



20
24

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
Julho 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 julho 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

			JULHO.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	716	1,07
	Nº total de internações por mês		672	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	3	0,37%
	Nº de AIH apresentadas		819	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	617	99,7%
	total de prontuários com alta		619	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	9	100%
	Nº de óbitos analisados		9	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	883.340,99	3,6%
	Valor total gasto no trimestre		24.755.547,19	
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%	84	98%
	Total de itens adquiridos		86	
7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade	95%	211	100%
	Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise		211	

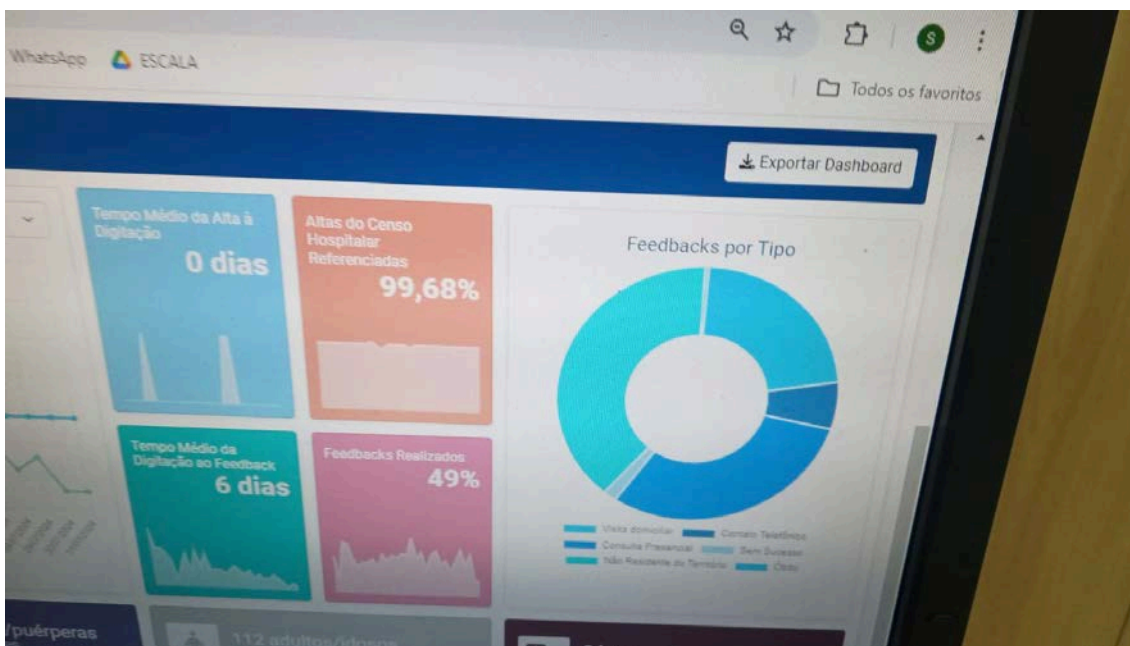
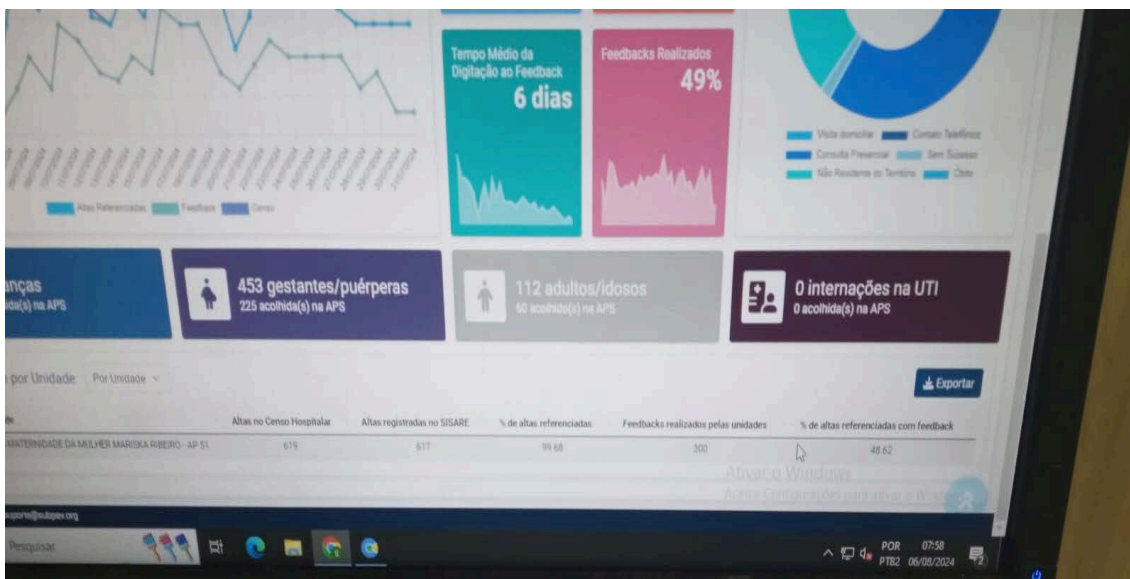
Indicador 2. Taxa de rejeição do AIH

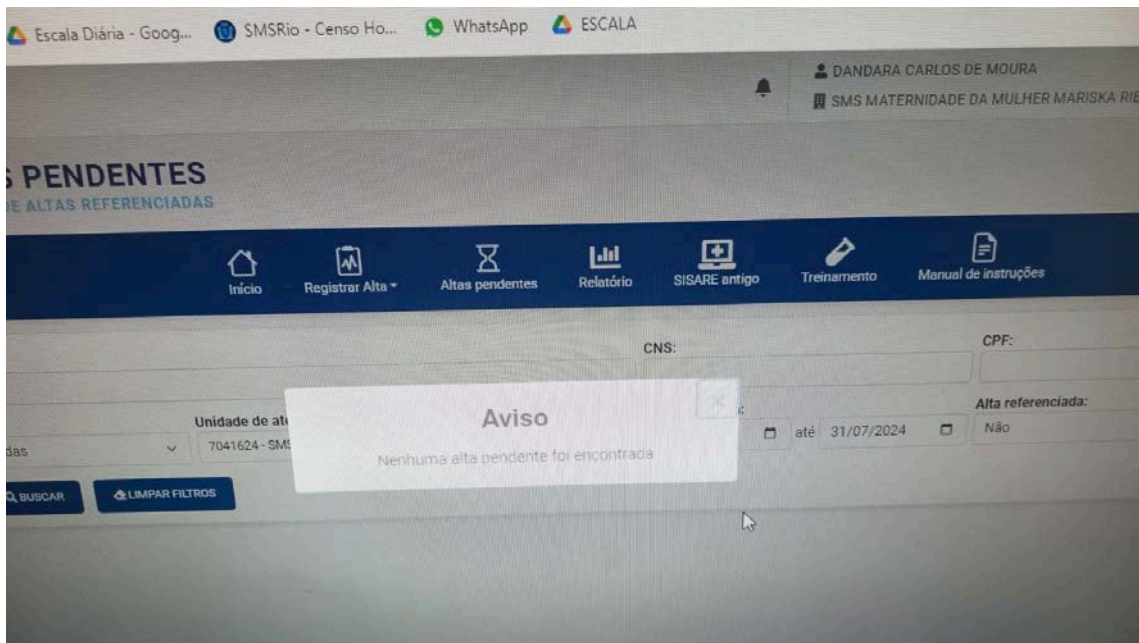
Referente ao Indicador 2, Taxa de rejeição de AIH, impende informar que os valores de numerador, 03 AIHs rejeitadas, e denominador, 819 autorizações de internações hospitalares apresentadas, são referentes à Competência do mês de maio, que é a última Competência divulgada pela SMS Rio no Relatório Definitivo 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 3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária

Ao longo do mês de julho, os registros pertinentes às altas referenciadas foram meticulosamente inseridos na plataforma digital administrada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com o intuito de fornecer um panorama abrangente do fluxo de pacientes e facilitar a gestão dos serviços de saúde. Contudo, foi observada uma inconsistência nos dados, uma vez que dois pacientes não foram devidamente registrados no sistema. A responsável pela inserção dos dados, entrou em contato com o setor responsável pelo gerenciamento da plataforma sinalizando o problema e possível ajuste.

Segue foto das telas da plataforma, como forma de evidência:





Segue e-mail comunicando o responsável pelo gerenciamento da plataforma quanto ao problema encontrado:

----- Forwarded message -----

De: **Raquel dos Santos Conceição Bastos Siqueira** <raquel.siqueira@cejam.org.br>

Date: ter., 13 de ago. de 2024 às 11:43

Subject: Alta referenciada

To: <suporte@subpav.org>

Cc: Josilene Cabral Santos <josilene.santos@cejam.org.br>

Bom dia,

Solicito verificação da plataforma SMS Rio referente ao Hospital da mulher Mariska Ribeiro. No mês de Julho uma divergência de informação na plataforma registou um total de 619 altas hospitalares e 617 altas referenciadas, porém quando solicitado relatório o mesmo informa não possuir pendência.

--

----- Forwarded message -----

De: Suporte SUBPAV <suporte@subpav.org>

Date: ter., 13 de ago. de 2024 às 15:50

Subject: Re: Alta referenciada

To: Raquel dos Santos Conceição Bastos Siqueira <raquel.siqueira@cejam.org.br>

Cc: Josilene Cabral Santos <josilene.santos@cejam.org.br>

Prezada,

Verificamos que havia duplicidade na lista de altas pendentes por conta de modificações da alta no Censo Hospitalar. Atualizamos para que as duplicidades não sejam contabilizadas e reprocessamos o dashboard.

Peço que verifique.

Atenciosamente,



Sayonara Bittencourt

Analista e Desenvolvedora de Sistemas - SUBPAV

Secretaria Municipal de Saúde

Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

prefeitura.rio/web/sms | subpav.org

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

No dia **07/08/2024**, 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, **houve o registro de 01 óbito materno, 03 óbitos neonatais precoces, 01 caso de óbito pós neonatal, 04 casos de natimortos**. 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\$883.340,99 considerando um o valor de R\$24.755.547,19 do total utilizado, **resultando em um percentual de 3,6%, 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 julho.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 27	MÊS 27	MÊS 28	MÊS 28	MÊS 29	MÊS 29
Apoio à gestão CGE	77.149,96	38.212,89	77.149,96	33.531,10	77.149,96	53.875,33
Apoio à gestão da RUE	308.599,84	248.064,24	308.599,84	311.303,07	308.599,84	198.354,36
Total APOIO À GESTÃO	385.749,80	286.277,13	385.749,80	344.834,17	385.749,80	252.229,69
<i>Trimestral REALIZADO</i>	883.340,99					
Total Geral CRONOGRAMA	8.344.243,30		8.344.243,30		8.344.243,30	
Total Mensal REALIZADO	8.592.854,02		8.244.290,18		7.918.402,99	
Resultado no Mês:	3,33%		4,18%		3,19%	
TRIMESTRAL	24.755.547,19					
	3,57%					

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 86 produtos, dos quais 84 itens estavam abaixo do preço da SMS, o que corresponde a um **percentual de 98%** 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

			JULHO.2024	
INDICADOR	FÓRMULA	META	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%	1.588	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.588	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	157	50,6%
	Total de partos realizados		310	
% 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	0,0%
	Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru		0	
Incidência de Retinopatia da Prematuridade	Número de RN <1500g com ROP >3	<2,5%	0	0,0%
	Nº de RN admitidos <1500g		7	
Incidência de Displasia Broncopulmonar	RN <1500g de peso ao nascer dependente de O2 e IGC de 36 semanas	<20%	1	25,0%
	Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas		4	

Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-36 semanas IG	Gestantes atendidas em risco de parto prematuro que utilizaram corticoterapia antenatal	>90%	31	100,0%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		31	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	36	100,0%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		36	
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%	151	100,0%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		151	
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	8	100,0%
	Total de abortos		8	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	4	1,3%
	Nº total de nascimentos		313	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	281	90,6%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		310	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	277	7,69
	Nº de saídas		36	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	985	2,43
	Nº de saídas na Obstetrícia		406	

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 55 pacientes por dia, considerando uma média mensal de 2.077 atendimentos no ano de 2024. No período avaliado, o HMMR realizou **1.722 atendimentos**.

Cor	Pacientes atendidos	% de atendimentos por cor	Pacientes dentro do tempo	Tempo Médio de espera	Tempo Máximo (META)	% atingido
Red	9	0,5%	9	0	0 (atendimento imediato)	100%
Orange	65	3,7%	49	11 min	≤ 15 min.	100%
Yellow	318	18,4%	262	19 min	≤ 30 min.	100%
Green	1.157	67,1%	1095	45 min	≤ 120 min.	100%
Blue	173	10%	173	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.722	100%	1.588			

Fonte: Painel dos Indicadores (MV)

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 92% em todas as cores de atendimento.**

Cumpramos informar que das pacientes atendidas no mês de julho, **76% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 17% da ginecologia, 4% puérpera e 02% nas demais especialidades**, fora do perfil de atendimento. De todas as pacientes gestantes, 94% eram referência do HMMR, enquanto 6% 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 julho a unidade registrou 157 cesarianas, em relação a 310 partos, correspondendo a **taxa de cesárea de 50,6%** dos procedimentos realizados, ultrapassando a meta estabelecida. Sendo, 40% (63) das cesarianas foram realizadas em gestantes de alto risco e as patologias mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). E 39% (62) dos procedimentos cirúrgicos foram indicados por alterações na frequência cardíaca fetal, insuficiência placentária, macrossomia ou alterações do líquido amniótico (oligodramnia). Houve recusa de indução em 22 casos (14%) das cesarianas.

A taxa de prematuridade no mês de julho foi 12%, seguindo a série histórica da unidade. Vale destacar a baixa frequência de índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida, um parâmetro importante para o diagnóstico de asfixia neonatal.

Do total de partos vaginais e cesarianas da unidade, 91% ocorreram com a presença do acompanhante de escolha da parturiente, em conformidade com a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

Segue link de acesso ao controle interno de parto cesárea:

REGISTRO DE PARTO CESÁREA

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 julho, a UTI neonatal **não registrou casos de ROP III**,

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN LETICIA EMILY ANGELO DOS SANTOS	212071	02/07/2024	8/9/NA	FEMININO	890g	28s
RN MICHELLE APARECIDA RODRIGUES ALVES	212838	07/07/2024	7/8/NA	MASCULINO	1470g	29s+4d
RN STEPHANY SOUZA PORTUGAL	213735	12/07/2024	7/8/NA	FEMININO	900g	25s
RN VALESCA DE OLIVEIRA FERREIRA	2214375	16/07/2024	8/9/NA	MASCULINO	825g	26s+1d
RN SABRINA MARIA GONÇALVES DA SILVA	214514	16/07/2024	6/9/NA	MASCULINO	985g	28s+2d
RN ANA LETICIA SILVA MENDONÇA	215659	23/07/2024	7/8/NA	FEMININO	1335g	28s+1d
RN RAIANE NASCIMENTO DOS SANTOS	214117	14/07/2024	7/8/NA	FEMININO	615g	23s

considerando 07 casos de recém-nascidos com peso <1500g admitidos no setor da UTI neonatal. Segue abaixo a **relação dos casos que atendem aos critérios estabelecidos pelo denominador** durante o período em questão.

Indicador 5. Incidência de Displasia Broncopulmonar

No mês de julho, a UTI neonatal registrou **01 caso de displasia broncopulmonar**, tendo em vista que 04 pacientes se enquadram nos critérios necessários para essa avaliação. Dessa forma, **a taxa foi de 25%, não alcançando a meta estabelecida**. Uma das linhas de cuidado da nossa UTI neonatal é prematuridade extrema. Apesar de todos os cuidados realizados, algumas complicações inerentes à patologia podem eventualmente acontecer. Durante o mês de julho o RN de Cintia Simone de Santana, prematuro extremo (27 semanas) com peso de nascimento de 740g, nascido e parto vaginal, suspeita de tentativa de abortamento, asfíxico, Apgar 2/4 não recebeu corticóide antenatal, evoluiu com doença de membrana hialina grave necessitando de duas doses de surfactante, atingiu idade corrigida de 36 semanas estando ventilada em CPAP nasal, fechando o diagnóstico de broncodisplasia. Tal evento se justifica pela gravidade do caso e sobreposição de fatores do paciente. O RN em questão recebeu alta com idade gestacional de 38 semanas, em ar ambiente, sugando toda a dieta. Tivemos quatro bebês com menos de 1500g que completaram 36 semanas no mês de julho sendo que este o relatado acima foi o único a fechar diagnóstico de broncodisplasia, sendo assim 25% dos casos.

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	Data / O ² 28 dias	Data / O ² 36 semanas
RN CINTIA SIMONE DE SANTANA	204254	21/05/2024	2/4/ NA	MASCULINO	740G	18/06/2024	23/07/2024

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

No período aludido foram contabilizados 31 casos de corticoterapia antenatal referente a 31 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 24 e 36 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 36 Sulfatos de Magnésio em relação a 36 casos de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave na instituição. A planilha de auditoria encontra-se anexa ao Relatório.

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado houve um quantitativo de **08 AMIU realizados**, em relação a **08 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 julho a unidade contabilizou 01 caso de asfixia perinatal, considerando 313 nascidos vivos no período, representando uma **taxa de 0,3%, cumprindo assim a meta estabelecida**. Segue relação de casos:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN Rafaela Virginia dos Santos	213871	12/07/2024	4/6/6/6	Masculino	3.450g	37+1

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

A UTI neonatal do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro é um setor voltado para cuidados de RN de alto risco, e temos várias linhas de cuidado como por exemplo prematuros de diversas idades gestacionais, asfixia perinatal, icterícias graves, dentre outras, porém algumas vezes fazemos diagnóstico de enfermidades que estão fora do perfil de doenças que podemos assistir, principalmente casos cirúrgicos. Nesses casos os pacientes são inseridos no Sistema Estadual de Regulação e muitas vezes o tempo para transferência excede o esperado, aumentando a permanência dos bebês na nossa UTI. No mês de julho tivemos um paciente com esse perfil, internado na nossa UTI aguardando transferência para procedimentos. RN de Thamirys Jesus Alegrete Mortoni aguardou por procedimento cirúrgico por 25 dias no mês de junho e mais 30 dias no mês de julho, totalizando 55 dias de espera. Nesse momento o paciente já foi submetido a procedimento cirúrgico e encontra-se novamente na nossa unidade realizando pós operatório. **Quando retiramos esse paciente da nossa taxa de permanência, observamos diminuição no indicador de 8,56 para 7,6**, mostrando que a dificuldade de regulação de pacientes fora do perfil prejudica não só a evolução clínica da criança mas também os indicadores de permanência.

Cálculo tempo médio de permanência sem RN em questão:

Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	277	7,69
	Nº de saídas		36	

Cálculo Tempo médio de permanência com o RN em questão:

Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	308	8,56
	Nº de saídas		36	

METAS DA VARIÁVEL 3

			JULHO.2024	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	383	93%
	Total de gestantes e puérperas em observação		414	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	383	100,0%
	Total de respostas efetivas		383	

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 **414 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de 383 formulários de satisfação, correspondendo a aproximadamente **93% das gestantes e puérperas internadas**, superando a meta preconizada.

No que tange ao percentual de usuárias internadas que se declararam satisfeitas e/ou muito satisfeitas durante a internação, **atingimos um índice de 100% 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 julho 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 julho 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 154,6% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de julho**. 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 julho.2024

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	JULHO.24
LT na ginecologia	> 160	145
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	> 200	151
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	> 160	84
Total de cirurgias na ginecologia	> 520	380

Fonte: Planilha CC/MV

Cumprir informar que das **11 pacientes que não realizaram o procedimento cirúrgico agendado**, 54% apresentaram condições clínicas desfavoráveis no momento da internação e as outras 45% enquadraram-se como falta ao procedimento agendado (mesmo com confirmação nas 24h anteriores à cirurgia) impactando diretamente no quadro organizacional do setor, já que, quando uma paciente falta na manhã da cirurgia, não é possível inserir outra no lugar imediatamente. Foram ofertadas 364 vagas para realização de histeroscopia, sendo que 22,5% destes procedimentos não foram realizados tendo em vista que alguns pacientes não compareceram para a realização no dia programado. Além disso, houve troca do fornecedor do material de videohisteroscopia, necessidade de reparo das óticas pelo novo fornecedor com atraso na entrega e necessidade de reparo da pinça de biópsia impactando diretamente na realização das histeroscopias. Por causa disso, houve necessidade de remanejamento de duas agendas de

histeroscopia, diminuindo ainda mais o número final de histeroscopias ambulatoriais realizadas neste período.

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. Até o fim do mês, todo o material já estava em conformidade para que no próximo, consigamos aproximarmos mais da meta estabelecida.

ANEXOS

- ATA da Comissão de Óbitos
- Relatório de compras de material
- Relatório de compras de medicamentos
- Avaliação itens - farmácia
- 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

