se aplica, reiteramos a justificativa.

O Comitê de Ética em Pesquisa - CEP é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, educativa, autônoma, para emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, vinculada a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP e tem por finalidade o acompanhamento das pesquisas envolvendo seres humanos, preservando os aspectos éticos primariamente em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente.

O CEP do Hospital da Mulher do Recife (HMR), conforme edital de seleção da OS, estava previsto para iniciar seus trabalhos nos três primeiros meses de funcionamento do Hospital. Porém a unidade de saúde, até o presente momento, não iniciou a execução dos procedimentos de alto risco, realizando apenas procedimentos de risco habitual, nem atividade no campo de pesquisa.

Além disso, ainda não houve o início do processo de credenciamento da unidade como Hospital. Os Hospitais de Ensino e Pesquisa são estabelecimentos de saúde que se caracterizam por serem unidades de



referência em procedimentos de maior densidade tecnológica (complexidade). São centros de formação, ensino e atuação de importantes especialidades de saúde, em especial de profissionais multidisciplinares e que contribuem nos processos de inovação assistencial e incorporação tecnológica em saúde. Dessa forma, Comitê de Ética em Pesquisa do HMR não foi implantado, uma vez que o seu principal objetivo seria dar apoio nas atividades de pesquisa. Estas Atividades que são inerentes aos hospitais que apresentam maior complexidade assistencial e credenciada para desenvolver atividades de ensino e pesquisa;

## **XII. COMISSÃO INTRA HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃO E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT):**

**Meta:** Apresentar ATA

Não se aplica, reiteramos a justificativa.

Essa comissão possui perfil conforme Portaria 1.752 de 2005, em anexo, portanto foi dimensionada e poderá ser contemplada para a próxima etapa de funcionamento do hospital, onde teremos a alta complexidade hospitalar.

O Atual perfil de nossas mulheres é de baixa complexidade, portanto, tal comissão não tem como cumprir seu papel em virtude de ausência de demanda específica para essa finalidade (ainda não temos número de óbitos que justifique tal comissão) que possa ser objeto desta, vide taxa de óbito institucional;



### XIII. COMISSÃO DE MANUTENÇÃO PREDIAL

**Meta:** Apresentar ATA

Reunião realizada em 29/02/2020 conforme relatório de manutenção predial em anexo;

#### 6.1 Desempenho da Atenção:

Em Fevereiro de 2020 alcançamos os seguintes indicadores assistenciais:

- Taxa de ocupação:

Meta: 85%.

Neste período a nossa taxa de ocupação foi de 183%. Para o cálculo desse indicador foi utilizado os seguintes dados: número de paciente/ dia (3.810) ÷ n° leitos/dia (74 Leitos x 28 dias= 2.072) X 100.

*Fonte: Prontuário Eletrônico do Paciente via MV;*

- Taxa de Cesariana:

Meta: mínimo 40%

Taxa de cesariana em fevereiro foi de 37%

Tivemos taxas de partos vaginais superiores às de cesarianas. Realizados o total de 536 partos realizados este mês, no HMR, destacamos: 335 Partos Vaginais (63%) e 201 Cesáreas (37%).

*Fonte: Sistema MV e faturamento;*

- Taxa de média de permanência:

Meta: até 04 dias

Em Fevereiro nossa taxa de permanência foi 5 dias. Método de cálculo: n° de pacientes/dia (3.810) ÷ n° de saídas no mesmo período (758).

*Fonte: Sistema MV e faturamento;*

## 6.2 Qualidade na atenção:

- **Mortalidade Institucional:** Numero de óbitos após 24 horas atendimento num determinado período/ número de saídas no mesmo período X 100:

Parâmetro: 3%

A taxa em Fevereiro foi de 0,1% de Mortalidade Institucional, tivemos 01 óbito maior após 24 horas de atendimento .

*Fonte: Busca ativa diária do NEPI;*

- **Mortalidade Geral:** Número de óbitos num determinado período/número de saídas no mesmo período X 100:

Parâmetro: 3%

A taxa em Fevereiro foi de 0,9% de mortalidade geral, tivemos 07 óbitos.

*Fonte: Busca ativa diária do NEPI;*

- **Mortalidade Materna Hospitalar:** número de óbitos por causa materna, num determinado período/número de saídas dos pacientes de obstetrícia no mesmo período X 100:

Parâmetro: 0,0%

Em Fevereiro a taxa foi de 0% de Mortalidade Materna (não houve óbito materno);

*Fonte: Busca ativa diária do NEPI;*

- **Mortalidade Neonatal Hospitalar:** número de óbitos em crianças com até 28 dias, num determinado período/número de nascidos vivos no mesmo período X 100:

Parâmetro: 2,5%



Em Fevereiro a taxa foi de 0,4% de Mortalidade Neonatal/hospitalar (houve 02 óbitos neonatal);

*Fonte: Busca ativa diária do NEPI;*

#### **- Taxa de Infecção Hospitalar:**

Meta: Parâmetro de 5%.

Para o período a taxa de infecção hospitalar foi de 0,4%. Para o cálculo desse indicador utilizamos os seguintes dados: nº de infecções (3) ÷ nº de saídas no mesmo período (758) X 100.

*Fonte: Para o numerador é realizado busca ativa diariamente pela CCIH e o denominador é pelo sistema MV (Prontuário Eletrônico);*

*OBS: Todas as unidades hospitalares alimentam essa informação no FORMSUS onde o denominador é o número de cesáreas no mesmo período, podendo dar divergência de valores. Ressaltamos que esse sistema é Nacional, com método de cálculo já previsto em formulário. Fazemos essa observação porque o cálculo apresentado acima foi de acordo com a planilha do contrato porém trazemos esse outro método. Sugerimos também nova discussão para a adoção do método preconizado pelo Ministério da saúde, através do FORMSUS.*

### **6.3 Gestão Clínica:**

#### **- Implantar e implementar protocolos obstétricos para as patologias mais prevalentes na gestação de alto risco:**

Meta: Protocolos elaborados, implantados e implementados, Ata de reuniões.

Protocolo encaminhado a SESAU através da Comissão de monitoramento. Atualmente possuímos apenas 01 (Uma) Obstetra que realiza pré-natal de alto risco, no ambulatório do Hospital da Mulher que participaram e tem



conhecimento do referido protocolo, e das patologias mais prevalentes na gestação de alto risco que já estão sendo tratadas seguindo, as condutas do referido protocolo. Realizaremos novos treinamentos quando houver mudança de quadro;

**- Atividades Educativas na sala de espera do ambulatório da maternidade:**

Meta: 01 atividade educativa/semana com registro em livro de ocorrência, informando tema abordado e o total de pacientes presentes. O Serviço social desenvolve, semanalmente, atividade educativa em grupo com usuários do Ambulatório de Planejamento Reprodutivo conforme frequência em anexo;

**6.4 Inserção no sistema de saúde:**

**- Nº de gestantes que realizaram o pré-natal de alto risco no ambulatório do Hospital da Mulher conforme mapa de vinculação:**

Meta: Parto Garantido a 100% das gestantes acompanhadas no ambulatório de alto risco do Hospital da Mulher.

Com o início do Alto Risco esperamos poder vincular as gestantes do ambulatório de PNAR. Atualmente realizamos apenas o acompanhamento ambulatorial.

Vale ressaltar que, em virtude da inserção das vagas na Central de Leitos do Estado, cuja gestão foge a nossa competência, estaremos analisando diante do cenário atual a possibilidade de vinculação.



**- Serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual:**

Meta: serviço atuando conforme as normas do MS.

Em funcionamento o Centro de Atenção à Mulher vítima de Violência Sony Santos, utilizando o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde;

**- Registro Civil do RN implantado no Hospital da mulher:**

Meta: 70% de RN com Registro Civil ocorridos no mês/total de nascidos vivos no mês X 100.

Foram realizados 136 Registros Civis durante o mês de Fevereiro. Para o não cumprimento dessa meta nessa totalidade, listamos as seguintes justificativas: somos interligados ao cartório de Tejipió, que tem dificuldades em atender as demandas do HMR relativas à efetivação do registro no mesmo dia (visto que o referido registro é faturado no internamento da mãe), apesar de termos feito várias tentativas junto a esta para sanar o problema, não obtendo êxito; na admissão da gestante realizamos sensibilização desta quanto à importância do Registro e entregamos impresso com documentação necessária às usuárias e os seus acompanhantes. Realizamos busca ativa no Alojamento Conjunto através de idas do colaborador do cartório ao leito das puérperas para falar sobre o serviço ofertado e como ter acesso; apesar do não atingimento da meta, ainda somos a unidade no âmbito do município em comparação com as demais maternidades da rede, com o maior número de registro Civil; Sugerimos pactuação de metas para o RC.





### 6.5 Gestão de Pessoas:

- **Número de reuniões realizadas com os profissionais da equipe multiprofissional da maternidade, objetivando a educação permanente com foco na clínica:**

Meta: 01 reunião por mês.

Houve reuniões: realizado em 10/02/2020, 11/02/2020 e 13/02/2020 conforme ATA em anexo;

### 6.6 Desempenho na área de Controle social:

- **Prover meios de escuta dos usuários: implantar sistema de Ouvidoria:**

Meta: implantar o serviço e resolução de 100% das demandas registradas.

Meta alcançada, conforme relatório da ouvidoria em anexo, que segue mensalmente;

- **Avaliação semestral da satisfação do usuário ou sua família:** Aplicar questionário de Satisfação no mínimo em 30% dos usuários internados ou seus familiares, e 10% dos pacientes de ambulatório e emergência, atendidos na maternidade por semestre.

Meta permanente: 80% de usuários e familiares entrevistados satisfeitos por semestre.

Das 2.334 pesquisas entregues no ambulatório e emergência em Fevereiro 90% dos usuários classificam o Hospital como bom, ótimo e excelente conforme relatório em anexo.



Das 896 pesquisas entregues no Alojamento Conjunto em Fevereiro 87% dos usuários classificam o Hospital como bom, ótimo e excelente conforme relatório em anexo.

Relatório em anexo;

### **6.7 Desempenho na área de humanização:**

**- Implantar e manter Grupo de trabalho em humanização para viabilizar as diretrizes do Programa Humaniza SUS.**

Meta: Implantar o grupo e encaminhar lista de presença

Realizada em 04/02/2020 abordando três temáticas do Programam Nacional de Humanização e a realidade do HMR, conforme ATAS em anexo;

**- O Acolhimento com Classificação de Risco que iniciou com a abertura da emergência em 100% das pacientes.**

Meta: 100% dos pacientes submetidos à Classificação de Risco no serviço de urgência e emergência em 01 ano.

Desde que iniciou com a abertura da emergência em 100% das pacientes atendidos passam pelo ACR. Inicialmente registrado em ficha de atendimento e após a implantação do Sistema de Informação- MV com o Prontuário Eletrônico do Paciente- onde está registrado e disponível o PEP.

### **6.8 Indicadores Exclusivo da Rede Cegonha:**

**- Taxa de Episiotomia:**

Meta: redução em 20% ao ano (linha de base: primeiros seis meses) até taxa < 30%

Para o mês de Fevereiro nossa taxa de episiotomia foi de 0%

Justificativa: Não tivemos nenhuma episiotomia. Não fazemos Episiotomia em nossas gestantes como procedimento padrão.

Fonte: Registro em Prontuário Eletrônico do Paciente

**- Aleitamento Materno na 1ª hora de vida:**

Meta: 90% dos recém-nascidos e mães em viabilidade clínica para amamentação. Realizamos o aleitamento materno na 1ª hora de vida como rotina pós-parto registrado em Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP para os Recém-nascidos e mães em boas condições clínicas. Quanto à puérperas com HIV, seguimos o protocolo do Ministério da Saúde quanto ao Aleitamento e realizamos os encaminhamentos pertinentes aos bancos de leite municipal para que esta possa ter acesso ao leite materno (enquanto não se pactua a abertura da próxima etapa do hospital). *Obs: A notificação é realizada via NEPI do HMR no sistema SINAN e FORMSUS.*

**- RN com direito ao acompanhante na UTI e UCI:**

Meta: 100% dos RNs retidos com pais tendo livre acesso à unidade.

Esta meta não se aplica a essa etapa de funcionamento do hospital, pois ainda não dispomos desses serviços (ainda não pactuado a abertura desses serviços pela SESAU).

**- Colegiado Gestor Materno- infantil funcionando, composto por representantes das categorias multiprofissionais do hospital;**

Meta: implantar o colegiado com no mínimo 01 reunião mensal.



O referido colegiado gestor realizou reunião: 03/02/20 conforme ATA em anexo.

- **APGAR > 7 no quinto minuto:** Meta: 97% dos recém-nascidos

Método de cálculo: recém-nascidos com APGAR > 7 (523) ÷ pelo total de nascidos do mês (539) X 100. média de APGAR maior que 7 no quinto minuto no HMR em Janeiro foi de 99%, conforme método de cálculo acima.

Fonte: Prontuário Eletrônico do Paciente.

- **O percentual de proporção de mulheres com quadro de abortamento, que receberam atenção humanizada com utilização de AMIU:**

Meta: Utilização de AMIU no mínimo em 50% dos casos atendidos com menos de 12 semanas.

Foi realizado a AMIU em 100% das pacientes com indicação para realizar o referido procedimento, calculado sobre o número de abortamentos atendidos no período. Foram realizados AMIU em 04 (quatro) mulheres tinham indicação de realização de AMIU. Ressaltamos que a execução desse procedimento, devem ser preenchidos os critérios clínicos estabelecidos.

Fonte: Registro em Prontuário Eletrônico do Paciente

## 7. Conclusão

O Hospital da Mulher do Recife trabalha para ofertar e executar todas as metas pactuadas em contrato de gestão, com um padrão de qualidade, humanização e excelência elevados, sempre baseado nas melhores evidências científicas disponíveis para cada área. Esperamos que as dificuldades pontuadas sejam sanadas para melhor execução do contrato de gestão deste Hospital.



Ressaltamos que trabalhamos respeitando as diretrizes do SUS e seus manuais em harmonia com a Rede Municipal de Atenção à Saúde da Cidade do Recife e em parceria com a Regulação Municipal de Saúde efetuando os ajustes necessários ao aprimoramento dos agendamentos dos atendimentos, uma vez que essa é a via de acesso aos serviços desse hospital.

Recife, 20 Março de 2020.

*Isabela Coutinho*  
**Isabela Coutinho Neiva**

**Diretora Geral do Hospital da Mulher do Recife**

## **ANEXOS**

- **Agenda de Fevereiro 2020 (Ref. Ao Item 2.1)**
- **Atas das Comissões (Ref. Ao Item 6.0)**
- **Atividades Educativas na sala de espera do ambulatório de Planejamento Familiar (Ref. Ao Item 6.3)**
- **Reunião com foco na Clínica Obstetrícia (Ref. Ao Item 6.5)**
- **Relatório da Ouvidoria (Ref. Ao Item 6.6)**
- **Pesquisa de Satisfação (Ref. Ao Item 6.6)**
- **Reunião do Grupo de trabalho em Humanização (Ref. Ao Item 6.7)**
- **Relatório da Engenharia Clínica**













CONSULTAS NÃO-MÉDICAS - AGENDA DISPONIBILIZADA - FEVEREIRO 2020 - HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE

ESPECIALIDADE	PROFISSIONAL NÃO MÉDICO	CPF	HORARIO	FEBR 2020																												SUBTOTAL	TOTAL GERAL
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
				SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	
MATERONISTA	RICARDO DA SILVA DUARTE		SEG (TARDE), TER (DIA INTEIRO), QUA (MANHÃ), QUI (MANHÃ) - GH/DIARIAS	0	0	12	12	12	12	12	12	0	0	12	12	12	12	12	0	0	12	12	12	12	12	0	0	12	0	12	12	12	0
PSICOLOGIA	ANITA DUCASTEL CORRÊA LIMA	658.393.314-49	SEG - SEX (6H/DIA - TARDE)	CONFORME ATENDIMENTO À DEMANDA INTERNA																												0	0
	TACIANA NUNES MARIZ	831.464.074-34	SEG - SEX (6H/DIA - MANHÃ)	CONFORME ATENDIMENTO À DEMANDA INTERNA																												0	0
ASSISTENTE SOCIAL	LEA VALERIA DE ALMEIDA E SILVA	339.841.404-44	SEG - SEX (6H/DIA - MANHÃ)	CONFORME ATENDIMENTO À DEMANDA INTERNA																												0	0
	YONARA DO NASCIMENTO SILVA	039.250.664-54	SEG - SEX (6H/DIA - TARDE)	CONFORME ATENDIMENTO À DEMANDA INTERNA																												0	0

OBS. A Assistência Social e a Psicologia, não estão sendo reguladas, está sendo demanda espontânea do HMR.

*M*

No décimo sétimo dia do mês de Fevereiro de dois mil e vinte às 10:00 horas, foi realizada reunião interna da CCIH do Hospital da Mulher do Recife - Dr. Mercedes Pontes da Cunha, com a presença de Dr. Marcela Marinho e Carolena Aguiar - Coordenadora da CCIH, onde foi discutido:

- Leitura da ata anterior;
- atualizado planilha de culturas;
- Realizado treinamento de higienização das mãos nos setores de alto risco;
- Iniciado planilhas das UTI's no mês de janeiro;
- Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião.

Carapine Aguiar

Marcela M. Andrad  
Médica  
CRM 19215

MA

Reunião da Comissão de Pontuação de Pontos  
06 de Fevereiro 2020

Membros:  
Presidente: Maria Helena Figueira  
Vice Presidente: Cynthia Brandt  
Suplente: Ana Paula  
Secretaria: Maria Nelma

Maria Helena Figueira  
Assistente Administrativo  
Hospital da Mulher do Recife

Cynthia Brandt  
Enfermeira  
COREN 202.653

Realizamos Reunião da Comissão de Pontuação de Pontos Hospital da Mulher do Recife, abordamos o tema a qual vem gerando preocupação em torno a ocorrência de complicações devido a casos de síndrome respiratória, ainda sem registro no estado, na qual vem gerando preocupação aos membros de comissão devido a alta capacidade de contaminação e a possibilidade de ser realizada em toda instituição, com a falta de precauções e evidências, entre a, reuniões abordamos a evidência com o manuseio de tubos fixos e uso de epis com foco de a contaminação nos tubos e o equipamento em um país tropical, mas é de suma importância a prevenção uma vez que ainda é muito alto o risco de contaminação fixa e mais uma vez abordamos sobre a importância de pontuação e ainda estamos com poucas informações sobre isso, mas nos propomos a uso de pontuação e em hospitais. Aguardamos mais orientações da ECIA e NEPI para informações sobre o uso de epis e evidências durante a pandemia. Está ficando entre outros pontos e algumas instituições melhora para condicionar o bem estar dos membros de forma segura para o manuseio dos membros

11

**Ata da reunião da Comissão de Investigação, Discussão e Prevenção de  
Mortalidade Materna e Neonatal - CIDPMMN**

O Grupo Técnico da Comissão de Mortalidade do HMR se reúne em 06.02.2020, às 09:00 h, na Sala da Coordenação do núcleo de epidemiologia, para discutir os óbitos ocorridos no Hospital da Mulher do Recife. Estando presentes: Carol Pordeus (Coordenadora da Obstetrícia), Elisabeth Pereira (Coordenadora do NEPI) e Carolina Agra (Coordenadora da CCIH).

**1) Óbito do FM de R.C.G.L.C.S., ocorrido em 06/11/19.**

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito inevitável. Sugere como causa de óbito: **PARTE I: a)** Causa indeterminada.

**Problemas identificados:**

**Pré natal:** Houve falha na assistência.

- Sem registro dos batimentos cardio fetais (BCF) na última consulta do pré-natal.

**Parto:** Não houve falha na assistência.

**Recomendações:**

- Garantir ausculta dos batimentos cardio fetais nas consultas do pré-natal.

**2) Óbito do FM de L.M.S.C., ocorrido dia 10/11/19.**

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito evitável. Concorda com a causa de óbito registrada: **PARTE I: a)** Hipóxia, **b)** Descolamento Prematuro de placenta e **c)** Hipertensão Materna.

**Problemas identificados:**

**Pré natal:** Houve falha na assistência.

- Número insuficiente de consultas de pré-natal.

**Parto:** Houve falha na assistência.

- Não foi diagnosticado Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) no atendimento inicial da paciente.

**Recomendações:**

- Garantir o número de consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde;
- Atentar os critérios para sinais de alerta de DPP para tratamento oportuno.

**3) Óbito do RN (G1/G2) de R.T.C., ocorrido dia 18/11/19.**

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito inevitável. Não concorda com a causa de óbito registrada na D.O.: **PARTE I: a)** Prematuridade Extrema e **b)** Abortamento inevitável, corrige para: **PARTE I: a)** Abortamento inevitável.

**Problemas identificados:**

**Pré natal:** Não houve falha da assistência.

**Parto:** Não houve falha da assistência.

**Recomendações:**

- Prosseguir investigação com a respectiva Secretária.

4) Óbito do FM de A.F.M.S., ocorrido dia 04/12/19.

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito inevitável. Sugere para causa de óbito: **PARTE I:** a) Causa desconhecida.

**Problemas identificados:**

**Pré natal:** Não houve falha da assistência.

**Parto:** Não houve falha da assistência.

**Recomendações:**

- Recomendamos prosseguir investigação com o respectivo Distrito sanitário.

5) Óbito do FM de C.F.L.S., ocorrido dia 17/12/19.

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito inevitável. Concorda com a causa de óbito registrada: **PARTE I:** a) Causa desconhecida.

**Problemas identificados:**

**Pré natal:** Não houve falha da assistência.

**Parto:** Não houve falha da assistência.

- Falta da cópia do cartão de pré-natal.

**Recomendações:**

- Garantir a cópia do cartão de pré-natal nos casos de óbitos para subsidiar a investigação desses casos posteriormente.

6) Óbito do FM de R.V.A., ocorrido dia 09/01/2020.

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito inevitável. Não concorda com a causa de óbito registrada: **PARTE I:** a) Causa indeterminada e **PARTE II:** Diabetes Gestacional e Hipertensão Gestacional, corrige para: **PARTE I:** a) CIUR, b) Síndrome de HELLP e c) Pré-eclâmpsia grave.

**Problemas identificados:**

**Pré natal:** Houve falha da assistência.

- Sem diagnóstico de Hipertensão na gestação;
- Sem tratamento para diabetes no pré-natal;
- Peso do feto muito abaixo para idade gestacional;
- Sem exames do pré-natal.

**Parto:** Não houve falha da assistência.

- Falta da cópia do cartão de pré-natal.

**Recomendações:**

- Garantir pré-natal adequado, com tratamento de doenças preexistentes;
- Garantir diagnóstico oportuno de doenças prevalentes na gestação;
- Garantir todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde durante a gestação;
- Atentar aos fatores de risco durante a gestação;
- Ofertar planejamento reprodutivo.

7) Óbito do RN de B.M.A.M., ocorrido em 10/01/20.



**Conclusão:** O Grupo reunido não concorda com a causa de óbito registrada:  
**PARTE I: a) Prematuridade Extrema e b) Sangramento Genital, corrige para: PARTE I: a) Prematuridade Extrema.**

**Problemas identificados:**

**Pré natal:** Não houve falha da assistência.

**Parto:** Não houve falha da assistência.

**Recomendações:**

- Recomendamos prosseguir investigação com a respectiva Secretaria.

**8) Óbito do FM de J.L.B.S., ocorrido dia 11/01/2020.**

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito inevitável. Não concorda com a causa de óbito registrada: **PARTE I: a) Hipoxia intrauterina e b) Hipertensão Materna, corrige para: PARTE I: a) Malformação fetal.**

**Pré natal:** Não houve falha da assistência.

**Parto:** Não houve falha da assistência.

**Recomendações:**

- Recomendamos prosseguir investigação com a respectiva Secretaria.

Todas as recomendações destinadas ao HMR serão encaminhadas para as coordenações responsáveis. As recomendações destinadas ao Distrito Sanitário/Município de origem da paciente, serão repassadas no dia da reunião de discussão do óbito. Sem mais para o momento, todos assinam abaixo:

*Elisabeth Pereira*

Ana Carolina Pordeus  
 Coordenadora  
 Emergência Obstétrica  
 CRM PE 20934

*Carapic*

*M*

Em vinte e sete de <sup>Novembro</sup> dois mil e vinte, no setor de farmácia do Hospital da Mulher do Recife (HMR) foi iniciada a reunião mensal da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

Quando continuidade na construção do Manual de Seleção e Uso de Medicamentos Injetáveis do Serviço de Farmácia do HMR, fica definido que no conteúdo do manual deve ser inserido também toda a padronização de medicamentos do HMR, dividida por classe terapêutica.

Outra sugestão dada durante a reunião é que, se possível, uma versão digital do mesmo deva ser disponibilizada na pasta pública dos computadores do HMR.

São apresentadas algumas páginas já concluídas do mesmo para revisão de todos, sendo o esboço aprovado.

Fica de responsabilidade da coordenação de farmácia verificar junto a TI a possibilidade de inclusão do manual na pasta pública.

Em mais pautas, a reunião foi encerrada.

Participantes:

Paulo Victor S. de Sena

Larayne Sz.

Suzana Lourenço Silva

**ATA DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERNA  
DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES  
GESTÃO 2019 / 2020 – HMR**



Deu-se início a 4ª Reunião Ordinária da CIPA – Gestão 2019/2020, no dia vinte e sete do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte, na sala da segurança do trabalho, no 2º andar do – Hospital da Mulher do Recife ( HMR).

**PAUTA DA REUNIÃO:**

- Abertura – Fábio Santos
- Estatística de Acidentes – Fábio Santos
- Melhorias / Ações de Segurança – Carlos Antônio
- Outros Assuntos – Carlos Antônio

**PRESENTES:** Anderson Oliveira da Silva, Carlos Antônio do Nascimento Cabral, Celianny Maria da Silva Lima, Cristiane Gomes Jacinto da Silva, Eni Cosme da Silva, Fábio Francisco dos Santos, Newton De Azevedo Corrêa, Taciane Vieira dos Santos e Wanessa Silva Joaquim de Lima.

**AUSENTES:** André Da Paz Pessoa, Betânia Gomes da Silva, Célia Regina Gonçalves de Lima, Dênis de Souza Araújo, Fábio Martinelli da Silveira, Joelma Mariana da Silva, Maria Carolina Agra de Oliveira e Wilson Raimundo Leite Filho.

**ABERTURA**

O presidente da CIPA, o senhor Fábio Santos deu início a reunião realizando a leitura da seguinte frase: "Acidentes não acontecem por acaso, mas sim por descaso".

**ESTATÍSTICA DE ACIDENTES**

Dando continuidade a reunião, Fábio Santos fez-nos saber os registros comunicados de acidente do trabalho ocorridos no mês de fevereiro:

- **ACIDENTE TÍPICO** – PPP Enfermaria 2 – No dia 02/02/2020, às 15h00, ao sair da enfermaria 2 com um monitor do bloco cirúrgico na mão, a técnica de enfermagem tropeçou na mesa, vindo a cair e chocando-se com o chão, fazendo contato através do joelho, cotovelo e rosto.

*Handwritten signature or mark.*

## MELHORIAS / AÇÕES DE SEGURANÇA

O técnico em segurança do trabalho e secretário da CIPA, Carlos Antônio, informou que no mês de fevereiro ocorreram as seguintes melhorias na área da segurança do trabalho:

- Manutenção do Sistema de Alarme de Incêndio;
- Recarga de Extintores;
- Realização do Curso de Formação da 2ª Turma de Brigada de Incêndio.

## OUTROS ASSUNTOS

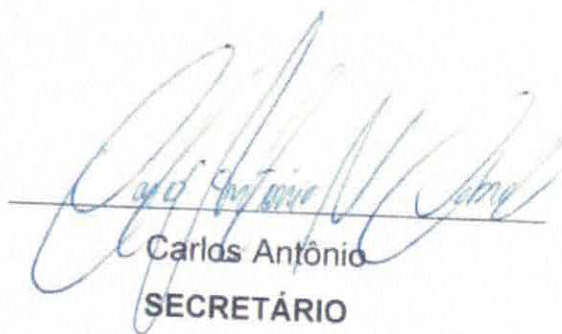
No fechamento da reunião, o senhor Carlos Antônio abordou sobre outros assuntos:

- Alteração da Data de Realização da SIPAT – 13 a 17/04/2020;
- Escolha do Tema da SIPAT: **Prevenir acidentes é pensar no futuro.**

Sem mais a ser discutido, o Srº Fábio Francisco dos Santos, Presidente da CIPA do HMR – Hospital da Mulher do Recife agradeceu a presença de todos, dando por encerrada a reunião, e, eu, Carlos Antônio do Nascimento Cabral, secretário, lavrei a presente ata que após lida e aprovada será assinada e fornecida uma via a todos os membros presentes.



Fábio Santos  
**PRÉSIDENTE**



Carlos Antônio  
**SECRETÁRIO**



MEMBROS DA CIPA - HMR: GESTÃO 2019 / 2020

REPRESENTANTES DO EMPREGADOR

TITULARES

BETÂNIA GOMES DA SILVA

AUSENTE

CARLOS ANTÔNIO DO NASC. CABRAL

*Carlos Antônio do Nasc. Cabral*

ENI COSME DA SILVA

*Eni Cosme da Silva*

NEWTON DE AZEVEDO CORRÊA

*Newton de Azevedo Corrêa*

FÁBIO FRANCISCO DOS SANTOS

*Fábio Francisco dos Santos*

FÁBIO MARTINELLI DA SILVEIRA

AUSENTE

SUPLENTES

ANDRÉ DA PAZ PESSOA

FALTA JUSTIFICADA

CÉLIA REGINA GONÇALVES DE LIMA

AUSENTE

CRISTIANE GOMES JACINTO DA SILVA

*Cristiane Gomes Jacinto da Silva*

JOELMA MARIANA DA SILVA

AUSENTE

MARIA CAROLINA AGRA DE OLIVEIRA

AUSENTE

REPRESENTANTES DOS EMPREGADOS

TITULARES

ANDERSON OLIVEIRA DA SILVA

*Anderson Oliveira da Silva*

CELIANNY MARIA DA SILVA LIMA

*Celianny Maria da Silva Lima*

DÊNIS DE SOUZA ARAÚJO

AUSENTE

JORDÃO RODRIGUES FONSECA

*Jordão Rodrigues Fonseca*

MARCELO CAVALCANTI DE ALMEIDA

*Marcelo Cavalcanti de Almeida*

WANESSA SILVA JOAQUIM DE LIMA

*Vanessa S. f. Lima*

*M*

**SUPLENTE**

ÂNGELA JACIRA DA COSTA BORGES HERMIDA

Ângela Hermida

ALEXANDRA MARIA DA SILVA

Alexandra Maria da S.

ANA PAULA PEREIRA DO NASCIMENTO

Ana paula pereira

TACIANE VIEIRA DOS SANTOS

taciane vieira dos Santos

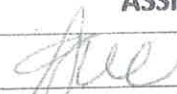




WILSON RAIMUNDO LEITE FILHO

FALTA JUSTIFICADA

*W*

## ATA DE REUNIÃO

 DATA: 10/02/2020 PAUTA: Permissão de Ética médica

Nº	NOME	ASSINATURA	E-MAIL
01	ADA CALVEIRA ALMEIDA		adaalmede@hotmail.com
02	JESSE BRITO URAM		jesse.uram@hmr.org.br
03	CINTIA KOMURO		Cintia.komuro@hmr.org.br
04	Roberto Melo		gabrielcruz@yale.com.br
05	Ana Carolina Ribeiro		ana.ribeiro@hmr.org.br
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			



ATA DA 2ª REUNIÃO  
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM – ANO 2020

REUNIÃO ORDINÁRIA

DATA: 19/02/2019

PRESIDENTE: Larissa Aguiar

SECRETÁRIA: Zilma Galvão

REDATOR: Ayanne Souza

PAUTA:

1. Foi ressaltada a ausência de apoiador da CAPE até o momento para esta comissão;
2. Sequência ao planejamento de ações em loco (setores) para os profissionais de enfermagem do HMR;
3. Observação quanto à negativa de denúncias.

PARTICIPANTES:

NOME	ÁREA	ASSINATURA
Larissa Aguiar	CPN	Larissa Aguiar COREN-PE 348.609 - ENF
Zilma Galvão	ADM/USU 0150	Zilma Galvão da Silva COREN-PE 297.005 - ENF

M

### Ata da reunião da Comissão de Verificação de Óbito – CVO

O Grupo Técnico da Comissão de Mortalidade do HMR se reúne em 06.02.2020, às 09:00 h, na Sala da Coordenação do núcleo de epidemiologia, para discutir os óbitos ocorridos no Hospital da Mulher do Recife. Estando presentes: Carol Pordeus (Coordenadora da Obstetrícia), Elisabeth Pereira (Coordenadora do NEPI) e Carolina Agra (Coordenadora da CCIH).

#### 1) Óbito do FM de R.C.G.L.C.S., ocorrido em 06/11/19.

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito inevitável. Sugere como causa de óbito: **PARTE I: a)** Causa indeterminada.

#### Problemas identificados:

**Pré natal:** Houve falha na assistência.

- Sem registro dos batimentos cardio fetais (BCF) na última consulta do pré-natal.

**Parto:** Não houve falha na assistência.

#### Recomendações:

- Garantir ausculta dos batimentos cardio fetais nas consultas do pré-natal.

#### 2) Óbito do FM de L.M.S.C., ocorrido dia 10/11/19.

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito evitável. Concorda com a causa de óbito registrada: **PARTE I: a)** Hipóxia, **b)** Descolamento Prematuro de placenta e **c)** Hipertensão Materna.

#### Problemas identificados:

**Pré natal:** Houve falha na assistência.

- Número insuficiente de consultas de pré-natal.

**Parto:** Houve falha na assistência.

- Não foi diagnosticado Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) no atendimento inicial da paciente.

#### Recomendações:

- Garantir o número de consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde;
- Atentar os critérios para sinais de alerta de DPP para tratamento oportuno.

#### 3) Óbito do RN (G1/G2) de R.T.C., ocorrido dia 18/11/19.

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito inevitável. Não concorda com a causa de óbito registrada na D.O.: **PARTE I: a)** Prematuridade Extrema e **b)** Abortamento inevitável, corrige para: **PARTE I: a)** Abortamento inevitável.

#### Problemas identificados:

**Pré natal:** Não houve falha da assistência.

**Parto:** Não houve falha da assistência.

#### Recomendações:

- Prosseguir investigação com a respectiva Secretária.

**4) Óbito do FM de A.F.M.S., ocorrido dia 04/12/19.**

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito inevitável. Sugere para causa de óbito: **PARTE I: a) Causa desconhecida.**

**Problemas identificados:**

**Pré natal:** Não houve falha da assistência.

**Parto:** Não houve falha da assistência.

**Recomendações:**

- Recomendamos prosseguir investigação com o respectivo Distrito sanitário.

**5) Óbito do FM de C.F.L.S., ocorrido dia 17/12/19.**

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito inevitável. Concorda com a causa de óbito registrada: **PARTE I: a) Causa desconhecida.**

**Problemas identificados:**

**Pré natal:** Não houve falha da assistência.

**Parto:** Não houve falha da assistência.

- Falta da cópia do cartão de pré-natal.

**Recomendações:**

- Garantir a cópia do cartão de pré-natal nos casos de óbitos para subsidiar a investigação desses casos posteriormente.

**6) Óbito do FM de R.V.A., ocorrido dia 09/01/2020.**

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito inevitável. Não concorda com a causa de óbito registrada: **PARTE I: a) Causa indeterminada e PARTE II: Diabetes Gestacional e Hipertensão Gestacional, corrige para: PARTE I: a) CIUR, b) Síndrome de HELLP e c) Pré-eclâmpsia grave.**

**Problemas identificados:**

**Pré natal:** Houve falha da assistência.

- Sem diagnóstico de Hipertensão na gestação;
- Sem tratamento para diabetes no pré-natal;
- Peso do feto muito abaixo para idade gestacional;
- Sem exames do pré-natal.

**Parto:** Não houve falha da assistência.

- Falta da cópia do cartão de pré-natal.

**Recomendações:**

- Garantir pré-natal adequado, com tratamento de doenças preexistentes;
- Garantir diagnóstico oportuno de doenças prevalentes na gestação;
- Garantir todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde durante a gestação;
- Atentar aos fatores de risco durante a gestação;
- Ofertar planejamento reprodutivo.

**7) Óbito do RN de B.M.A.M., ocorrido em 10/01/20.**

**Conclusão:** O Grupo reunido não concorda com a causa de óbito registrada: **PARTE I: a) Prematuridade Extrema e b) Sangramento Genital, corrige para: PARTE I: a) Prematuridade Extrema.**

*Handwritten signature*

**Problemas identificados:**

**Pré natal:** Não houve falha da assistência.

**Parto:** Não houve falha da assistência.

**Recomendações:**

- Recomendamos prosseguir investigação com a respectiva Secretaria.

**8) Óbito do FM de J.L.B.S., ocorrido dia 11/01/2020.**

**Conclusão:** O Grupo reunido considera o óbito inevitável. Não concorda com a causa de óbito registrada: **PARTE I: a) Hipoxia intrauterina e b) Hipertensão Materna,** corrige para: **PARTE I: a) Malformação fetal.**

**Pré natal:** Não houve falha da assistência.

**Parto:** Não houve falha da assistência.

**Recomendações:**

- Recomendamos prosseguir investigação com a respectiva Secretaria.

Todas as recomendações destinadas ao HMR serão encaminhadas para as coordenações responsáveis. As recomendações destinadas ao Distrito Sanitário/Município de origem da paciente, serão repassadas no dia da reunião de discussão do óbito. Sem mais para o momento, todos assinam abaixo:

- *Elisabeth Pereira*

- Ana Carolina Pordeus  
Coordenadora  
Emergência Obstétrica  
CRM PE 20934

- *Luana J.*

*M*

Ata de Reunião Ordinária da Comissão de Documentos Médicos e Estatística realizada em 07 de fevereiro de 2020, na sala da Coordenação Administrativa do HMR.

Presentes à reunião:

Fabio Varela – Co. ordenador Administrativo  
 Carol Agra – Coordenadora CCIH  
 Dr. Joerly Brito – Coordenador Médico  
 Artur Carlos – SAME

Em discussão do relatório de Estatística de Atendimento da Urgência e Emergência do mês de Janeiro/20 -extraído pelo MV, observa-se os seguintes comportamentos.

O número de atendimento registrado apresentou um 14%, em relação a Dezembro 2019. Sendo o maior número registrado em comparação a série histórica de 2019.

Os atendimentos finalizados ficaram na casa de 57%

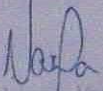
Observou-se o número de evasão de 8,17%, percentual acima em comparação a média do ano de 2019 que foi de 5,22%

RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS ANO 2020 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA				
	JAN	FEV	MAR	ABR
ATENDIMENTOS URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	2.837			
ATENDIMENTOS FINALIZADOS	1.635			
ALTA APÓS CONSULTA	559			
ALTA APÓS MEDICAÇÃO	105			
ENCAMINHAMENTO A INTERNAÇÃO	545			
EVASÃO	232			
ÓBITO	0	0	0	0

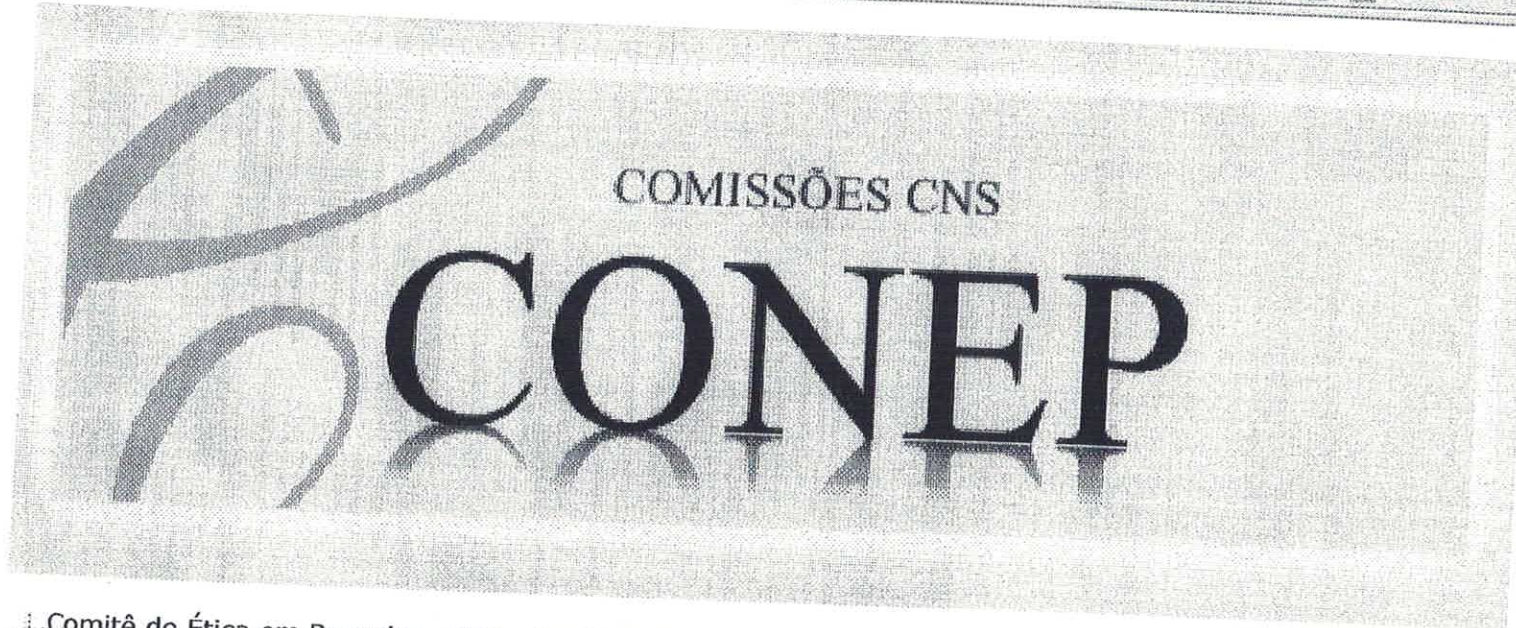
As infecções relacionadas a assistência a saúde - IRAS, apontou um número absoluto de 03 eventos, estando dentro do percentual aceitável de infecções.

PLANILHA DE NOTIFICAÇÃO DE IRAS - 2020 - SETOR : BLOCO OBSTÉTRICO														
Ocorrência das IRAS por topografia 2020	Historico %	Frequ.	Resultado 2020											
			jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Nº INFECÇÕES CESARIANA	Mensal	3												
Nº DE PARTOS NO MESMO PERÍODO	Mensal	658												
TAXA INFECÇÃO (RISCO CIRÚRGICO)	Mensal	0,43%												

Em analisados os números da Emergência e as Iras do mês de Janeiro, deu-se encerrada a reunião.

  
 Fabio Varela  
 Coordenador Administrativo  
 Hospital de Maternidade e Neonatal





Comitê de Ética em Pesquisa - CEP : Registro, Renovação, Alteração de dados e Redação de relatórios semestrais

1. Resoluções e Normas:

- Resolução CNS nº 240/1997
- Resolução CNS nº 370/2007
- Norma de Procedimento CNS nº 003/2007
- Resolução CNS nº 466/2012
- Norma Operacional CNS nº 001/2013

2. Formulário para Registro, Renovação e Alteração de dados de CEP.

2.1 Modelo de Carta de Indicação de Usuário

3. Orientações gerais:

3.1 - Registro

3.2 - Renovação

3.3 - Alteração de dados

3.4 - Redação de relatórios semestrais

Dúvidas adicionais sobre o assunto, poderão ser enviadas para: [conep.cep@saude.gov.br](mailto:conep.cep@saude.gov.br)

Telefones para contato: (61) 3315-5893 ou 5883 ou 5886 ou 5891

Conselho Nacional de Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, Sala 104B .CEP:70.058-900 Brasília-DF  
"Efetivando o Controle Social".



## RESOLUÇÃO CNS Nº 370, DE 8 DE MARÇO DE 2007.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Septuagésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de março de 2007, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e

considerando a necessidade de regulamentação complementar à Resolução CNS 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos), conforme atribuição da CONEP, definidas nos itens VIII.4, "a" e "b" na Res. CNS nº 196/96, referentes à criação e registro dos Comitês de Ética em Pesquisa – CEPs institucionais;

considerando as atribuições dos CEPs definidas nos itens VII, IX. 3 e IX. 8 da referida resolução;

considerando a necessidade de regulamentar os critérios para registro e credenciamento e renovação de registro e credenciamento dos CEPs institucionais, visando a minimização de conflitos de interesses no julgamento dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos e a manutenção do seu funcionamento regular ;

Resolve:

I - O registro e credenciamento ou renovação de registro e credenciamento do CEP será efetuado mediante:

I.1- solicitação de registro do CEP pela Direção da Instituição, mediante apresentação de ato de criação (portaria, edital ou ato administrativo), regimento interno e preenchimento de formulário (ANEXO I), com compromisso de assegurar as condições mínimas de funcionamento do CEP;

I.1.1 - Condições mínimas de funcionamento do CEP:

a) Manutenção de composição adequada (Res CNS 196/96, VII.4, VII.5), inclusive com representante de usuários de acordo com a regulamentação, comunicando-se à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP - as alterações eventualmente necessárias;

b) Emissão de pareceres consubstanciados sobre os projetos recebidos dentro do prazo regulamentar de 30 dias (Res. CNS 196/96, item VII.13.b);

c) Envio de relatório sobre os projetos aprovados à CONEP semestralmente

d) Presença de mais de 50% dos membros nas reuniões;

e) Local e horários de funcionamento do CEP definidos para contato dos pesquisadores e sujeitos das pesquisas.

f) Espaço físico exclusivo e adequado, para permitir a manutenção do sigilo dos documentos.

g) Registro das reuniões em documento devidamente aprovado;

h) Arquivo na instituição, para armazenar os documentos administrativos do CEP e os projetos a ele submetidos, pelo prazo de 5 anos (Res. CNS 196/96, item VII.11);

i) Expectativa de demanda de projetos igual ou maior que 12/ano, com base no número de projetos do ano anterior;

j) No caso de renovação, regimento interno com as regras de funcionamento, aprovado após o primeiro ano de registro do CEP;

k) Reuniões dos membros do CEP com o mínimo de regularidade mensal;

l) Funcionário administrativo designado e exclusivo, especificamente para as atividades do CEP;

m) Equipamento de informática com acesso a internet, exclusivo para atividade do CEP;

n) Mobiliário, aparelho de telefonia e fax, e material de consumo, exclusivo para atividade do CEP;

o) Atividades educativas na área de ética em pesquisa aos membros do CEP, contemplando-se suas especificidades, e em especial às pessoas com perfil de voluntários e à comunidade em geral;

I.2 – A instituição requerente deverá estar devidamente regularizada junto aos órgãos competentes, autorizada a funcionar de acordo com a sua missão, ter programa de pós-graduação



credenciado na CAPES com avaliação mínima de nota 4 ou ter em seu quadro efetivo número maior ou igual a 30 (trinta) profissionais de nível superior, sendo um terço deles de profissionais com nível de doutor e de comprovada experiência em pesquisa nos últimos 03 anos, informando-se as especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a serem desenvolvidas.

I.2.1 - Será admitida a criação de CEP de âmbito estadual, regional, intermunicipal e municipal, em órgãos da administração pública, a critério de Norma Operacional da CONEP, quando não se tratarem de Instituições de Ensino e/ou Pesquisa.

I.3.- Apresentar Declaração da Direção com este teor, e documentação comprobatória.

I.3.1 - A composição do CEP deverá atender ao disposto na Resolução CNS 196/96 (item VII), recomendando-se que não sejam indicadas para integrar o CEP, ou que se abstenham das deliberações, pessoas que tenham direito interesse, de qualquer natureza, nos projetos de pesquisa submetidos ao CEP.

I.4 - O registro e o mandato dos membros tem validade de 3 (três) anos, devendo ser renovado ao final desse período.

II - A renovação do Registro do CEP deverá ser solicitada desde 60 dias antes até 60 dias após a data de vencimento do mandato, e será efetivada mediante avaliação do CEP e atendimento das condições de funcionamento descritas no item 1.1

II.1 - Os membros anteriormente designados devem se manter em suas funções, por um período que não exceda 90 dias após o término do seu mandato, até a efetivação do novo registro.

II.2 - Não sendo solicitada a renovação do CEP em tempo hábil, o registro será cancelado automaticamente.

III - A avaliação do CEP poderá ser feita a qualquer tempo, a critério da CONEP.

III.1 - Caso o CEP não atenda às condições de funcionamento, será dado um prazo de 60 dias para que sejam tomadas as devidas providências e comunicação à CONEP. Não havendo resposta ou não tendo sido possível o atendimento aos critérios de funcionamento, o registro do CEP será cancelado.

IV - Em caso de cancelamento do registro, após 1 ano poderá ser solicitado novo registro, juntando-se à documentação os esclarecimentos e compromissos da Direção para solução dos problemas anteriores.

V - Esta norma entra em vigor a partir desta data, para registro de novos CEPs e para renovação dos já registrados, à medida do término do mandato.

V.1 - Os pedidos de registro formulados a partir da vigência desta Resolução devem observar todas as regras aqui estabelecidas.

VI - Os CEPs que se encontram com pedido de registro ou de renovação de registro em tramitação terão o prazo de até 90 (noventa) dias para se ajustarem às condições desta Resolução.

**FRANCISCO BATISTA JÚNIOR**  
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 370, de 8 de março de 2007, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

**JOSÉ GOMES TEMPORÃO**  
Ministro de Estado da Saúde

## Orientações para Registro de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Em consonância com a normatização vigente, a saber Res. CNS n° 466/12, Res. CNS n° 370/07 e Norma Operacional-CNS n° 001/2013, para o registro de CEP deverá ser encaminhada a seguinte documentação:

- 1) Carta de solicitação de registro;
- 2) Formulário de registro;
- 3) Ato de designação de integrantes;
- 4) Regimento interno;
- 5) Indicação de representante(s) de usuários;
- 6) Descrição da instituição requerente e comprovação dos requisitos mínimos;
- 7) Descrição das condições mínimas de funcionamento do CEP.

### Detalhamento sobre a documentação solicitada acima

**1. Carta de solicitação de registro:** deverá ser encaminhada pela autoridade máxima da Instituição ou quem por ele(a) designado, explicitando o ato de criação do comitê.

**2. Formulário de registro:** deverá seguir modelo padrão disponível na página da CONEP na internet: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/cep/procedimentos2.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/cep/procedimentos2.html). Marcar a opção "REGISTRO INICIAL" no formulário.

#### LEMBRAR!

- O CEP será composto por, no mínimo, 7 (sete) membros, com participação de homens e mulheres, dentre os quais, pelo menos um(a) representante de usuários;
- No mínimo 50% dos membros deverá ter experiência em pesquisa comprovada;
- O CEP deverá ter caráter multidisciplinar, não devendo mais que metade de seus membros pertencer à mesma categoria profissional;

**3. Ato de designação dos integrantes:** poderá ser uma portaria, edital ou ato administrativo; os integrantes arrolados no ato de designação devem ser os mesmos constantes do formulário de registro.

**4. Regimento interno:** deverá ser enviada cópia do Regimento aprovado e constante da ata de reunião do pleno do CEP com quórum mínimo de 2/3 (dois terços) dos membros. O Regimento deverá abordar, dentre outros, os seguintes aspectos:

- Número e periodicidade das reuniões;
- Número máximo anual de ausências justificadas dos membros;
- Forma de controle das presenças;
- Quórum de metade dos membros mais um e *modus operandi* das reuniões deliberativas;
- Horário de funcionamento;
- Local e horário de atendimento ao público em geral e aos pesquisadores;
- Duração do mandato e forma de renovação dos membros;
- Disposições sobre sigilo e confidencialidade;
- Capacitação dos membros e promoção da educação em ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

**LEMBRAR!** O CEP não poderá analisar pesquisas com uso de animais e, portanto, esta atividade não poderá estar prevista em seu regimento.

**5. Indicação de representante(s) de usuários:** deverá ser feita, preferencialmente, por meio de solicitação aos Conselhos Municipais ou Estaduais de Saúde. Poderá também ser feita por meio de solicitação a movimentos sociais ou entidades representativas de usuários e, a seguir, encaminhada para a análise e aprovação da CONEP.

**6. Descrição da instituição requerente e comprovação dos requisitos mínimos:** o documento com a descrição requerida deverá elucidar, conforme a Resolução CNS nº 370/07, os seguintes aspectos que deverão ser comprovados:

- Regularização junto aos órgãos competentes e autorização para funcionar de acordo com a sua missão;

E, adicionalmente, comprovar um dos requisitos abaixo:

- Existência de programa de pós-graduação credenciado na CAPES com a nota mínima 4 (quatro), informando-se as especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a serem desenvolvidas; ou
- Existência em seu quadro efetivo número maior ou igual a 30 (trinta) profissionais de nível superior, sendo no mínimo 10 (dez) doutores de comprovada experiência em pesquisa nos últimos 3 (três) anos.

**LEMBRAR!** Para comprovação da titulação dos profissionais deverá ser enviada lista, por e-mail, com os nomes e respectivos *links* da Plataforma Lattes do CNPq, que será consultada para fins de confirmação (Obs.: A lista deverá ser enviada para o e-mail [conep.cep@saude.gov.br](mailto:conep.cep@saude.gov.br), com o assunto no seguinte formato: *registro\_curriculos\_nome do CEP*).

**7. Descrição das condições de funcionamento do CEP:** o documento com a descrição requerida deverá elucidar com detalhes os recursos que foram colocados à disposição pela instituição para a instalação do CEP. Podem ser anexadas fotos e outros documentos.

**LEMBRAR!** As condições mínimas para funcionamento de um CEP, conforme Resolução CNS nº 370/07, item I.1.1 são as seguintes:

- Espaço físico exclusivo para abrigar: secretaria, espaço para reuniões e arquivo;
- Funcionário administrativo exclusivo para as atividades do comitê;
- Equipamentos de informática com acesso a internet, aparelho telefônico, mobília adequada, material de consumo e arquivo.

LISTA DE CHECAGEM PARA O COORDENADOR DO CEP			
Documentos		X	Rubrica do coordenador
1.	Carta de solicitação de registro		
2.	Formulário de registro		
3.	Ato de designação dos integrantes		
4.	Regimento interno		
5.	Indicação de representante(s) de usuários		
6.	Descrição da instituição requerente e comprovação dos requisitos mínimos		
7.	Descrição das condições de funcionamento do CEP		

Ministério da

**Saúde**

Buscar no portal

[Sistemas](#) | [Contatos](#) | [Comunicação e Imprensa](#) | [Assessoria de Imprensa](#)

## Doação e Transplante de Órgãos

# Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT)

Todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos devem ter de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Essas comissões devem ser instituídas por ato formal da direção de cada hospital e vinculadas diretamente à diretoria médica da instituição, sendo composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dentre os quais um designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Este coordenador deverá ter participado do Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes, com certificado emitido pelo Sistema Nacional de Transplantes ou pela respectiva CNCDO. As comissões são responsáveis por organizar o hospital para que seja possível detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital; viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema; criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos; e articular-se com a Central de Transplante do estado para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos. Além disso, as comissões também são responsáveis pela

educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos; articulação com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação; e capacitação, em conjunto com a CNCDO e o SNT, dos funcionários do estabelecimento hospitalar para a adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos.

### **Tipos de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante**

A criação das CIHDOTTs será obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecida a seguinte classificação:

- **CIHDOTT I:** estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência) e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico;
- **CIHDOTT II:** estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e
- **CIHDOTT III:** estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão.

A criação das CIHDOTT será opcional para todos os demais hospitais que não se enquadrem nos perfis descritos acima e deverão ser classificadas pela CNCDO Estadual ou Regional.

registrado em:

Galeria de Ministros

Ações e Programas

Doação e Transplante de Órgãos

HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE - HMR

**LOCAL DA VISTORIA:** AMBIENTES INTERNO/EXTERNO

**REGISTRO DA VISTORIA:**

- PERÍODO: 01/02/2020 a 29/02/2020

**OBJETIVO DA VISTORIA:**

Manutenção nas áreas interna e externas do Hospital da Mulher do Recife, proporcionando conforto e qualidades nos ambientes frequentados.

## Relatório de Manutenção Predial

### **Ações Realizadas**

#### **Manutenção Preventiva**

Manutenção efetuada com a intenção de reduzir a probabilidade de falhas de uma máquina ou equipamento, ou ainda a degradação da estrutura física. É uma intervenção prevista, preparada e programada, com o objetivo de reduzir ou impedir erros no desempenho de equipamentos obedecendo um cronograma próprio. É um conjunto de serviços de inspeções sistemáticas, ajustes, conservação e eliminação de defeitos; visando minimizar custos sem deixar cair qualidade e durabilidade de equipamentos e serviços realizados área civil.

#### **Manutenção dos Geradores:**

No mês de Fevereiro de 2020, foi realizada Manutenção Preventiva nos três geradores, foram verificados os seguintes itens: Óleo do motor, Água do Radiador, Tensão das Baterias Correias, o serviço foi realizada pelo Grupo Gerador, (TS).

#### **Manutenção do Nobreak:**

Foi realizado a manutenção do Nobreak, o mesmo responsável pelo apoio a rede estabilizada da unidade e evitar de que em uma emergência os sistemas vitais do hospital fique sem energia no delay em que o sistema de geradores entre automaticamente.

#### **Manutenção dos elevadores:**

A Manutenção Preventiva dos elevadores foi realizada pela empresa **Vita Elevadores**, que substituiu a Thyssenkrupp Elevadores a partir do mês de outubro/2018. A empresa Vita Elevadores realizou a manutenção corretiva dos elevadores da unidade, as correções consistiram em atividades de realinhamento físico e eletrônico das máquinas. As mesmas até o final do mês não apresentaram outros tipos de problemas.

## **Manutenção da central de gases**

Foi realizada a manutenção preventiva do tanque de oxigênio líquido, central de ar medicinal, linhas de reserva e também a bomba de vácuo.

A torre de oxigênio líquido apresentou defeito na válvula de diafragma, responsável pelo auxílio no controle da pressão interna do tanque. O problema foi verificado junto com a equipe de manutenção e equipe técnica da White Martins, posteriormente a peça foi substituída com sucesso e o funcionamento voltou a normalidade.

## **Manutenção da Estrutura Física.**

### **Manutenção geral (Civil, Elétrica, Hidráulica, e Marcenaria)**

#### **Manutenção Corretiva**

É o conjunto de serviços executados na estrutura física e nos equipamentos com avarias e ou falhas. Consiste em substituir peças ou componentes que se desgastaram ou falharam e que levaram a máquina ou o equipamento a uma parada, por falha ou pane em um ou mais componentes. A Manutenção Corretiva é realizada nos Sistemas de Climatização, Elétrico e Hidros sanitário, bem como na estrutura física, sempre que necessário.

O mês de fevereiro teve atividades de manutenção corriqueira como as preventivas na elétrica (manutenção nos quadros de energia, tomadas e luminárias) e corretivas (interruptores ou tomadas com defeito, substituição de lâmpadas) a área hidráulica, pintura e marcenaria tiveram o mesmo tipo de atividade, preventiva e corretiva (troca de sifão, reparo em pias, descargas e vasos sanitários, pinturas e substituição de massa em paredes da unidade, substituição de fechadura e reparo em portas).

O presente mês teve como principal atividade o monitoramento, fiscalização e apoio para conclusão da reforma e ampliação de parte do CPN (Centro de Parto Natural) do hospital, de forma específica a criação de mais dois leitos do sub setor PPP, passando do quantitativo de 3 para atuais 5 leitos.



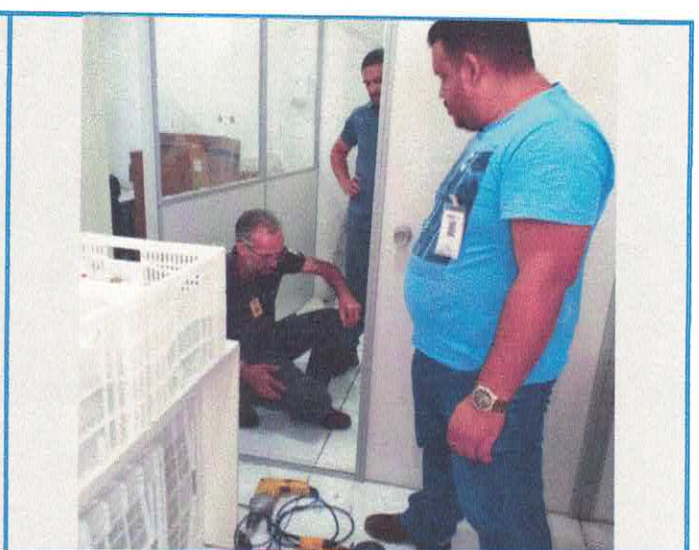
Outras atividades como o rearranjo do posicionamento de parte da farmácia central do hospital e melhoramento da rampa de acessibilidade para entrada na urgência.

*Handwritten signature*

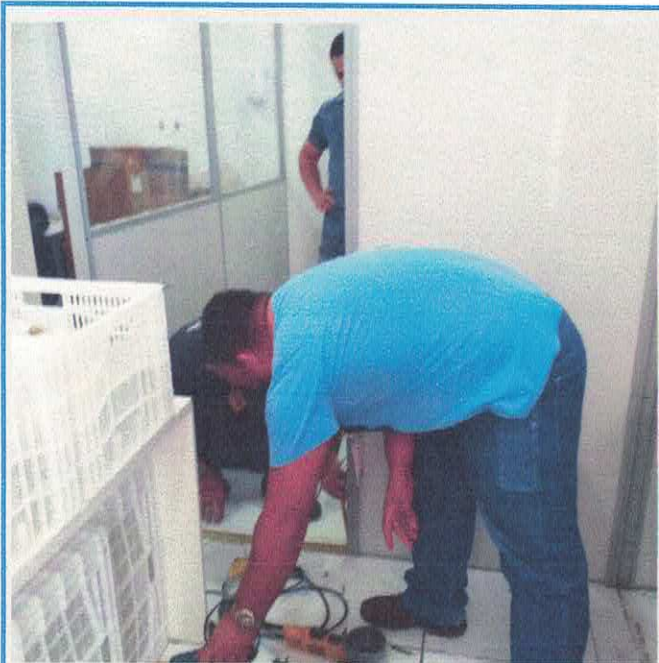
**RELATÓRIO FOTOGRÁFICO**



**Obra:** HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE  
**Legenda:** Retirada de pia sem funcionamento no setor da CPN.  
**Data da foto retirada:** 14/02/2020



**Obra:** HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE  
**Legenda:** Reposicionamento de parte da Farmácia Central  
**Data da foto retirada:** 05/02/2020



**Obra:** HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE  
**Legenda:** Reposicionamento de parte da Farmácia Central  
**Data da foto retirada:** 05/02/2020



**Obra:** HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE  
**Legenda:** Implantação de alça de apoio para rampa de acessibilidade  
**Data da foto retirada:** 07/02/2020



<b>Obra:</b> HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE	<b>Obra:</b> HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE
<b>Legenda:</b> Implantação de alça de apoio para rampa de acessibilidade	<b>Legenda:</b> Manutenção da central de ar medicinal
<b>Data da foto retirada:</b> 07/02/2020	<b>Data da foto retirada:</b> 13/01/2020

*M*



# Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas

Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.

## Resumo Executivo

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados.

Nos últimos anos, governos e profissionais de saúde têm manifestado crescente preocupação com o aumento no número de partos cesáreos e suas possíveis consequências negativas sobre a saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade internacional aponta para a necessidade de reavaliar a recomendação de 1985 sobre a taxa de cesáreas.

### Taxa de cesáreas em populações

A OMS realizou duas pesquisas. A primeira foi uma revisão sistemática dos estudos que buscaram determinar qual seria a taxa ideal de cesáreas para um país ou uma população. O segundo estudo realizado pela OMS analisou todos os dados mais recentes de cada país sobre esse assunto. Baseada nesses estudos e usando métodos aceitos internacionalmente para avaliar as evidências com técnicas analíticas adequadas, a OMS conclui que:

1. A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.
2. Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.
3. A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.
4. Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.
5. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.

### Taxas de cesárea ao nível hospitalar e a necessidade de um sistema de classificação universal

Na atualidade não existe uma classificação de cesáreas aceita internacionalmente que permita comparar, de forma relevante e útil, as taxas de cesáreas em diferentes hospitais, cidades ou regiões. Entre os diversos sistemas existentes, a classificação dos 10 grupos (também conhecida como "Classificação de Robson") tem sido amplamente utilizada em muitos países. Em 2014, a OMS realizou uma revisão sistemática dos estudos que relatavam a experiência de profissionais que haviam usado a classificação de Robson. Essa revisão avaliou os prós e contras envolvidos na adoção, implementação e interpretação dessa classificação, além de identificar as barreiras, os facilitadores e as possíveis adaptações ou modificações propostas pelos usuários desse sistema.

A OMS propõe que a classificação de Robson seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais. Para ajudar os hospitais na adoção da classificação de Robson, a OMS irá preparar e divulgar um manual sobre como usar, implementar e interpretar a classificação, que incluirá a padronização de todos os termos e definições.

## Introdução

Nos últimos 30 anos, a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos. Essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS em 1985, em Fortaleza, no Brasil, e que diz: "Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%" (1). O grupo de especialistas baseou essa afirmação em uma revisão dos poucos dados disponíveis na época, provenientes principalmente de países no norte da Europa, que mostravam ótimos resultados maternos e perinatais com essas taxas de cesárea.

Desde essa declaração, por diversos motivos, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (2, 3). Quando realizadas por motivos médicos, as cesáreas podem efetivamente reduzir a mortalidade e a morbidade materna e perinatal (4). Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados (5, 6, 7).

Em termos populacionais, a proporção de partos cesáreos reflete o nível de acesso a essa intervenção e seu uso. Essa medida é útil para os governantes e responsáveis por políticas de saúde avaliarem os avanços na área de saúde materno-infantil e para monitorar os cuidados obstétricos de emergência e o uso de recursos nessa área (8). Nos últimos anos, autoridades governamentais e médicos têm se preocupado com o aumento no número de partos cesáreos e suas possíveis consequências negativas sobre a saúde materno-infantil (9, 10, 11, 12). O custo também é um fator importante nessa questão, uma vez que recursos financeiros são necessários para melhorar o acesso aos cuidados maternos e neonatais para todos que necessitam, e as cesáreas representam um gasto adicional significativo para sistemas de saúde que já estão sobrecarregados e muitas vezes enfraquecidos (12, 13, 14).

Ao longo das últimas três décadas, surgiram mais informações sobre os benefícios e riscos da cesárea, houve uma melhora importante nos cuidados obstétricos e também ocorreram avanços nos métodos para avaliar evidências e para formular recomendações. Consequentemente, profissionais de saúde, cientistas, epidemiologistas e tomadores de decisão têm vindo a público pedir a revisão das recomendações sobre taxas de cesáreas formuladas em 1985 (9, 15). Porém, a tarefa de definir qual é a taxa de cesárea adequada em termos populacionais — isto é, a taxa mínima de cesáreas com indicação médica que ao mesmo tempo evite cirurgias desnecessárias — é um grande desafio. Para responder a essa pergunta, a OMS realizou duas pesquisas. A primeira foi uma revisão sistemática dos estudos que buscaram determinar qual seria a taxa ideal de cesáreas para um país ou uma população. O segundo estudo realizado pela OMS analisou todos dados mais recentes de cada país sobre esse assunto. Os principais detalhes e resultados desses dois estudos são apresentados na primeira parte desta Declaração.

Uma questão fundamental no desafio de definir qual é a taxa ideal de cesáreas, em qualquer nível, é a falta de um sistema de classificação que seja confiável e aceito internacionalmente e que forneça dados de forma padronizada. Tal sistema permitiria comparar de forma padronizada as taxas de cesáreas em diferentes populações e seria fundamental para investigar os fatores envolvidos no aumento constante nas taxas de cesáreas.

Entre os diversos sistemas existentes, a classificação dos 10 grupos (também conhecida como "Classificação de Robson") tem sido amplamente utilizada em muitos países nos últimos anos (16, 17). Proposta originalmente pelo médico Michael Robson em 2001 (18), essa classificação agrupa as gestantes conforme suas características obstétricas, permitindo assim a comparação entre taxas de cesáreas sem tantos fatores de confusão. A OMS realizou duas revisões sistemáticas para avaliar o valor, os benefícios e os possíveis problemas decorrentes da adoção dessa classificação para analisar as taxas de cesárea e suas modificações ao longo do tempo, em todo o mundo. Os principais detalhes e resultados desses estudos são apresentados na segunda parte desta Declaração.

# 1. Taxas de cesáreas em populações

Os estudos ecológicos analisam e comparam populações em vez de indivíduos. Uma população é geralmente definida por fronteiras geopolíticas e é importante entender que existem diferenças entre estudos populacionais e estudos que analisam pacientes atendidos em unidades de saúde específicas (“estudos de base hospitalar”).

As taxas de cesáreas em diferentes hospitais variam bastante em função das características obstétricas das mulheres atendidas naquele local, sua capacidade e recursos, e também conforme os protocolos clínicos de conduta que são usados em cada local. Portanto, a taxa de cesárea recomendada para uma população não pode ser interpretada como a taxa ideal de cesáreas recomendada para hospitais individuais.

Com o objetivo de avaliar a associação entre taxas de cesáreas e desfechos maternos, perinatais e infantis, em 2014, a OMS realizou uma revisão sistemática de todos os estudos ecológicos disponíveis sobre esse tema, com o objetivo de identificar, avaliar criticamente e resumir os achados desses estudos (19). No mesmo ano, a OMS também realizou um estudo ecológico usando os dados mundiais mais recentes, para avaliar a associação entre taxas de cesárea e mortalidade materna e neonatal (20). Os resultados desses dois estudos foram apresentados e discutidos por um painel de especialistas internacionais que se reuniram na sede da OMS, em Genebra, na Suíça, em 8 e 9 de outubro de 2014. Esse painel de especialistas fez as seguintes observações:

1. Baseados na revisão sistemática da OMS, taxas populacionais de cesáreas de até 10-15% estão associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal (19). Não existe associação entre aumento nas taxas de cesáreas acima desses valores e redução da mortalidade. Porém, a associação entre o aumento nas taxas de cesáreas e a redução da mortalidade ficou mais fraca ou desapareceu por completo nos estudos que controlaram para fatores socioeconômicos (3, 21). Como é provável que os fatores socioeconômicos poderiam explicar a associação entre o aumento nas taxas de cesáreas e a redução da mortalidade identificada na revisão sistemática, a OMS realizou um outro estudo para analisar mais a fundo essa questão.
2. O estudo ecológico mundial da OMS concluiu que uma parte substancial da associação entre taxas de cesáreas e mortalidade era explicada por fatores socioeconômicos (20). Porém, quando as taxas de cesáreas de uma população são menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta. Quando as taxas populacionais de cesáreas ultrapassam os 10% e chegam até 30%, não se observa nenhum efeito sobre a mortalidade. Foi realizada uma análise longitudinal, usando os dados nacionais ajustados conforme o nível de desenvolvimento socioeconômico de cada país. Essa abordagem supera algumas das limitações dos estudos transversais que foram incluídos na revisão sistemática, porém deve-se enfatizar que

associações ecológicas não significam que exista uma relação causal.

3. Os dados populacionais atualmente disponíveis não permitem avaliar a relação entre taxas de cesáreas acima de 30% e mortalidade materna e neonatal.
4. A qualidade da assistência, especialmente em relação à segurança, é um aspecto importante a ser levado em consideração quando se analisam taxas de cesáreas e mortalidade. O risco de infecção e complicações cirúrgicas são perigos potenciais especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura.
5. Devido à falta de dados populacionais sobre as taxas de natimortos e sobre a morbidade materna ou perinatal, não foi possível avaliar

a associação entre as taxas de cesáreas e esses desfechos. Os estudos ecológicos existentes analisaram apenas indicadores de mortalidade materna e neonatal provavelmente porque esses dados são facilmente disponíveis ao nível nacional, o que não ocorre com indicadores de morbidade materna e neonatal. Pelos mesmos motivos, essas pesquisas não levaram em consideração aspectos psicológicos e sociais relacionados ao tipo de parto. Como a mortalidade é um desfecho raro, especialmente em países desenvolvidos, novos estudos devem procurar avaliar a associação entre taxas de cesáreas e morbidade materna e perinatal, tanto imediata como tardia (por exemplo fístula obstétrica e asfixia intraparto). Outros aspectos a serem avaliados em futuros estudos incluem as implicações psicossociais associadas ao tipo de parto, o vínculo mãe-bebê, a saúde mental da mulher, a capacidade de iniciar amamentação e desfechos pediátricos.

## Conclusões

Baseada nos dados atualmente disponíveis, e usando métodos aceitos internacionalmente para avaliar as evidências com técnicas analíticas adequadas, a OMS conclui que:

1. A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.
2. Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.
3. A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.
4. Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.
5. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.

## 2. Taxas de cesárea ao nível hospitalar e a necessidade de um sistema de classificação universal

É essencial monitorar as taxas de cesáreas em hospitais levando em conta as características das mulheres que são atendidas nesses locais. Na atualidade, não existe um sistema padronizado de classificação de cesáreas que permita comparar as taxas de cesáreas entre diferentes hospitais, cidades, países ou regiões de forma que esses dados possam ser utilizados para promover ações relevantes. Por isso, ainda não é possível trocar informações de forma relevante, focada e transparente para monitorar desfechos maternos e perinatais (22).

Em 2011, a OMS realizou uma revisão sistemática dos sistemas existentes para classificar cesáreas e concluiu que a Classificação de Robson é o sistema mais adequado para preencher as necessidades locais e internacionais. A OMS recomendou que essa classificação deveria servir de base para o desenvolvimento de um sistema de classificação de cesáreas a ser usado internacionalmente (16).

Esse sistema classifica todas gestantes em um dentre 10 grupos que são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos (veja Quadro 1). Os grupos são criados a partir de cinco características obstétricas que são colhidas de rotina em todas maternidades:

- Paridade (nulípara ou multípara com e sem cesárea anterior);
- Início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto);
- Idade gestacional (pré-termo ou termo);
- Apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa); e
- Número de fetos (único ou múltiplo).

A classificação é simples, robusta, reproduzível, clinicamente relevante, e prospectiva – o que significa que todas as gestantes internadas para o parto podem ser imediatamente classificadas em um dos 10 grupos, usando apenas algumas características básicas. A classificação permite a comparação e a análise das taxas de cesáreas dentro e entre esses grupos.

Em 2014, a OMS realizou uma segunda revisão sistemática para analisar a experiência dos profissionais que haviam usado a Classificação de Robson. Essa revisão avaliou os prós e contras envolvidos na adoção, implementação e interpretação dessa classificação, além de identificar as barreiras, os facilitadores e as possíveis modificações apontados pelos usuários desse sistema de classificação de cesáreas (17).

Entre 8 e 9 de outubro de 2014, a OMS reuniu um painel de especialistas em Genebra para avaliar as evidências. Para estabelecer um ponto de partida para a comparação de dados maternos e perinatais em um mesmo hospital ao longo do tempo e entre diferentes hospitais, o painel fez várias recomendações:

1. Os hospitais devem adotar a Classificação de Robson para todas as gestantes internadas para dar à luz.
2. Para que possam ser feitas comparações padronizadas, a estrutura original da classificação deve ser mantida. Porém, caso os usuários tenham interesses ou necessidades específicas locais e queiram analisar variáveis adicionais (por exemplo, características epidemiológicas, custos, desfechos ou indicações), eles poderão criar mais subdivisões dentro dos 10 grupos.
3. Sempre que possível, os relatórios com os resultados da classificação devem ser divulgados publicamente.

A OMS espera que essa classificação irá ajudar os hospitais a:

- Otimizar o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local;
- Avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesáreas;
- Avaliar a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo;
- Avaliar a qualidade dos dados colhidos e chamar a atenção dos funcionários para a importância desses dados e do seu uso.



# Quadro 1: Classificação de Robson

**Grupo 1**




Nulíparas com feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas, em trabalho de parto espontâneo

**Grupo 6**



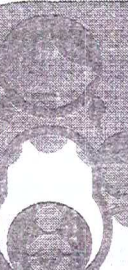
Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica

**Grupo 2**



Nulíparas com feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto

**Grupo 7**



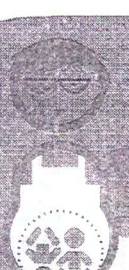
Todas multiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

**Grupo 3**




Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas, em trabalho de parto espontâneo

**Grupo 8**



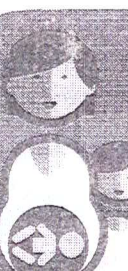
Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

**Grupo 4**




Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto

**Grupo 9**




Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

**Grupo 5**



Todas multiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas

**Grupo 10**



Todas gestantes com feto único e cefálico,  $< 37$  semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

## Conclusão

A OMS propõe que a Classificação de Robson seja usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais.

Para ajudar os hospitais na adoção da Classificação de Robson, a OMS irá preparar e divulgar um manual sobre como usar, implementar e interpretar a classificação de Robson, que incluirá a padronização de todos os termos e definições.

## Referências

1. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
2. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health* 2015;3(5):e260-70.
3. Ye J, Betran AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*. 2014;41(3):237-43.
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-83.
5. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010;375:490-9.
6. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025.
7. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine*. 2010;8:71.
8. Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009.
9. Victora CG, Barros FC. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. *Lancet*. 2006;367(9525):1796-7.
10. Steer PJ, Modi N. Elective caesarean sections--risks to the infant. *Lancet*. 2009;374(9691):675-6.
11. Caesarean section--the first cut isn't the deepest. *Lancet*. 2010;375(9719):956.
12. Mi J, Liu F. Rate of caesarean section is alarming in China. *Lancet*. 2014;383(9927):1463-4.
13. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(4):331 e1-19.
14. Connolly ML. High caesarean section figures in Northern Ireland questioned: BBC News Northern Ireland; 2014 [cited 2014]. Available from: <http://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-27195161>.
15. What is the right number of caesarean sections? *Lancet*. 1997;349:815-6.
16. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for caesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*. 2011;6(1):e14566.
17. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. *PLoS One*. 2014;9(6):e97769.
18. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001;12(1):23-39.

19. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12(1):57.
20. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betrán AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2015 Aug 24 (Epub ahead of print).
21. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006;33(4):270-7.
22. Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27:297-308.



Para mais informação, contacte o:  
Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa  
Organização Mundial da Saúde  
Avenue Appia 20, CH-1211 Genebra 27, Suíça  
E-mail: [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)  
[www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)

WHO/RHR/15.02

© Organização Mundial da Saúde

Todos os direitos reservados. Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir as publicações da OMS – seja para venda ou para distribuição sem fins comerciais – devem ser endereçados a Publicações da OMS através do sítio web da OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.



Hospital da Mulher do Recife  
PLANEJAMENTO FAMILIAR  
Profissional: Sílvia Holanda

Data: 06/02/2020

Nº	PACIENTES	PACIENTES
01	Mônica Rosa de Oliveira	
02	Amanda Inês de Paiva	
03	Thaiza Cristina de Silva	
04	Natali de S. Dos de Oliveira	
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

70

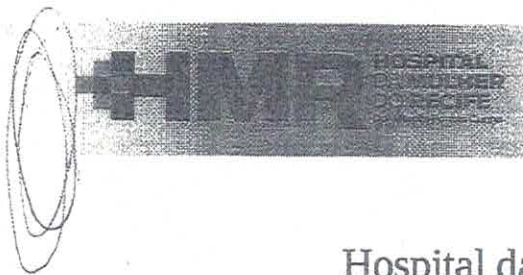


Hospital da Mulher do Recife  
PLANEJAMENTO FAMILIAR  
Profissional: Sílvia Holanda

Data: 10/02/2020

Nº	PACIENTES	PACIENTES
01	Joselitda M. de Arruda Almeida	
02	Majelene Romão d. Silva	
03	Adriano Gomes de Melo	
04	Isabel Melo Alves da Costa de Moraes	
05	Alfio Azinho do Nascimento	
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

24



Hospital da Mulher do Recife  
PLANEJAMENTO FAMILIAR  
Profissional: Sílvia Holanda

Data: 11/02/2020

Nº	PACIENTES	PACIENTES
01	Veneranda F. monteiro	
02	POLLYANNA KELLY DA S. B.	
03	Jacqueline Flores Ferreira	
04	Isaura dos Santos Silva	
05	Wagner Romelão Lima Campos	
06	Orsela Estera de Souza	
07	Lita de Castro Vahes	
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

24



Hospital da Mulher do Recife  
PLANEJAMENTO FAMILIAR  
Profissional: Sílvia Holanda

Data: 13/02/2020

Nº	PACIENTES	PACIENTES
01	✓ Vanessa de Silva	
02	✓ Valdelem dos Santos	
03	✓ Rosalva Silveira dos Santos	
04	✓ Karolayne O. Lima	
05	✓ Kerollyn Oliveira Lima	
06	✓ Elaine M. de Melo Reis	
07	✓ Sandra Ferreira Trunobdes	
08	✓ Jaciane Ferreira de Souza	
09	✓ Cristiane Pereira Silva	
10	✓ Lourivaldo Arlete de Souza	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

*Handwritten mark*



Hospital da Mulher do Recife  
PLANEJAMENTO FAMILIAR  
Profissional: Sílvia Holanda

Data: 17/02/2020

Nº	PACIENTES	PACIENTES
01	Renata Lourenço da Silva	
02	Alenimar Delvalle Rodriguez	
03	Danielli Germano	
04	Luiza Talaris	
05	Elizabeth Colon	
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

20





Hospital da Mulher do Recife  
PLANEJAMENTO FAMILIAR  
Profissional: Sílvia Holanda

Data: 18/02/2020

Nº	PACIENTES	PACIENTES
01	SULIANA SOUZA L. RIBGIRD	
02	Camila Bezerra de A. Santos Amorim	
03	William Kaufani N. dos Santos	
04	Bolin Oliveira da Silva	
05	Diana Landine S.F. de Souza	
06	Daryon Darley A. Souza	
07	Luísa Veloso de Souza	
08	Elzabete Custina de Almeida Simões	
09	Lúcia Regina do Nascimento Pessoa	
10	Márcia Lúcia do Nascimento	
11	Flamini Ferreira da Silva	
12	Marta Yvone S. L. Florenção	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

22

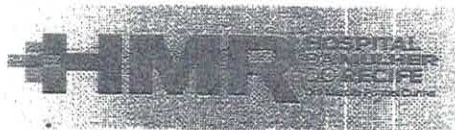


Hospital da Mulher do Recife  
PLANEJAMENTO FAMILIAR  
Profissional: Sílvia Holanda

Data: 20/02/2020

Nº	PACIENTES	PACIENTES
01	maria Thais de Oliveira	
02	Nalvia Maria de Silva	
03	Ana Paula Gramá de B.C	
04	Michelle Lima m. Silva	
05	Maria Eduarda dos S. Luppido.	
06	maria gabriela oliveira santos	
07	Vanessa Henrique santos da silva	
08	Rafaela Pereira Felix.	
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

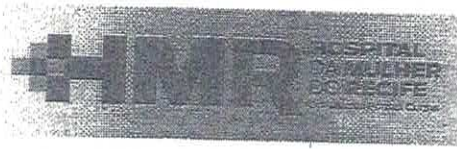
M



Hospital da Mulher do Recife  
PLANEJAMENTO FAMILIAR  
Profissional: Sílvia Holanda

Data: 26/02/2020

Nº	PACIENTES	PACIENTES
01	Leuzenilda Pereira da Silva	
02	Jessica Umbelino da Silva	
03	Cinthia Stephany de S. Farias	
04	Adriana Montanari e Campos	
05	Christiane Martins da Silva	
06	Jacqueline Andreia C. Soares	André Felipe S. do Nascimento
07	Thaís Regina Gomes de Mendonça	
08	Vonessa Laine de Araújo	
09	Katália Lobo Fernandes da Silva	Adriano Quez da Silva
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		



Hospital da Mulher do Recife  
PLANEJAMENTO FAMILIAR  
Profissional: Sílvia Holanda

Data: 27/02/2020

Nº	PACIENTES	PACIENTES
01	NICKOLAS SOARES	
02	Glicy Kuba	
03	Leoneia Helena F. do Silva	
04	Daura Rufino da Silva	
05	ITANI CLAUDINO DA SILVA	
06	Leandra Silva da Rocha	
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

7/2



POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.

**SECRETARIA DE SAÚDE  
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
GERÊNCIA GERAL DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE  
GERÊNCIA DE ATENÇÃO AMBULATORIAL E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

**NOTA TÉCNICA – REGISTRO DE NASCIMENTO NAS MATERNIDADES MUNICIPAIS**

O registro civil e a certidão de nascimento são direitos de cada criança brasileira, garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente no artigo 102. A lei federal 9.534 de 1997 obriga os cartórios a fazerem o registro civil e emitirem a primeira via da certidão de nascimento gratuitamente. Além disso, o direito a um nome e sobrenome também está previsto na Convenção sobre os Direitos da Criança, da qual o Brasil é signatário.

O Programa Minha Certidão visa garantir a universalização do acesso ao registro civil de nascimento, erradicando o sub-registro, por meio da interligação via internet das maternidades públicas e privadas conveniadas com o SUS com os Cartórios de Registro Civil do Estado para emissão de certidão de nascimento na maternidade, antes da alta hospitalar.

Algumas situações ocorrem especificamente nas unidades que prejudicam e/ou facilitam o registro total de todos os nascidos vivos nas unidades. Na maternidade Bandeira Filho, por exemplo, o funcionário do cartório permanece no local de segunda a sexta das 08:00 às 17:00 horas. Porém, nesse momento, o cartório está sem certificação digital o que está dificultando os registros, mas que já está em processo de resolução dessa problemática.

Já na maternidade Barros Lima o serviço prestado para registro do nascimento é realizado por um funcionário do cartório que não possui vínculo com a maternidade e a direção apenas sede o espaço sem ter o controle de horário e dias que a pessoa está na unidade. A ausência constante de um profissional responsável pelo cartório pode ser o fator principal da baixa de registros.

E por fim, na maternidade Arnaldo Marques, não foi identificado problemas administrativos em relação ao cartório visto que, o profissional responsável pelos registros é servidora da PCR e trabalha das 08:00 às 16:00 de segunda a sexta fazendo a busca ativa do registro de todos os bebês que nascem na unidade.

20

Diante dos fatos relatados existem algumas situações que são comuns nas três maternidades e que interferem no quantitativo de registro de nascimentos como, por exemplo:

- Dificuldade com o sistema do cartório;
- Falta de tonner para impressora;
- Dificuldade com internet;
- Dificuldades do cumprimento da carga horária dos profissionais que não estão vinculados à PCR.

Por fim, diante de todas essas dificuldades mencionadas às maternidades perfazem uma média de 40% dos registros de nascimentos das unidades municipais.

**Marcela Natal**  
Coordenação da Assistência Neonatal - GAAAH  
Matrícula 91.570-1

rk

# ATA DE REUNIÃO

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PAUTA: \_\_\_\_\_

Nº	NOME	ASSINATURA	E-MAIL
01	Ana Carolina de Freitas	<i>[Handwritten Signature]</i>	<i>[Handwritten Email]</i>
02	Carla Costa de Almeida	<i>[Handwritten Signature]</i>	galvinielmelo@hmr.org.br
03	MARIA DILENE TEIXEIRA	<i>[Handwritten Signature]</i>	maria.dilene@hmr.org.br
04	Carla Brandt	<i>[Handwritten Signature]</i>	cbrandt@hotmai.com
05	Luciana Andrade Costa	<i>[Handwritten Signature]</i>	vinkeandrade@gmail.com
06	Mirella Foerster	<i>[Handwritten Signature]</i>	mirella.vilos@hmr.org.br
07	Jucille Menezes	<i>[Handwritten Signature]</i>	jucille.menezes@gmail.com
08	Dezete Leite	<i>[Handwritten Signature]</i>	dezete@hmr.org.br
09	Fernanda Costa	<i>[Handwritten Signature]</i>	<i>[Handwritten Email]</i>
10	Jocely Brito	<i>[Handwritten Signature]</i>	jocely.ueno@hmr.org.br
11			
12			
13	Cinthia Komuro	<i>[Handwritten Signature]</i>	cinthia.komuro@hmr.org.br
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

*[Handwritten mark]*



# ATA DE REUNIÃO

DATA: 11/02/2010 PAUTA:

Nº	NOME	ASSINATURA	E-MAIL
01	Dione Soares Lima	<i>[Handwritten Signature]</i>	
02	Ana Paula Lima	<i>[Handwritten Signature]</i>	
03	Anna Valéria	<i>[Handwritten Signature]</i>	
04	<i>[Handwritten Name]</i>	<i>[Handwritten Signature]</i>	
05	<i>[Handwritten Name]</i>	<i>[Handwritten Signature]</i>	
06	<i>[Handwritten Name]</i>	<i>[Handwritten Signature]</i>	
07	Cláudia Regina	<i>[Handwritten Signature]</i>	
08	Paulo Victor S. de Sena	<i>[Handwritten Signature]</i>	
09	Déa da Silva P. Moura	<i>[Handwritten Signature]</i>	
10	Alvina Coutinho pl. L. L. L. L.	<i>[Handwritten Signature]</i>	
11	Janeira Leite	<i>[Handwritten Signature]</i>	
12	Rafaela Gonçalves Cavazzani	<i>[Handwritten Signature]</i>	
13	Isabela Coutinho	<i>[Handwritten Signature]</i>	
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

*[Handwritten mark]*



# ATA DE REUNIÃO

DATA: 13/02/2013

PAUTA: \_\_\_\_\_

Nº	NOME	ASSINATURA	E-MAIL
01	Isabela Coutinho		isabela.coutinho@hmr.org.br
02	Anna Karla Costa		anna.karla@hmr.org.br
03	Clara Luz Batista Almeida		clara.luz@hmr.org.br
04	Felipe Witz Bandeira de Melo		Felipe.Witz@HMR.Gestao.ORG.BR
05	Adriana Costa Lima		ADRIANA.LIMAO@HMR.GESTAO.ORG.BR
06	Rafaela Gonçalves Carrazzi		rafaela.carrazzi@hmr.org.br
07	Rogério José dos Reis		rogerio.josereis@hmr.org.br
08			
09			
10	Georgina Menezes		georgina.menezes@hmr.org.br
11	Fabio Mantovani		fabio.mantovani@hmr.org.br
12	Brenda Neiva		enf.brenda@hmr.org.br
13	Paulo Victor S. de Sena		paulo.sena@hmr.org.br
14	Celia Regina G. de Lencastre		celia.lima@hmr.org.br
15	Fabiana Vieira Naveira		FABIANAVIEIRA@HMR.ORG.BR
16	Davina José P. Alves		supervisora.manutencao@hmr.org.br
17	Deora Regina Soares		deora.hmr@hmr.org.br
18	Adriana Gomes		adriana.gomes@hmr.org.br
19			
20			

HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE

## Relatório de Atividades da Ouvidoria

Fevereiro/2020



## 1. DEMANDAS RECEBIDAS

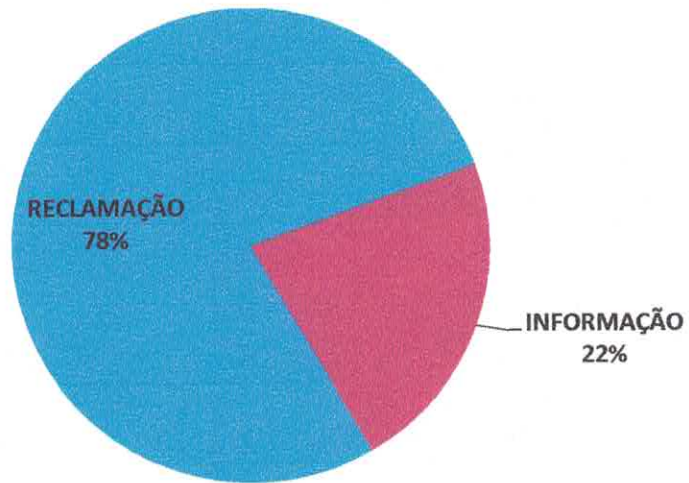
A Ouvidoria totalizou no mês de Fevereiro de 2020 a recepção de 27 manifestações. Onde foram recebidas: 8 por Atendimento Presencial, 6 por E-mail , e 12 por ouvidoria externa e 1 contato por telefone. Continuamos com um grande quantitativo de atendimentos presenciais devidos os questionamentos/solicitação dos usuários de resolutivas imediatas. Porém, foi adotado tecnicamente, no ato da escuta da Ouvidoria, informar ao usuário sobre o serviço prestado pelo setor. Desse modo, é possível avaliar os casos imediatamente, e aquelas que qualificadamente entendem-se como resolutiva imediata é direcionada ao gestor responsável do setor citado no ato da escuta.

Com isso, conseguimos atingir um nível de satisfação mais abrangente e um retorno mais próximo ao usuário. Assim como, estabelecer uma relação amistosa dos gestores com a Ouvidoria firmando sempre a parceria desejada no que se refere às resolutividades abordadas.

## 1.1 Quantitativo

Período: 01/02/2020 até 29/02/2020  
Todos Chamados

Descrição do Chamado	Quantidade	Percentual
RECLAMAÇÃO	21	78%
INFORMAÇÃO	6	22%
TOTAL	27	100%



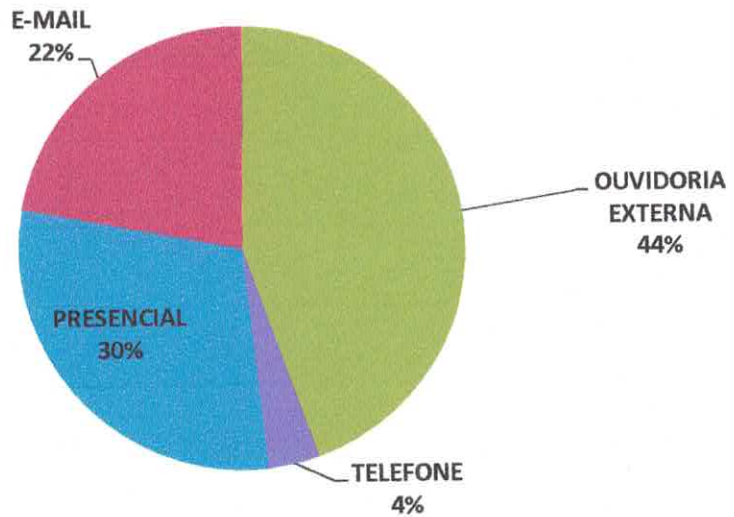
*Handwritten signature*

1.2. Por meio de contato

---

**Período: 01/02/2020 até 29/02/2020**  
**Todos Chamados**

<b>Descrição do Chamado</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Percentual</b>
PRESENCIAL	8	30%
EMAIL	6	22%
OUVIDORIA EXTERNA	12	44%
TELEFONE	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>



*Handwritten mark*

## **2. RETORNOS DE MANIFESTAÇÃO**

As demandas recebidas são encaminhadas de imediato, a Direção da unidade, gestão e também, aos gestores das áreas demandas. Sendo assim, a Ouvidoria aguarda seus retornos para realizar o “tratamento” das mesmas e validá-las com a Gerência Geral de Gestão que a partir desse momento, autoriza o encaminhamento às usuárias. O retorno é realizado em tempo hábil e de acordo com o solicitado pelo demandante no momento da escuta, a maioria informa que voltará à Ouvidoria para “feedback” da demanda registrada. O prazo estabelecido para retorno nesta Ouvidoria é de, 15 dias úteis, com a preferência de encaminhar as respostas por e-mail, porém o nosso público alvo em 95% dos atendimentos, não tem esse acesso. Sendo assim, os usuários são contactados por telefone e informados que assim que retornarem à unidade, compareçam a ouvidoria para pessoalmente receber o retorno da manifestação.

MÊS	SETOR	DEMANDA	TIPO DE DEMANDA	ENCAMINHAMENTO	RETORNO	ENTRADA	SAÍDA
F e v / 2 0	IMAGEM	Demora no atendimento	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da Imagem para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	06/02/2020	13/02/2020
		Atraso na entrega do resultado do exame	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da Imagem para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	07/02/2020	13/02/2020
		Atraso na entrega do resultado do exame	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da Imagem para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	13/02/2020	13/02/2020
		Atraso na entrega do resultado do exame	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da Imagem para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	17/02/2020	27/02/2020
		Atendimento	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da Imagem para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	05/02/2020	17/02/2020
		Remarcação de exames	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação de recepção para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	10/02/2020	17/02/2020
		Atraso na entrega do resultado do exame	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da Imagem para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	27/02/2020	27/02/2020
		Teste do pezinho	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da Imagem para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	06/02/2020	17/02/2020
		Teste do pezinho	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da Imagem para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	06/02/2020	17/02/2020
		Atraso na entrega do resultado do exame	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da Imagem para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	17/02/2020	27/02/2020
	AMBULATORIO	Atraso Médico	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação do ambulatório para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	06/02/2020	13/02/2020
		Atraso Médico	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação do ambulatório para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	06/02/2020	13/02/2020
		Atraso Médico	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação do ambulatório para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	06/02/2020	13/02/2020
		Atraso Médico	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação do ambulatório para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	06/02/2020	13/02/2020
		Veracidade de declaração de comparecimento	Informação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação do ambulatório para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	21/02/2020	27/02/2020
	GESTÃO	Primeiro Atendimento	Informação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	07/02/2020	13/02/2020
		Acesso ao parto	Informação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	27/02/2020	27/02/2020
		Falta de medicamento	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da obstetria para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	18/02/2020	27/02/2020
		Primeiro Atendimento	Informação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	29/02/2020	11/03/2020
		Primeiro Atendimento	Informação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	27/02/2020	11/03/2020
	EMERGÊNCIA	Demora na entrega do resultado do exame	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da obstetria para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	28/02/2020	11/03/2020
		Atendimento paliativo	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação de enfermagem para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	11/02/2020	17/02/2020
		Atendimento	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da obstetria para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	18/02/2020	11/03/2020
		Atendimento	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação da obstetria para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	18/02/2020	11/03/2020
	DH	Convocação dos candidatos	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão e Coordenação do DH para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	12/02/2020	17/02/2020
	REGULAÇÃO	Vagas de retorno Aysa	Informação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão para conhecimento	Informações sobre o funcionamento do SISREG	18/02/2020	18/02/2020
		Retorno com mais de um ano	Reclamação	Demanda encaminhada à Gerencia Geral de Gestão para análise e parecer	Esclarecimento sobre o caso	14/02/2020	27/02/2020

**SALA DE ESPERA - PESQUISA DE SATISFAÇÃO****ORIENTAÇÃO/EXECUÇÃO**  
**MANUELLY SANTOS E ROBERTA NAYARA (OUVIDORIA)**

<b>PROGRAMAÇÃO</b>	<b>SETOR</b>	<b>ABORDAGEM</b>
03/02/2020	ALOJAMENTO CONJUNTO	REALIZADA
05/02/2020	REC. TOMO / REC. IMAGEM	REALIZADA
07/02/2020	AMBULATÓRIO / REGULAÇÃO	REALIZADA
10/02/2020	ALOJAMENTO CONJUNTO	REALIZADA
12/02/2020	AMBULATÓRIO / REGULAÇÃO	REALIZADA
14/02/2020	ALOJAMENTO CONJUNTO	REALIZADA
17/02/2020	REC. TOMO / REC. IMAGEM	REALIZADA
19/02/2020	AMBULATÓRIO / REGULAÇÃO	REALIZADA





PESQUISA DE SATISFAÇÃO - FEVEREIRO 2020

PESQUISA DE SATISFAÇÃO - AMBULATÓRIO / EMERGÊNCIA APLICADA ENTRE 01 À 29/02/2020 COMPETÊNCIA: FEVEREIRO	PÉSSIMO	%	RUIM	%	BOM	%	ÓTIMO	%	EXCELENTE	%	QTD. QUESTION. NÃO RESPONDIDOS	RECUSOU RESPONDER	TOTAL RESPONDIDO	QUANTITATIVO TOTAL
1. O QUE VOCÊ ACHOU DOS SERVIÇOS QUE ESTE HOSPITAL OFERECE?	37	10,2%	29	8,0%	70	19,3%	75	20,7%	151	41,7%	14	1958	362	2334
2. COMO VOCÊ CLASSIFICA O ACESSO AO HOSPITAL?	28	7,7%	49	13,5%	81	22,3%	87	23,9%	119	32,7%	12	1958	364	2334
3. QUANTO A FACILIDADE DE ACESSO AO ATENDIMENTO, VOCÊ CONSIDERA QUE FOI:	21	5,9%	68	19,0%	74	20,7%	92	25,7%	103	28,8%	18	1958	358	2334
4. COMO VOCÊ AVALIA O TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO REALIZADO PELA RECEPÇÃO	41	11,2%	45	12,3%	101	27,6%	88	24,0%	91	24,9%	10	1958	366	2334
5. QUAL SUA OPINIÃO SOBRE A FORMA QUE VOCÊ FOI ATENDIDO?	21	5,7%	42	11,4%	74	20,1%	99	26,9%	132	35,9%	8	1958	368	2334
6. COMO VOCÊ AVALIA O ATENDIMENTO MÉDICO?	22	6,0%	40	10,9%	79	21,5%	89	24,2%	138	37,5%	8	1958	368	2334
7. QUANTO ÀS ORIENTAÇÕES E EXPLICAÇÕES DADAS PELO PROFISSIONAL QUE REALIZOU SEU ATENDIMENTO, VOCÊ AVALIA COMO:	25	6,8%	41	11,2%	76	20,7%	91	24,8%	134	36,5%	9	1958	367	2334
8. QUAL A SUA SATISFAÇÃO COM O AGENDAMENTO DE SUA CONSULTA OU EXAME?	28	7,6%	40	10,8%	91	24,7%	96	26,0%	114	30,9%	7	1958	369	2334
9. APÓS A CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO QUE VOCÊ TEVE NO HOSPITAL DA MULHER, COMO VOCÊ AVALIA SEU GRAU DE SATISFAÇÃO?	25	6,8%	30	8,1%	73	19,7%	94	25,4%	148	40,0%	6	1958	370	2334

PESQUISA DE SATISFAÇÃO - INTERNAMENTO APLICADA ENTRE 01 À 29/02/2020 COMPETÊNCIA: FEVEREIRO	PÉSSIMO	%	RUIM	%	BOM	%	ÓTIMO	%	EXCELENTE	%	QTD. QUESTION. NÃO RESPONDIDOS	RECUSOU RESPONDER	TOTAL RESPONDIDO	QUANTITATIVO TOTAL
1. O QUE VOCÊ ACHOU DOS SERVIÇOS QUE ESTE HOSPITAL OFERECE?	19	7,9%	38	15,8%	39	16,3%	57	23,8%	87	36,3%	11	645	240	896
2. COMO VOCÊ CLASSIFICA O ACESSO AO HOSPITAL?	21	8,7%	59	24,4%	59	24,4%	56	23,1%	47	19,4%	9	645	242	896
3. QUANTO A FACILIDADE DE ACESSO AO ATENDIMENTO, VOCÊ CONSIDERA QUE FOI:	23	9,6%	38	15,8%	41	17,1%	65	27,1%	73	30,4%	11	645	240	896
4. COMO VOCÊ AVALIA O TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO REALIZADO PELA RECEPÇÃO	39	16,2%	35	14,5%	52	21,6%	67	27,8%	48	19,9%	10	645	241	896
5. QUAL SUA OPINIÃO SOBRE A FORMA QUE VOCÊ FOI ATENDIDO?	29	12,0%	33	13,7%	35	14,5%	66	27,4%	78	32,4%	10	645	241	896
6. COMO VOCÊ AVALIA O ATENDIMENTO MÉDICO?	28	12,1%	36	15,5%	36	15,5%	59	25,4%	73	31,5%	19	645	232	896
7. QUANTO ÀS ORIENTAÇÕES E EXPLICAÇÕES DADAS PELO PROFISSIONAL QUE REALIZOU SEU ATENDIMENTO, VOCÊ AVALIA COMO:	32	13,9%	29	12,6%	37	16,0%	61	26,4%	72	31,2%	20	645	231	896
8. QUAL A SUA SATISFAÇÃO COM O AGENDAMENTO DE SUA CONSULTA OU EXAME?	21	11,3%	22	11,8%	46	24,7%	51	27,4%	46	24,7%	65	645	186	896
9. APÓS A CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO QUE VOCÊ TEVE NO HOSPITAL DA MULHER, COMO VOCÊ AVALIA SEU GRAU DE SATISFAÇÃO?	20	8,3%	35	14,6%	46	19,2%	69	28,8%	70	29,2%	11	645	240	896

10. COMO PODEMOS MELHORAR O ATENDIMENTO?			PERÍODO: 01 À 29/02/2020
AMBULATÓRIO / EMERGÊNCIA			
GRUPO DE SUGESTÕES	QUANTIDADE	SUGESTÃO CITADA	RETORNO ÀS AÇÕES TOMADAS
ACESSO E SEGURANÇA	5	1) MELHORAR O ACESSO AO HOSPITAL; 2) MELHORAR A SEGURANÇA PARA OS PACIENTES QUE VEM DA AV. RECIFE	O HOSPITAL DA MULHER, RECEBE AS SUGESTÕES PORÉM ALGUMAS MEDIDAS PRECISAM SER ANALISADAS ESTRATEGICAMENTE PARA VERIFICAR A POSSIBILIDADE DE OFERTA DO SERVIÇO SOLICITADO.
ATENDIMENTO	36	1) MELHORAR O ATENDIMENTO 2) DIMINUIR O TEMPO DE ESPERA NA EMERGÊNCIA; 3) DIMINUIR TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO, REALIZAÇÃO E ENTREGA DE EXAMES NA IMAGEM E LABORATÓRIO 4) RESPEITANDO O ATENDIMENTO PREFERENCIAL	O HOSPITAL DA MULHER, RECEBE AS SUGESTÕES PORÉM ALGUMAS MEDIDAS PRECISAM SER ANALISADAS ESTRATEGICAMENTE PARA VERIFICAR A POSSIBILIDADE DE OFERTA DO SERVIÇO SOLICITADO.
ELOGIO	37	SERVIÇOS CITADOS COMO ÓTIMO E EXCELENTE.	N/A
ATENDIMENTO (EQUIPE MULTIPROFISSIONAL)	22	1) PONTUALIDADE DOS MÉDICOS; 2) AUMENTAR O QUANTITATIVO DE MÉDICOS ATENDENDO NA EMERGÊNCIA; 3) REPASSAR AS INFORMAÇÕES DE MANEIRA CLARA	O HOSPITAL DA MULHER, RECEBE AS SUGESTÕES PORÉM ALGUMAS MEDIDAS PRECISAM SER ANALISADAS ESTRATEGICAMENTE PARA VERIFICAR A POSSIBILIDADE DE OFERTA DO SERVIÇO SOLICITADO.
REGULAÇÃO (POSTO DE MARCAÇÃO - HMR)	21	1) DISPONIBILIZAR MAIS VAGAS; 2) DISPONIBILIZAR AGENDAMENTO DE CONSULTAS DE 1ª VEZ; 3) AGENDAMENTO POR TELEFONE; 4) MÉDICOS MARCAR A VOLTA DO PACIENTE 5) MAIS ATENDENTES 6) MAIS ESPECIALIDADES	O HOSPITAL DA MULHER, RECEBE AS SUGESTÕES PORÉM ALGUMAS MEDIDAS PRECISAM SER ANALISADAS ESTRATEGICAMENTE PARA VERIFICAR A POSSIBILIDADE DE OFERTA DO SERVIÇO SOLICITADO.
VARIADAS	8	1) MAIS ATENDENTES NAS RECEPÇÕES 2) CADEIRAS NA ENTRADA DO AMBULATÓRIO PARA QUEM CHEGA ANTES DA ABERTURA DO AMBULATÓRIO. 3) PLACAS DE TRANSITO PARA SINALIZAR A ENTRADA	O HOSPITAL DA MULHER, RECEBE AS SUGESTÕES PORÉM ALGUMAS MEDIDAS PRECISAM SER ANALISADAS ESTRATEGICAMENTE PARA VERIFICAR A POSSIBILIDADE DE OFERTA DO SERVIÇO SOLICITADO.

10. COMO PODEMOS MELHORAR O ATENDIMENTO?			PERÍODO: 01 À 29/02/2020
INTERNAMENTO			
GRUPO DE SUGESTÕES	QUANTIDADE	SUGESTÃO CITADA	RETORNO ÀS AÇÕES TOMADAS
ACESSO E SEGURANÇA	10	1) MELHORAR O ACESSO AO HOSPITAL 2) MELHORAR A SEGURANÇA PARA OS PACIENTES QUE VEM DA AV. RECIFE	O HOSPITAL DA MULHER, RECEBE AS SUGESTÕES PORÉM ALGUMAS MEDIDAS PRECISAM SER ANALISADAS ESTRATEGICAMENTE PARA VERIFICAR A POSSIBILIDADE DE OFERTA DO SERVIÇO SOLICITADO.

ATENDIMENTO	4	1) DIMINUIR TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO ATENDENTES 2) MAIS	O HOSPITAL DA MULHER, RECEBE AS SUGESTÕES PORÉM ALGUMAS MEDIDAS PRECISAM SER ANALISADAS ESTRATEGICAMENTE PARA VERIFICAR A POSSIBILIDADE DE OFERTA DO SERVIÇO SOLICITADO.
ELOGIO	25	SERVIÇOS CITADOS COMO ÓTIMO E EXCELENTE.	N/A
ATENDIMENTO (EQUIPE MULTIPROFISSIONAL)	22	1) PROFISSIONAIS QUE TRATEM COM MAIS RESPEITO 2) REPASSAR AS INFORMAÇÕES DE MANEIRA CLARA	O HOSPITAL DA MULHER, RECEBE AS SUGESTÕES PORÉM ALGUMAS MEDIDAS PRECISAM SER ANALISADAS ESTRATEGICAMENTE PARA VERIFICAR A POSSIBILIDADE DE OFERTA DO SERVIÇO SOLICITADO.
VARIADAS	8	1) ÁREA DE BANHO DE SOL PROS BEBÊS PRINCIPALMENTE NA CASA DAS MÃES 2) MAIS AUXILIO PSICOLÓGICO PARA AS MÃES DE BEBÊS DE UTI E UCI 3) ACOMPANHANTE PARA QUEM FICA INTERNADO NA CASA DAS MÃES	O HOSPITAL DA MULHER, RECEBE AS SUGESTÕES PORÉM ALGUMAS MEDIDAS PRECISAM SER ANALISADAS ESTRATEGICAMENTE PARA VERIFICAR A POSSIBILIDADE DE OFERTA DO SERVIÇO SOLICITADO.

PALESTRA: COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

DATA: 04/02/2020

Nº	NOME	SETOR	E-MAIL
01	Ricardo de Moraes Tompson (Castelbrando)	DIRETORIA	RICARDO.TOMPSON@HCPGESTAO.ORG.BR
02	André Delmas	TS	ANDRE-DELMAS@HMR.ORG.BR
03	Morgana de Barros Leune	Sup. ALE	morgana.barros@hmr.org.br
04	Brenda Neiva	Bloco Cirurgico	brn.f.bloco@hmr.org.br
05	Carlaite Leune	NEPT	ENF.NEPT@HMR.ORG.BR
06	Samuel de Silva Belmonte	enfe	Samuelbelmonte@hotmail.com
07	Alberto Santos Silva dos Santos	Endoscopia	BETIM40.39100@gmail.com
08	André Luiz Figueiredo	Portais	andrei
09	Rinaldo Leão de Almeida	Região	Rinaldo.junior@estrela.com
10	Leucilda de A. Moura	Combustório	leucildamoura4@gmail.com
11	Thaísine Espinoza dos Santos e Silva	combustório	thaissinermontezano2010@yahoo.com.br
12	Betânia Moura da Silva	Região	Betaniasilva@yandex.com
13	Wagner Silva do Moura	Higiene Limpas	wagnermoura2019@gmail.com
14	Fanylene Oliveira da Silva	Téc Enfermagem	fanyedilha@hotmail.com
15	Elisabete da Silva Nascimento	Téc enfermagem	
16	Danielly Polliomy B.	Téc. enfermagem	
17	Zaira da Silva	Recepção / Recepção	Zairasilva2019@gmail.com
18	Rosana de A. Cruz	Assist. Administrativa	rosaqueirque@falcao.com.br
19	Fabrisa Venozes	Medicina, Trab	
20	Rafael José da Silva	INSPEÇÃO SEGURANÇA	

*Handwritten mark*

PALESTRA:

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO





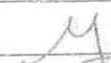

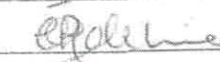
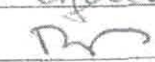

DATA: 04/02/2020

Nº	NOME	SETOR	E-MAIL
01	Fabio Bento de Azevedo	Coord. Adm.	Fabio.Bento@hmr.org.br
02	Kadine Marcelle Silva Cavalcanti	Ambedatomo	Kadine.Cavalcanti@hmr.org.br
03	Edla Raquelly Santana Gomes	Tec. Conf. Jrb	e.kapunka@gmail.com
04	Antônia Ribeca dos Santos Zilenti	Ambedatomo	matalianasantos@gmail.com
05	Dione Maria Lemos Lima	Gerência Insuagem	Dione.Lemos@hmr.org.br
06	Alice Inez Batista Leira	Sup. C.M.E	ay.come@hmr.org.br
07	Adriana de Andrade B. Viana de Melo	Alojamento Conjunto	adriana.vianademele@hotmail.com
08	Júlia Francisca da Silva	Recepção	shigleida94@gmail.com
09	FILAGO MONTEIRO DO NASCIMENTO S.	RECEPCAO	
10	Ana Luíza da Silva	Recepção	Ana_luiza@hotmail.com
11	Adriana Costa	Hospitalia	Adriana
12	Edson de Souza de Santana	Recepção	Edson.souza@hotmail.com
13	Luciana Barbosa Silva	Recepção	lucianavictor@gmail.com
14	EDMUNDO SANTOS ANDRADE	HOTELARIA	edmun.doandradeadma@gmail.com
15	JANA LIVES DA SILVA	C.M.E	
16	Rafaela Gonçalves Carrazzi	RH	rafaela.carrazzi@hpegestao.org.br
17	ROSSINI BARREIRA	COMUNICAÇÃO	ROSSINI.BARREIRA@GMAIL.COM
18	Monise Nadler	COMUNICAÇÃO	monisenadler@gmail.com
19	Sandra Leite	Sony Santos/sw. Saia	sandra.leite@HMR.ORG.BR
20	Loiela Araújo	Recepção	loiela.araujo@hpegestao.org.br

## ATA DE REUNIÃO

DATA: 03/02/2020

PAUTA: Delegação Grupos

Nº	NOME	ASSINATURA	E-MAIL
01	Paulo Victor		paulo.victor@hmr.org.br
02	Jandra Lira		SANDRA.LEITE@HMR.ORG.BR
03	Eduarda Pontual		eduarda.pontual@hmr.org.br
04	Elisabeth Reusa		ENF. NEPI@HMR.ORG.BR
05	Carolina Lima		carl@hmr.org.br
06	Márcia Mariana P. Sousa		marcia.sousa@hmr.org.br
07	Elis Regina G. de Almeida		elisia.lima@hmr.org.br
08	Pamela Amorim		agencia.transfusional@hmr.org.br
09	Antônia Gomes		antonia.gomes@hmr.org.br
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

# RELATÓRIO SINTÉTICO MENSAL DO SERVIÇO DE ENGENHARIA CLÍNICA

---

*Hospital da Mulher Recife (HMR)*  
*PERÍODO DE REFERÊNCIA: Fevereiro/2020*

## 1. INTRODUÇÃO

Este relatório tem por objetivo descrever as atividades realizadas pelo serviço de Engenharia Clínica, prestado pela Tecsáude Engenharia Hospitalar, no Hospital da Mulher do Recife durante o mês de fevereiro de 2020.

## 2. ATIVIDADES REALIZADAS

O serviço de Engenharia Clínica trabalha com a realização de diversas atividades de forma planejada, através da execução de inspeções, reuniões com os setores, realização de capacitação e treinamentos operacionais, calibração e manutenção preventiva nos equipamentos. Essas ações visam garantir a correta utilização dos equipamentos, reduzir o índice de quebra e aumentar sua vida útil, bem como garantir confiabilidade no uso dos mesmos.

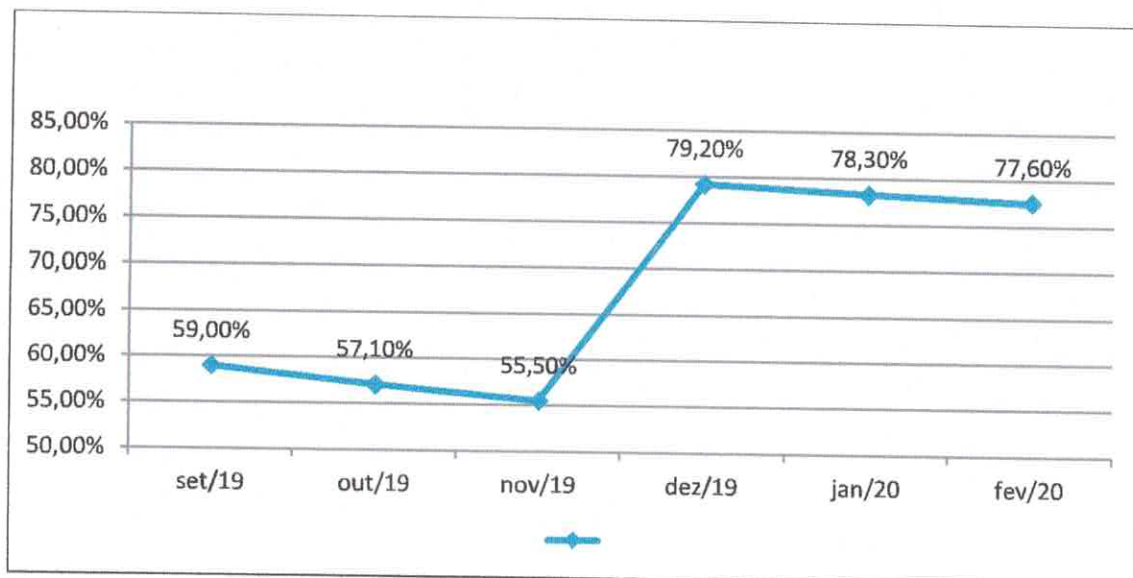
Além disso, trabalhamos também de forma pontual com a realização de manutenções corretivas, quando necessário. Para tal, dispomos de equipe técnica capacitada, analisadores e simuladores calibrados, bem como de um software de gestão.

### 2.1 ATIVIDADES GERENCIAIS E DE INSPEÇÃO

Periodicamente é realizada inspeção da ressonância magnética para verificação do consumo de hélio e das condições ambientais, identificando se a mesma encontra-se funcionando conforme orientação do fabricante. Após a recarga de hélio realizada pela Trigás em dezembro/2019, não houveram mais problemas sérios com o equipamento. A engenharia clínica continuará acompanhando semanalmente o nível de hélio da ressonância, conforme rotina estabelecida.

Gráfico 1: Consumo de hélio pela ressonância magnética nos últimos 6 meses.





Além do consumo de hélio utilizado no resfriamento da ressonância magnética, para a mesma funcionar adequadamente, deve-se respeitar as condições de temperatura e umidade determinadas pelo fabricante. Assim, a sala técnica em que fica instalado o compressor deve estar na faixa de temperatura entre 15 e 22°C, enquanto a umidade deve estar entre 30 e 70%, se considerado qualquer valor fora dessa faixa pode ser prejudicial ao funcionamento do equipamento. Desde o dia 19/11/2020, **o ar condicionado da sala técnica está quebrado**, colocando a sala fora das especificações do fabricante. Temperaturas acima de 23°C podem provocar danos irreparáveis aos computadores da sala técnica.

Na sala da tomografia é realizada uma inspeção duas vezes por semana, a fim de verificar se as condições ambientais estão conforme as orientações do fabricante, ou seja, a sala do equipamento deve estar com temperatura entre 15°C e 22°C e umidade de 15% a 75%.

## 2.2 MANUTENÇÕES PLANEJADAS

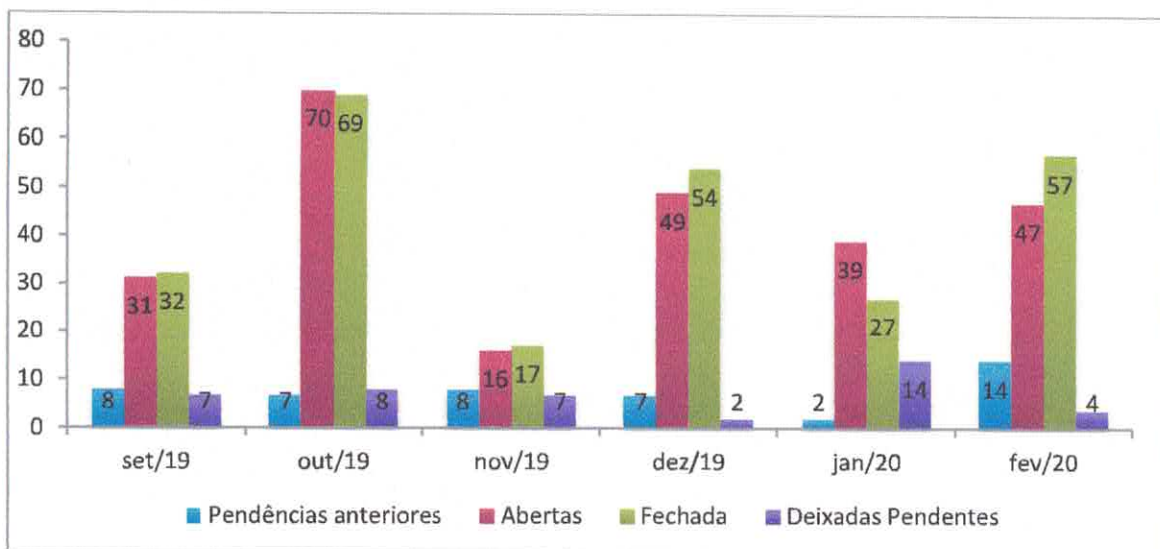
### 2.2.1 MANUTENÇÕES PREVENTIVA

Conforme cronograma de manutenções programadas, foi previsto para fevereiro a realização de manutenção preventiva em 47 equipamentos. Foram realizadas no total 57 manutenções preventivas, pois houveram preventivas realizadas pela Braxmed no CME. Das manutenções preventivas realizadas em fevereiro, 47 foram executadas pela equipe da engenharia clínica. As demais manutenções preventivas foram executadas por equipes externas, como as do CME, que foram realizadas no começo de fevereiro.

Conforme o gráfico 2, apresentado abaixo, foram concluídas 27 de manutenções preventivas em equipamentos médico-hospitalares, referentes ao mês de fevereiro e a pendências anteriores, e deixadas 4 preventivas pendentes, devido a pendências de manutenção corretiva ou atrasos externos.



Gráfico 2: Sintético do quantitativo de manutenções preventivas dos últimos 6 meses.



No entanto, ainda ficaram pendentes de conclusão as manutenções preventivas de 2 equipamentos, conforme detalhado na Tabela 1 abaixo.

EQUIPAMENTO	ORDEM DE SERVIÇO	EXECUÇÃO2	PENDÊNCIA
EQUIPAMENTO DE OSMOSE REVERSA	201801404	BRAXMED	EQUIPAMENTO EM MANUTENÇÃO CORRETIVA
RAIO X MÓVEL	202000292	PHILIPS	AGUARDANDO APROVAÇÃO DE ORÇAMENTO
RAIO X MÓVEL	202000294	PHILIPS	AGUARDANDO APROVAÇÃO DE ORÇAMENTO
RAIO X FIXO	202000293	PHILIPS	AGUARDANDO APROVAÇÃO DE ORÇAMENTO

Tabela 1: Pendências de Manutenção Preventiva.

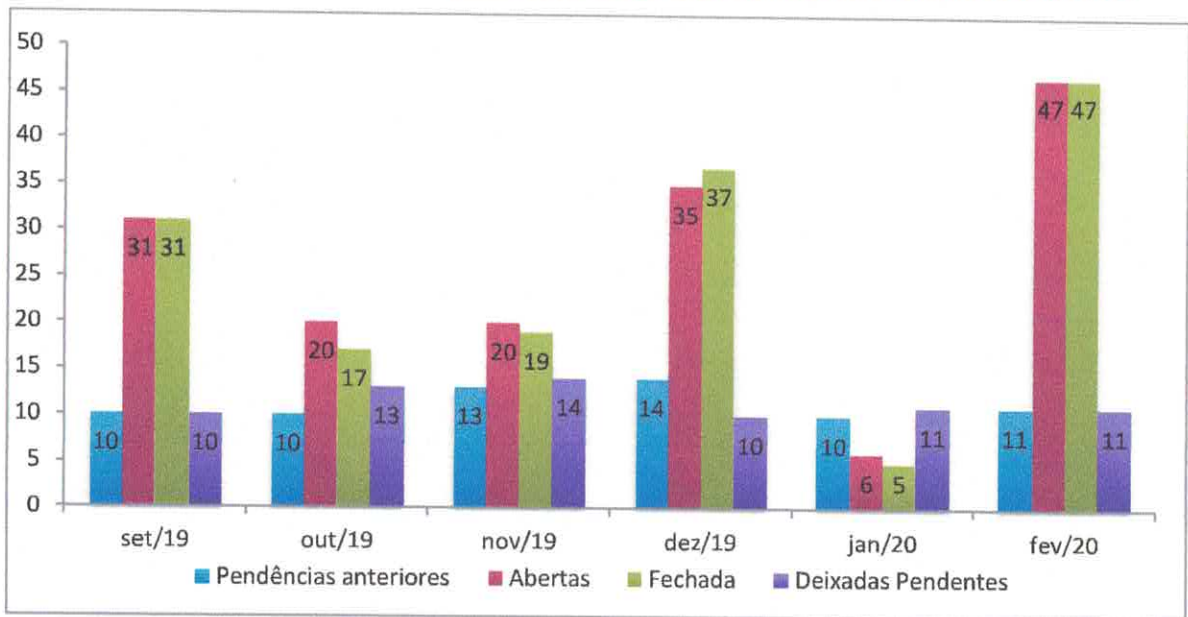
Todas estas pendencias estão sendo monitoradas constantemente pela engenharia clínica.

## 2.2.2 CALIBRAÇÃO

No mês de fevereiro foram programadas a abertura de 47 calibrações de equipamentos médicos. Neste mesmo mês foram concluídos 47 serviços de calibração, referente ao mês de fevereiro e a meses anteriores.

No mês de fevereiro foram calibrados 05 banhos-maria

Gráfico 3: Sintético do quantitativo de calibrações dos últimos 6 meses.



As pendências referentes a calibrações estão detalhadas na tabela abaixo:

Tabela 2: Tabela de calibrações pendentes

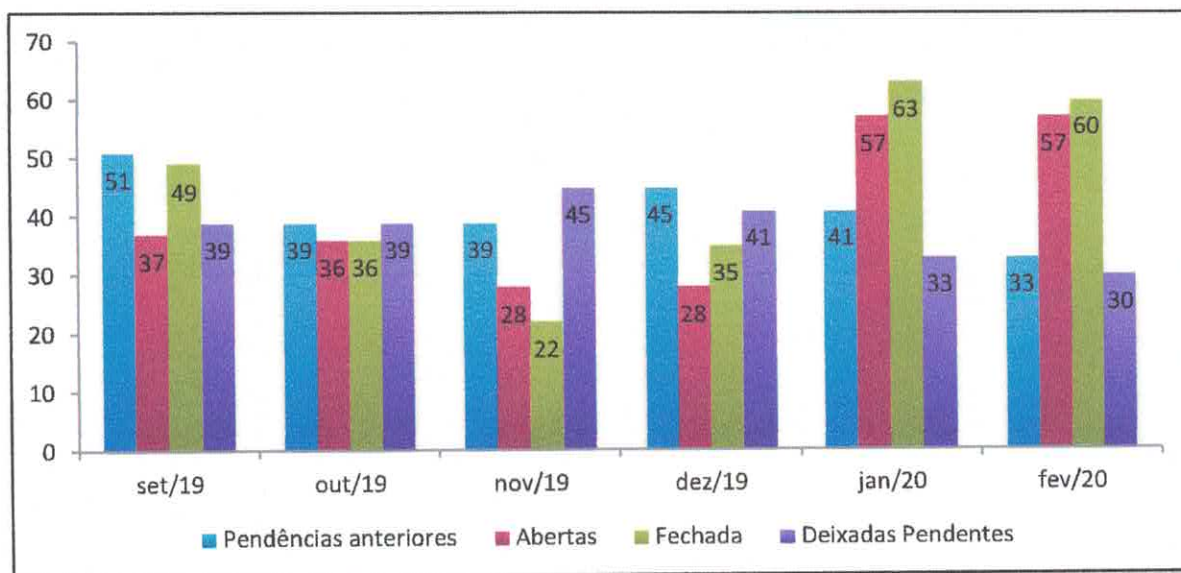
EQUIPAMENTO	QUANTIDADE	PENDÊNCIA
VENTILADOR PULMONAR	3	Os três equipamentos estão pendentes de manutenção corretiva
BERÇO AQUECIDO	2	Em manutenção corretiva externa
ESFIGMOMANÔMETRO ANERÓIDE MANUAL	2	Serão calibrados em março
VENTILADOR PULMONAR	3	Foram reprovados. Serão melhor analisados em março.
EQUIPAMENTO DE EMISSÃO OTOACÚSTICA	1	Estão sendo coletados 3 orçamentos

*Handwritten signature*

## 2.3 MANUTENÇÃO CORRETIVA

Em fevereiro foram abertas 57 ordens de serviços do tipo corretiva, das quais 51 foram concluídas no mesmo mês, obtendo um percentual de resolutividade imediato de 89,5%. Foram ainda concluídas 9 ordens de serviço corretivas de meses anteriores, totalizando as 60 ordens de serviço corretivas fechadas em fevereiro, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 4: Quantitativo de serviços corretivos dos últimos 6 meses.



Do total de manutenções corretivas concluídas em fevereiro, 98,3% foram realizadas diretamente pela equipe de engenharia clínica. Dos serviços realizados no mês 86,7% foram em equipamentos médicos. Foram realizadas 8 manutenções em acessórios.

Finalizamos o mês de fevereiro deixando 06 ocorrências em pendencia para o mês seguinte. As pendencias estão descritas na tabela abaixo:

Tabela 3: Relação de serviços de manutenção corretiva pendentes.

ORDEM DE SERVIÇO	EQUIPAMENTO	PENDÊNCIA
201701074 201701075	APARELHO DE ANESTESIA	AGUARDANDO COMPRA E DISPONIBILIZAÇÃO DE CÉLULA DE OXIGÊNIO E CÁPSULA PARA SENSOR
201902774	BERÇO AQUECIDO	AGUARDANDO COMPRA DA RESISTÊNCIA
201801652 201801656	CARDIOVERSOR	AGUARDANDO BATERIA
201800704	DETECTOR CARDIOFETAL DE MESA	AGUARDANDO COMPRA AMPLIFICADOR DE SOM

*Handwritten signature*

201801393	EQUIPAMENTO DE OSMOSE REVERSA	AGUARDANDO INSTALAÇÃO DA VÁLVULA SOLENÓIDE
202000962	ESFIGMOMANÔMETRO ANERÓIDE MANUAL	AGUARDANDO COMPRA DA VÁLVULA
201900402	FOCO DE PROCEDIMENTO	AGUARDANDO LÂMPADA
202000960	SELADORA	AGUARDANDO COMPRA DE FITA TEFLON
201701274 201900153 201901531 201901533 201901224	INCUBADORA DE TRANSPORTE	SUBSTITUIÇÃO DE BATERIAS
201701250 201701255 202000758 202001013 202001016	INCUBADORA NEONATAL	EQUIPAMENTOS EM ANÁLISE NA MEDICAL
201700830	MONITOR MULTIPARAMÉTRICO	AGUARDANDO APROVAÇÃO DE ORÇAMENTO DE MANUTENÇÃO
201801261	RAIO-X MÓVEL	ERRO 13 (EQUIPAMENTO QUEIMADO NO HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO, POR DESCUIDOO DO USUÁRIO). Primeiro orçamento de R\$ 11.594,01
202000556	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	EQUIPAMENTO TRAVANDO INTERMITENTEMENTE
201801159	ULTRASSOM	TRANSDUTOR LINEAR COM IMAGEM ESPELHADA, AGUARDANDO DECISÃO DA INSTITUIÇÃO
201800559	ULTRASSOM	FONTE, TECLADOS, TRACKBALL E SOFTWARE
201900711	ULTRASSOM	PEÇAS DANIFICADAS ORÇADAS EM R\$ 38.891,67
201800625 201900142	VENTILADOR PULMONAR	AGUARDANDO APROVAÇÃO DE ORÇAMENTO DE MANUTENÇÃO

### 3. CONTRATO DE MANUTENÇÃO

Está sob gestão da engenharia clínica a execução e cumprimento dos termos contratuais dos contratos Braxmed, que inclui manutenções preventivas mensais e mão de obra para serviços corretivos quando solicitados (mas que não inclui a substituição de peças), e os contratos de manutenção dos ultrassons Philips, do tomógrafo computadorizado Brilliance



CT0954 e da ressonância magnética Achieva MR0167 com a Philips que estão em vigor desde fevereiro de 2017. Este último contrato inclui mão de obra, deslocamento, peças normais de reposição e algumas peças especiais (no caso do tomógrafo inclui o tubo de raio-x, por exemplo, e na ressonância magnética inclui a substituição de até uma bobina), além da realização de manutenções preventivas periódicas. O contrato referente aos ultrassons apenas inclui mão de obra de visitas técnicas.

Tabela 4: Referência dos contratos de manutenção vigentes.

Equipamento	Empresa	Valor	Nota Fiscal
Tomógrafo CT0954	Philips	R\$ 31.363,96*	114392
Ultrassom	Philips	R\$ 3.043,90	114393
Ressonância Magnética	Philips	R\$ 27.301,97**	114391
13 equipamentos do CME Baumer	Braxmed	R\$ 8.100,00	813

\* US\$ 5.043,36. Taxa do dólar utilizada: R\$ 4,3163

\*\* US\$ 4.062,02. Taxa do dólar utilizada: R\$ 4,3163

#### 4. Custos de manutenção

Equipamento	Manutenção	Custo
Incubadora Neonatal 1186 (FANEM)	Reparo no display do modulo da Incubadora Neonatal	R\$ 3.295,00

Recife, 10 de março de 2020.




**TECSAÚDE**  
 Engenharia Hospitalar  
 Vitor L. Veloso  
 Gerente de Projetos

---

Vitor Lira Veloso  
 Gerente de Projetos  
 TECSAÚDE Engenharia Hospitalar

