



20
24

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
Junho 2024

1. INTRODUÇÃO

1.1 Sobre o CEJAM

O Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico Obstetra, um dos seus fundadores e o 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

Com o lema “Prevenir é Viver com Qualidade”, é qualificado como Organização Social (OSS) em vários municípios, com reconhecida experiência na gestão de serviços de saúde, atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público.

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 80 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Embu das Artes, Cajamar e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Visão:

“Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional”

Missão:

"Ser instrumento transformador da vida das pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde"

Valores:

- Valorizamos a vida
- Estimulamos a cidadania
- Somos éticos
- Trabalhamos com transparência
- Agimos com responsabilidade social
- Somos inovadores
- Qualificamos a gestão

Pilares Estratégicos:

- Atenção Primária à Saúde
- Sinergia da Rede de Serviços
- Equipe Multidisciplinar
- Tecnologia da Informação
- Geração e Disseminação de Conhecimento

1.2 Termo de colaboração n.º 01/2022

O Hospital da Mulher Mariska Ribeiro é composto pelos serviços de emergência (no sistema de portas abertas 24h), ambulatoriais, cirúrgicos e de internação, com foco principal nas especialidades de Ginecologia e Obstetrícia; oferecendo também suporte aos recém-nascidos, contando com o Serviço de Neonatologia, equipada para o acompanhamento dos bebês durante toda a internação, incluindo Unidade de Cuidados Intermediários Convencional, Canguru e Enfermaria Pediátrica. As instalações previstas no Termo de Colaboração Nº 01/2022, retratam 72 leitos obstétricos, 8 de ginecologia, 10 de UTI Neonatal, 11 da Unidade de cuidados intermediários Convencional, 5 da Unidade de cuidados intermediários Canguru, 6 para enfermaria pediátrica, 3 salas cirúrgicas, 6 salas PPP e 8 consultórios ambulatoriais.

A finalidade desse documento é gerar apontamentos e justificativas em relação às metas variáveis e físicas, tendo como base a prestação de contas do período de junho de 2024.

Considerando o Termo de Colaboração nº 01/2022, as metas variáveis são avaliadas para fins de pagamento a partir do primeiro trimestre. A avaliação e a pontuação dos indicadores e metas condicionam o valor do pagamento da variável de 5% do valor do contrato, divididas em 3 variáveis:

Variável 1 - Incentivo à gestão (7)

Variável 2 - Incentivo à unidade de saúde (13)

Variável 3 - Incentivo à equipe (2)

Além das metas variáveis, o Termo de Colaboração define metas físicas que são definidas no cronograma de desembolso, tais como procedimentos cirúrgicos (laqueadura tubária e outras cirurgias ginecológicas), consultas e exames ambulatoriais.

Todos os indicadores e metas variáveis acima, bem como as metas físicas estabelecidas em contrato, são monitorados mensalmente pela instituição, visando o alcance destas, alinhadas ao Termo de Colaboração e a operacionalização das atividades, em conformidade com boas práticas a serem instituídas.

Além disso, os indicadores abordados no Relatório de Metas são enviados mensalmente no painel OSINFO, local destinado a inserção dos dados contratuais e os materiais complementares são inseridos em formato PDF no mesmo Painel.

2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

2.1 METAS VARIÁVEIS

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 1

			JUNHO.2024	
INDICADOR VARIÁVEL 1 - INCENTIVO A GESTÃO	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de apresentação de AIH	Nº total de AIH apresentadas no mês	≥ 1	820	1,07
	Nº total de internações por mês		765	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	1	0,1%
	Nº de AIH apresentadas		963	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	694	100%
	total de prontuários com alta		694	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	3	100%
	Nº de óbitos analisados		3	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	740.449,94	3%
	Valor total gasto no trimestre		24.164.525,35	
6. Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	Total de itens comprados abaixo da média	95%	95	95%
	Total de itens adquiridos		100	
7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade	95%	271	100%
	Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise		271	

Indicador 2. Taxa de rejeição do AIH

Referente ao Indicador 2, Taxa de rejeição de AIH, impende informar que os valores de numerador 01 AIHs rejeitadas e denominador 963 autorizações de internações hospitalares apresentadas são referentes à Competência do mês de maio, última Competência divulgada pela SMS Rio no Relatório Definitivo da Produção Hospitalar, através da página <https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/producao/sih/relatorios-definitivos/resumo-aprovados/>, uma vez que a época da apresentação os valores da Competência vigente ainda não foram divulgados.

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

No dia **03/07/2024**, foi realizada a **reunião mensal da Comissão de Óbitos** do Hospital, na qual foram empregadas ferramentas avaliativas através da minuciosa análise de todos os prontuários físicos. Adicionalmente, qualificou-se os materiais necessários para investigação e debate dos casos em colaboração com as coordenações envolvidas.

Durante o período em questão, **não houve registro de óbitos neonatais**, e os **03 casos de natimortos** ocorreram todos fora do ambiente hospitalar. Todos os detalhes relativos a esses casos foram registrados em ata, a qual se encontra anexa ao presente relatório, contendo informações como diagnóstico de internação.

Além da ata, a Comissão é responsável pelo preenchimento da Ficha de Investigação Hospitalar (FIH), que é encaminhada à DVS/CAP 5.1, juntamente com os prontuários físicos, para dar prosseguimento às investigações.

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

No período em questão, os gastos do apoio à gestão contabilizaram R\$740.449,94 considerando um o valor de R\$24.164.525,35 do total utilizado, **resultando em um percentual de 3%, dentro da meta estabelecida para o indicador.** A fins de transparência do resultado, segue abaixo a composição dos gastos com apoio à gestão prestação de contas período de junho.2024 e reflexo trimestral:

TERMO DE COLABORAÇÃO 001/2022 - DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO						
POSIÇÃO TRIMESTRAL						
ITEM	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado
	MÊS 26	MÊS 26	MÊS 27	MÊS 27	MÊS 28	MÊS 28
Apoio à gestão CGE	77.149,96	36.994,29	77.149,96	38.212,89	77.149,96	33.531,10
Apoio à gestão da RUE	308.599,84	72.344,35	308.599,84	248.064,24	308.599,84	311.303,07
Total APOIO À GESTÃO	385.749,80	109.338,64	385.749,80	286.277,13	385.749,80	344.834,17
<i>Trimestral REALIZADO</i>	740.449,94					
Total Geral CRONOGRAMA	8.344.243,30		8.344.243,30		8.344.243,30	
Total Mensal REALIZADO	7.327.381,15		8.592.854,02		8.244.290,18	
Resultado no Mês:	1,49%		3,33%		4,18%	
TRIMESTRAL	24.164.525,35					
	3,06%					

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

No período em questão houve a precificação de 100 produtos, dos quais 95 itens estavam abaixo do preço da SMS, o que corresponde a um **percentual de 95%** das compras de itens abaixo da média, **dentro da meta preconizada.**

Após a análise dos números apresentados, cabe mencionar alguns aspectos de extrema relevância na comparação dos preços praticados pela entidade e preços publicados em registros públicos. A organização de Sociedade Civil realiza a modalidade de compra **tomada de preços** (lei

8.666) com utilização de plataforma eletrônica BIONEXO. O lote de compra é mensal e capaz de suprir a demanda de consumo da unidade, o que é capaz de realizar uma análise mais assertiva e maior entendimento acerca de quais produtos e insumos serão necessários. Assim, seguindo essa quantidade e tendo isso em estoque, há uma garantia muito maior do atendimento da demanda e baixo índice de perdas.

Além disso, também é possível analisar as sazonalidades a fim de encontrar um tamanho ideal de estoque de segurança. Com esses estoques, há maior garantia de que mesmo quando o comportamento fugir do esperado, ainda haja capacidade de atender a demanda. Isso faz com que os pedidos sejam entregues no tempo certo. Entretanto, é importante ressaltar que a análise da Gestão de Estoque também recai sobre o excesso dele, sendo possível a identificação do que poderia ser reduzido, focando o investimento em outras áreas.

Comparando os volumes de compra movimentados pela instituição e pelos órgãos públicos, nota-se que são infinitamente inferiores, o que interfere diretamente na composição do preço levando a uma comparação desvantajosa para a Organização da Sociedade Civil.

A fins de auditoria do indicador, seguem anexas ao presente Relatório, a entrada de material médico e a entrada de medicamento no período em análise.

Indicador 7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

Com o propósito de proporcionar uma análise dos dados que sejam fiel às informações requisitadas, o setor de gestão de indicadores desta unidade desenvolveu uma nova ferramenta, cuja implementação se deu a partir de fevereiro de 2024. Tal iniciativa visa aprimorar a qualificação dos dados, promovendo uma avaliação criteriosa, estratificação e análise dos fornecedores.

Para garantir a qualidade do serviço prestado pelos envolvidos, realiza-se uma auditoria mensal, na qual se avalia minuciosamente a qualidade dos serviços. Com vistas a assegurar maior transparência no processo, segue anexa a planilha "Qualificação Prestadores de Serviço - HMMR 2024", disponível via drive [Qualificação Prestadores de Serviço - HMMR 2024](#), contendo a relação individual e mensal dos serviços prestados

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II

INDICADOR	FÓRMULA	META	JUNHO.2024	
			PRODUÇÃO	RESULTADO
Proporção de atendimentos com tempo médio entre Acolhimento/Classificação de Risco e atendimento médico abaixo dos tempos máximos de espera preconizados no protocolo	Total de pacientes atendidos dentro do tempo	90%	1.707	91%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.871	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	183	56%
	Total de partos realizados		326	
% RNs elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na unidade Canguru	Número de RNs elegíveis internados na unidade Canguru superior a 5 dias	> 80%	0	0%
	Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru		0	
Incidência de Retinopatia da Prematuridade	Número de RN <1500g com ROP >3	<2,5%	0	0%
	Nº de RN admitidos <1500g		4	
Incidência de Displasia Broncopulmonar	RN <1500g de peso ao nascer dependente de O2 e IGC de 36 semanas	<20%	0	0%
	Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas		0	
Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-36 semanas IG	Gestantes atendidas em risco de parto prematuro que utilizaram corticoterapia antenatal	>90%	23	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		23	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	45	100%

	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		45	
Utilização de Métodos não farmacológicos para alívio da dor	Nº de parturientes que receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor no pré parto	>30%	138	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		138	
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	10	100%
	Total de abortos		10	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	0	0%
	Nº total de nascimentos		331	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	300	92%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		326	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	253	7,9
	Nº de saídas		32	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.027	2,5
	Nº de saídas na Obstetrícia		408	

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

O Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) vem atendendo uma média de 62 pacientes por dia, considerando uma média mensal de 2.137 atendimentos no ano de 2024. No período avaliado, o HMMR realizou **1.871 atendimentos**.

Com intuito de gerar conformidade na análise e representar o real cenário do acolhimento, apresentamos a seguir, uma tabela (via sistema

eletrônico) contendo o **tempo médio de atendimento** após a estratificação por **cor de classificação, que expressa um percentual de 91% em todas as cores de atendimento.**

Cor	Pacientes atendidos	% de atendimentos por cor	Pacientes dentro do tempo	Tempo Médio de espera	Tempo Máximo (META)	% atingido
Red	8	0,4%	0	0	0 (atendimento imediato)	100%
Orange	52	2,8%	39	12 min	≤ 15 min.	100%
Yellow	300	16,0%	237	21 min	≤ 30 min.	100%
Green	1230	65,7%	1142	49 min	≤ 120 min.	100%
Blue	281	15,0%	281	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1871	100%	1.707			

Fonte: Painel dos Indicadores (MV)

Cumprir informar que das pacientes atendidas no mês de junho, **73% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 20% da ginecologia, 5% puérpera e 2% nas demais especialidades**, fora do perfil de atendimento. De todas as pacientes gestantes, 91% eram referência do HMMR, enquanto 9% eram referências de outras maternidades da rede.

Importante destacar que a unidade e coordenações envolvidas buscam atualizar os profissionais a respeito do *Guia Orientador da Rede Urgência e Emergências*, bem como no aperfeiçoamento dos fluxogramas e POPs da porta de entrada, preconizados pela SMS.

Indicador 2. Taxa de cesárea

Em junho a unidade registrou 183 cesarianas, em relação a 326 partos, correspondendo a cerca de 56% dos procedimentos realizados. Do total de cesarianas, 94 corresponderam a cesarianas em múltiparas (51% das cesáreas) e 93% das usuárias tiveram acompanhante durante a cesariana. Além disso, foi possível observar 27,3% das cesarianas foram em pacientes que fizeram indução com misoprostol, 94 admissões de pacientes com comorbidades (DM, HAC/DHEG), o que corresponde a 51% das gestantes com alto risco no centro cirúrgico. Destas cesarianas que ocorreram no mês de junho, foram 189 nascidos vivos, no quais destes a taxa de prematuridade do setor foi em torno de 12%, sendo 10% desses RNs transferidos para unidade de terapia intensiva neonatal.

Visto isso, apesar da taxa geral apresentada, foi possível identificar intercorrências obstétricas/clínicas que influenciaram na decisão da interrupção da gravidez por cesariana. Treze por cento das cesarianas foram indicadas a pedido da gestante e as demais foram realizadas com outras indicações clínicas. No entanto, chama a atenção o percentual de diagnóstico de sofrimento fetal agudo (23,5%) e, com isso a necessidade de revisão desses casos. Além disso, indicações devido ao HAC, pré-eclâmpsia e descolamento prematuro da placenta e pacientes com cesárea prévia, corroboraram na decisão da interrupção da gravidez via parto cesáreo. Outros fatores elencados estão relacionados a enfermidades próprias da gravidez, passíveis de interrupção, por conta de comprometimento do bem-estar materno e fetal, como a HAS grave, que é muito prevalente na instituição. Além disso, a unidade tem realizado cesarianas com laqueadura (62 LT com cesariana executadas no mês vigente), respaldado na lei que garante à mulher o direito de realizar a laqueadura durante o período de parto, e tal cenário de escolha pode contribuir com o aumento das cesarianas. Para fins de análise, a relação de cesarianas (nº do prontuário/BAM de cada paciente via PEP/MV, bem como sua indicação clínica e outras informações), se encontra em planilha drive disponível para auditoria.

REGISTRO DE PARTO CESÁREA

Aliado a isso, o HMMR contém uma demanda do ambulatório de alto risco da unidade, que concorre com indicações baseadas no quadro clínico da paciente. Salientamos que a unidade recebe pacientes referenciadas da rede, além do acolhimento e classificação de risco aberto para atendimento obstétrico 24h. Nesse sentido, a taxa também sofre impacto por conta de indicações eletivas e dos atendimentos de risco elevado que a unidade absorve, muitas delas fora da referência da unidade. Contudo, apesar do perfil de admissão da unidade, ressaltamos o compromisso em gerar segurança às usuárias atendidas, evitando riscos e desfechos desfavoráveis. Como estratégia de aprimoramento do cuidado e redução da taxa na maternidade, além da auditoria dos prontuários, discussão dos casos clínicos da enfermagem de gestantes e revisão das indicações de cesariana, incentivo à indução do parto e ao aprimoramento técnico-científico dos profissionais de saúde para assistência ao parto, além de abordagem no pré-natal da unidade, visando discutir com as gestantes os benefícios do parto e informa-las sobre os métodos de indução do trabalho de parto disponíveis em nosso Hospital. A melhora da comunicação e vínculo também se estende às UAP do território, a fim de minimizar as indicações de cesariana oriundas de pré-natal externo.

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

Durante o período mencionado, não houve registros de admissões de bebês na Unidade Canguru que atendessem aos critérios estabelecidos para sua elegibilidade. Isso ocorreu devido à designação da unidade, a partir de 22 de março, para o atendimento exclusivo de pacientes necessitando de isolamento respiratório. Essa mudança foi feita em acordo com a prefeitura, seguindo as diretrizes de uma Nota Técnica para a configuração de leitos destinados ao tratamento de bronquiolite.

Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período de junho, a UTI neonatal não registrou casos de ROP III, considerando 04 casos de recém-nascidos com peso <1500g admitidos no setor da UTI neonatal. Segue abaixo a relação dos casos do denominador no período.

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN REBECCA VIANA DE OLIVEIRA PINTO	207250	06/06/2024	5/7	F	860g	30s+6d
RN FERNANDA DOS SANTOS MINAS	207250	06/06/2024	7/8	M	1.345g	31s+5d
RN GI ESTEFANI FERREIRA DOS SANTOS	211229	28/06/2024	8/9	M	1.445g	31s+5d
RN LETICIA SANTOS DE OLIVEIRA	211563	30/06/2024	6/7	F	675g	24s

Indicador 5. Incidência de Displasia Broncopulmonar

No mês de junho, a UTI neonatal não registrou nenhum caso de displasia broncopulmonar, uma vez que não houve pacientes com o perfil necessário para essa avaliação

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

No período aludido foram contabilizados 23 casos de corticoterapia antenatal referente a 23 gestantes com risco de partos prematuros com **indicação de corticoterapia por risco** de nascimento prematuro. Para fins de análise, reiteramos que o critério de administração antenatal de um ciclo único (duas doses) de corticoterapia está recomendado a mulheres grávidas entre a 24 e a 34 semanas com risco de parto prematuro, baseada na literatura e protocolos clínicos da própria Secretaria Municipal de Saúde. A planilha de auditoria se encontra anexa ao presente Relatório.

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

No período avaliado foram utilizados 45 Sulfatos de Magnésio em relação a 45 casos de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave na instituição. A planilha de auditoria se encontra anexa ao Relatório.

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado houve um quantitativo de 10 AMIU utilizados, em relação a **10 casos de abortamento com a devida indicação**. Para fins de investigação, relatamos o número do prontuário das pacientes que realizaram o procedimento em planilha anexa ao Relatório. Cumpre informar que todas as pacientes que realizaram wintercuretagem após aborto no período foram auditadas e não tiveram indicação de AMIU. Foram considerados para efeito de indicação de uso do AMIU "abortos retidos com menos de 12 semanas de idade gestacional provável, por medida de fundo de útero, ou outros métodos de cálculo, e dilatação de colo uterino inferior a 15 mm".

Indicador 10. Taxa de asfixia perinatal

No período de junho o Hospital não contabilizou casos de asfixia perinatal, considerando 331 nascidos vivos no período, representando uma taxa de 0%, cumprindo assim a meta estabelecida.

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

Nossa Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal é dedicada aos cuidados de recém-nascidos de alto risco, incluindo prematuros e bebês a termo enfermos. Entretanto, ocasionalmente realizamos diagnósticos de enfermidades que não estão dentro do perfil de doenças que podemos assistir, especialmente em casos que requerem procedimentos cirúrgicos. Isso ocorre porque não possuímos um centro cirúrgico equipado para realizar cirurgias pediátricas. Nesses casos, os pacientes são inseridos no Sistema Estadual de Regulação e, frequentemente, o tempo de transferência excede o desejado, aumentando a permanência dos bebês na nossa UTI.

No mês de junho, tivemos dois pacientes com esse perfil internados em nossa UTI aguardando transferência para procedimentos. O recém-nascido de Suelen Ramalho Dionizio aguardou por uma broncoscopia durante 23 dias, e o recém-nascido de Thamirys Jesus Alegrete Morton aguardou por um procedimento cirúrgico durante 25 dias e ainda está esperando regulação. Ao excluir esses pacientes do cálculo da nossa taxa de permanência, o valor diminui de 9,6 para 7,9, evidenciando que a dificuldade na regulação de pacientes fora do perfil impacta significativamente não apenas a evolução clínica das crianças, mas também os indicadores de permanência.

METAS DA VARIÁVEL 3

			JUNHO.2024	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	340	81%
	Total de gestantes e puérperas em observação		418	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	337	99,1%
	Total de respostas efetivas		340	

Indicador 1 e 2

O Serviço de Ouvidoria é um setor destinado à coleta e análise da percepção dos usuários na unidade, incluindo a realização de pesquisas de satisfação à beira leito, direcionadas a **418 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de 340 formulários de satisfação, correspondendo a aproximadamente **81% das gestantes e puérperas internadas**, superando a meta preconizada (>15%).

No que tange ao percentual de usuárias internadas que se declararam satisfeitas e/ou muito satisfeitas durante a internação, **atingimos um índice de 99,1% no período avaliado**. Para fins de análise, segue abaixo a planilha disponível via drive, contendo a relação individual por usuário, bem como a distribuição quantitativa da pesquisa por dia em toda a unidade hospitalar.

[Pesquisa de Satisfação - HMMR](#)

Como ação complementar, a CEJAM desenvolveu o **Serviço de Atenção ao Usuário (SAU)**, canal destinado para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade. Também transmitiremos os elogios recebidos via **SAU** para os colaboradores com o objetivo de **incentivar os mesmos a orientarem aos usuários sobre a ferramenta de manifestação**.

Impende informar que além da **Pesquisa de Satisfação Interna** e o **SAU**, a CEJAM utiliza a pesquisa **NPS**, ferramenta utilizada para medir a satisfação do cliente, sendo calculado com base nas respostas de uma pesquisa NPS, extremamente útil para monitorar o sucesso e a satisfação dos clientes.

Quanto ao processo acoplado com a prefeitura, a ouvidoria é responsável pelo recebimento e inserção dos apontamentos da **Ouvidoria da SMS, 1746**. Todas as ouvidorias e pesquisas de opinião são avaliadas e, quando necessário, são respondidas apurando os fatos e adotando as providências oportunas. Compartilhamos para conhecimento, o relatório referente ao mês de junho das manifestações de ouvidoria cadastradas no 1746.

2.1 METAS FÍSICAS - PRODUÇÃO

Considerando a adequação do serviço para cumprimento das metas ambulatoriais pactuadas no Termo de Colaboração vigente, impende informar que a reestruturação do setor implicou na ampliação de agenda, RH e melhora da organização física, buscando celeridade e aperfeiçoamento da capacidade operacional no ambulatório, o que, conseqüentemente, pode ser identificada no panorama de oferta mensal e anual de consultas no SISREG. Demonstramos abaixo a relação de junho e projeção do ano todo, considerando que os ajustes e atualizações ocorrem na plataforma de maneira sistemática.

[Oferta x Produção Ambulatório](#)

Nesse sentido, evidencia-se um crescimento expressivo das consultas ofertadas para todo o ano de 2024, **com atingimento de 153,5% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de junho**. Impende informar que a Unidade continua realizando serviços internos para a demanda dos pacientes, para além do escopo do SISREG, visando o atendimento e produção cirúrgica da demanda contratualizada.

Tabela 1 - Produção cirúrgica por procedimento cirúrgico em junho.2024

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	JUNHO.24
LT na ginecologia	>160	202
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	171
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	116
Total de cirurgias na ginecologia	>520	489

Fonte: Planilha CC/MV

Cumpra informar que das **19 pacientes que não realizaram o procedimento cirúrgico agendado**, 73% apresentaram condições clínicas desfavoráveis no momento da internação e 27% de outros fatores, entre falta ao procedimento agendado, paciente fora do perfil e documentação incompleta, impactando diretamente no quadro organizacional do setor. Foram ofertadas 360 procedimentos para realização de histeroscopia, sendo que 20% destes procedimentos não foram realizados tendo em vista que as pacientes não compareceram para realização do procedimento, além da necessidade de reparo da pinça de biópsia impactando diretamente na realização das histeroscopias.

O serviço de agendamento cirúrgico realiza contato para confirmação das cirurgias a todas as pacientes agendas 24h antes da internação, com confirmação via telefone e via *Whatsapp*, e busca ativa no caso de não comparecimento. Para este último é oferecida nova data de internação no período disponível, não necessariamente no mês vigente.

ANEXOS

- ATA da Comissão de Óbitos
- Relatório de compras de material
- Relatório de compras de medicamentos
- Avaliação itens - farmácia
- Inserção plataforma SER - RNs que excederam tempo de permanência na UTIN
- Relação de corticoterapia utilizada
- Relação de sulfato de magnésio na Pré-eclâmpsia
- Relação AMIU
- Relatório Ouvidoria SMS - 1746
- Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia - LT
- Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia - VH
- Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia - DEMAIS CIRURGIAS



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

