

# **Relatório Anual de Atividades Assistenciais**

**Maternidade Municipal de Peruíbe  
Contrato de Gestão n.º 142/2020**

**2023**

**PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA  
BALNEÁRIA DE PERUIBE**



**PREFEITO**

Luiz Maurício Passos de Carvalho Pereira

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Ana Paula Cardoso

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA "DR. JOÃO AMORIM"**



**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Mário Santoro Júnior

**COORDENADORA GERAL**

Anatália Lopes de Oliveira Basile

**SUPERVISOR TÉCNICO**

Tamyris Vaz Silva

**COORDENADOR ADMINISTRATIVO**

Israel da Silva Santos

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL</b>                             | 4  |
| 1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM              | 4  |
| 1.2 Maternidade Municipal de Peruíbe - Contrato de Gestão n.º 142/2020 | 5  |
| <b>2. PERÍODO DE AVALIAÇÃO</b>   | 6  |
| <b>3. DIMENSIONAMENTO GERAL</b>  | 6  |
| <b>4. DESEMPENHO ASSISTENCIAL</b>                                      | 8  |
| 4.1 Indicadores Quantitativos - Produção                               | 8  |
| 4.2 Indicadores Qualitativos – PA Ginecologia e Obstetrícia            | 9  |
| 4.3 Indicadores Qualitativos – Neonatologia                            | 12 |
| <b>5. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>  | 15 |
| 5.1 Implantação do Serviço de Atenção ao Usuário                       | 15 |
| 5.2 Indicadores - Pesquisa de Satisfação                               | 16 |
| <b>6. GESTÃO FINANCEIRA</b>  | 17 |
| <b>7. CONSIDERAÇÕES</b>  | 17 |
| Apêndice 1 - Quadro Demonstrativo Financeiro                           | 18 |

## 1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

### 1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - 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 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 Maternidade Municipal de Peruíbe - Contrato de Gestão n.º 142/2020**

A Maternidade Municipal de Peruíbe é referência para assistência ao parto de baixo risco para os Municípios de Itariri e Pedro de Toledo, a unidade conta com 19 salas: consultório médico, classificação de risco, 02 salas de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), sala de exames de imagem (uso e cardiotocografia), Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) com 04 leitos sendo 01 de isolamento, sala de medicação, sala de coleta de exames, 04 quartos de alojamento conjunto somando 11 leitos sendo 01 de isolamento, 02 salas cirúrgicas, 01 sala de Repouso Pós-Anestésico (RPA) e Central de Material e Esterilização (CME), Laboratório e Agência Transfusional.

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreende o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar. No processo de hospitalização, estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;

- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- Diárias nas UCIN para os RN, se necessário;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos especiais de alto custo, como, fisioterapia, fonoaudiologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do procedimento.

Em relação ao atendimento a urgências hospitalares, serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada. Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

## **2. PERÍODO DE AVALIAÇÃO**

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 de janeiro de 2023 a 31 de dezembro de 2023**.

## **3. DIMENSIONAMENTO GERAL**

A equipe de trabalho teve em média 86 colaboradores/mês, que foram contratados por processo seletivo (CLT) e 40 por contratação de Pessoa Jurídica (PJ) e 09 médicos estatutários, **totalizando 135 colaboradores para este serviço**.

| Competência  | Previsto em Plano de Trabalho | Efetivos no Período avaliado | Percentual de efetivação |
|--------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| janeiro/23   | 95                            | 96                           | 101%                     |
| fevereiro/23 | 95                            | 93                           | 97%                      |
| março/23     | 95                            | 96                           | 101%                     |
| abril/23     | 95                            | 97                           | 102%                     |
| maio/23      | 95                            | 95                           | 100%                     |
| junho/23     | 95                            | 93                           | 97%                      |
| julho/23     | 95                            | 96                           | 101%                     |
| agosto/23    | 95                            | 95                           | 100%                     |
| setembro/23  | 95                            | 96                           | 101%                     |
| outubro/23   | 95                            | 92                           | 96%                      |
| novembro/23  | 41                            | 41                           | 100%                     |
| dezembro/23  | 41                            | 43                           | 104%                     |

Nos meses com % realizado acima do previsto, entraram coberturas de férias e afastamentos por licença e no final do ano houve uma redução no contrato.

## 4. DESEMPENHO ASSISTENCIAL

### 4.1 Indicadores Quantitativos - Produção

| Indicador               | Meta  | 2022 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Média |
|-------------------------|-------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
|                         |       | jan  | fev | mar | abr | mai | jun | jul | ago | set | out | nov | dez |       |
| Saídas Hospitalares     | ≥ 108 | 181  | 164 | 150 | 153 | 149 | 174 | 144 | 119 | 157 | 73  | 30  | 0   | 124   |
| Atendimentos à urgência | ≥ 375 | 668  | 490 | 600 | 566 | 575 | 502 | 524 | 505 | 523 | 464 | 329 | 404 | 512   |
| USG Externa             | ≥ 192 | 164  | 179 | 201 | 188 | 209 | 197 | 261 | 146 | 167 | 171 | 180 | 163 | 186   |

#### Análise crítica:

**Saídas Hospitalares:** O indicador apresentou resultados acima da meta pactuada para o período, considerando uma média anual de 151 saídas, representando 37% acima da pactuação contratual.

**Atendimentos à Urgência:** Na avaliação anual deste indicador, todos os meses apresentaram resultados acima da meta pactuada, perfazendo 29% acima da pactuação.

**USG Externa:** Para os exames de USG, disponibilizamos as quantidades pactuadas no contrato. Como ação de melhoria e em alinhamento com a Comissão de Avaliação, para o próximo ano serão disponibilizados 15% acima do pactuado, objetivando a realização de 192 exames/mês com margem para exclusão do absenteísmo das pacientes. A produção média mensal deste indicador foi de 189 exames realizados. importante destacar que, para meta contratual, conforme anexo técnico, considera-se 85% do realizado para glosa de valores.

## 4.2 Indicadores Qualitativos – PA Ginecologia e Obstetrícia

| Indicador   | Meta   | 2023   |       |       |       |       |       |       |       |       |         |       |       | Média  |
|---|--|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|--------|
|   |  | jan    | fev   | mar   | abr   | mai   | jun   | jul   | ago   | set   | out     | nov   | dez   |        |
| Realizar o atendimento na 1ª hora   | ≥ 85,00%                                     | 78,9%  | 85,1% | 81%   | 88,9% | 92,2% | 90%   | 93,7% | 92,7% | 88,9% | 93,8%   | 90,9% | 89,6% | 88,8%  |
| Atender o desejo do paciente em ter acompanhante na hora do parto   | 100,00%                                      | 90,3%  | 88%   | 91,3% | 91,5% | 96%   | 95%   | 98%   | 95%   | 96,6% | 100,00% | 0,0%  | 100%  | 86,8%  |
| Taxa de cesárea em primíparas   | ≤ 30,00%                                     | 32,10% | 43,8% | 47,1% | 25,9% | 47,6% | 35%   | 31,6% | 43,8% | 43,5% | 50,00%  | 0,0%  | 0,0%  | 33,3 % |
| Taxa de episiotomia ≤   | ≤ 25,00%                                     | 0,0%   | 0,0%  | 0,0%  | 2,6%  | 0,0%  | 10,0% | 4,9%  | 4,0%  | 2,9%  | 0,0%    | 0,00% | 0,0%  | 2,0%   |
| Assegurar que os casos de gestação pós data seja seguido protocolo clínico  | 100,00%                                      | 100%   | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%    | 0,0%  | 0,0%  | 100%   |
| Notificar casos de nascimento pré termo   | 100,00%                                      | 100%   | 100%  | 100%  | 100%  | 0,0%  | 100%  | 0,0%  | 0,0%  | 100%  | 0,0%    | 0,0%  | 100%  | 100%   |
| Analisar os prontuários dos casos de óbitos maternos  | 100,00%                                      | 0,0%   | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%    | 0,0%  | 0,0%  | 100%   |
| Assegurar o funcionamento de Comissões Hospitalares de Investigação de Óbito Fetal, Infantil e Materno e Comissão de revisão de Prontuários e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar | Criação das referidas Comissões Hospitalares | 100%   | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%    | 100%  | 100%  | 100%   |
| Realizar Alta Responsável nas puérperas   | 100,00%                                      | 100%   | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%    | 0,0%  | 0,0%  | 100%   |

|   |          |       |      |       |       |       |       |      |       |      |       |      |      |       |
|---|----------|-------|------|-------|-------|-------|-------|------|-------|------|-------|------|------|-------|
| Inserção de Dispositivo Intra Uterino Anticoncepcional        | ≥ 15,00% | 18,0% | 8,0% | 19,6% | 11,9% | 17,6% | 18,3% | 5,9% | 25,0% | 6,9% | 14,3% | 0,0% | 0,0% | 12,1% |
| Realização de laqueaduras no momento do parto cesárea por mês | ≥ 02     | 0     | 1    | 3     | 4     | 1     | 0     | 1    | 1     | 3    | 0     | 0    | 0    | 1,1   |

### Análise crítica:

**Realizar o atendimento na 1ª hora:** Na avaliação deste indicador, nota-se que partos cesáreas ( onde é necessária a atuação de dois médicos em sala) acabam por gerar um impacto nos atendimentos. Para alcançar meta > 85% de atendimentos na primeira hora, ações foram implementadas como: disseminação do indicador para as partes envolvidas, acreditando que compartilhando os dados com as partes envolvidas, conseguimos atingir e conscientizar sobre a importância do envolvimento da equipe no alcance das metas. Mantivemos o monitoramento do tempo de atendimento pelas equipes de recepção, enfermagem e médica com acionamento imediato dos profissionais; acolhimento das pacientes com orientação sobre o tempo de espera e os motivos; Realizamos a instalação dos quadros de “Gestão a vista” no PSGO e Alojamento Conjunto, com o intuito de enaltecer os resultados alcançados e compartilhar os dados com oportunidades de melhorias a serem alcançadas. Como resultados destas ações, destacamos o alcance da meta estipulada ainda em Março, e com manutenção do dado acima da média durante todo o ano, alcançando o indicador anual com uma média de atendimento na 1ª hora em 88,8%, **superior ao do ano anterior** que atingimos o resultado de 82%.

**Atender ao desejo da paciente em ter acompanhante:** Para este indicador, os resultados no ano foram alcançados realizando sempre o trabalho junto com a equipe assistencial quanto ao cuidado junto à gestante que chega na unidade para realização do parto, se desacompanhada, realizamos o contato por telefone e registramos em prontuário. Referente aos meses que estiveram abaixo, foi realizado o contato via telefone, porém o pai ou acompanhante não estavam disponíveis, impossibilitando que a gestante estivesse acompanhada no momento do parto. Realizamos os procedimentos em conformidade com os protocolos do parto seguro e a lei do acompanhante nº 11.108/2005, que garante o direito da mesma ter acompanhante durante todo o período de internação.

**Taxa de cesáreas em primíparas:** O monitoramento desse indicador foi um dos grandes desafios no ano, conseguimos durante um período alcançar a meta, porém as ações de monitoramento e indicação do parto acabam conflitando com o baixo número de partos na unidade, o que acaba refletindo na porcentagem final, superando os 30% da meta pactuada. Instituída a comissão de prontuários, onde participamos a coordenação assistencial, enfermeira obstetra referência e coordenação médica, onde avaliamos todos os partos cesáreas realizados na unidade, sua indicação e realização, auditando os processos e mapeando principais causas que levaram a indicação da cesárea. No mês de Abril conseguimos ficar abaixo da média, e nos meses de Junho e Julho ficamos próximos de alcançar a meta estabelecida. Finalizamos o ano de 2023 com média de 33%, **melhorando o indicador** em relação ao ano anterior onde tivemos o indicador de 40%.

**Taxa de episiotomia:** Durante todo o ano de 2023, o indicador ficou dentro da meta pactuada  $\leq 25\%$ . A média da taxa de episiotomia no ano foi de 2% sendo este indicador monitorado através do livro de parto, e **conseguimos melhorar a meta anual** em referência ao ano anterior, onde fechamos com uma média de 5%.

**Assegurar que os casos de gestação pós data sejam seguidos protocolo clínico:** Para todos os casos de gestação pós data na maternidade foram seguidos o protocolo clínico, perfazendo 100% da meta pactuada.

**Notificar casos de nascimento pré-termo:** Todos os casos de nascimento pré-termo na maternidade são notificados para a vigilância epidemiológica do município e casa da mulher, sempre com evidência no resumo de alta e na carteira do RN para seguimento na rede municipal, perfazendo 100% da meta pactuada.

**Analisar os prontuários dos casos de óbitos maternos:** No ano de 2023, não houve nenhum óbito materno na unidade.

**Assegurar os funcionamento das Comissões Hospitalares de Investigação de Óbito Fetal, Infantil e Materno e Comissão de Revisão de Prontuários e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:** Organizamos o andamento das Comissões de Prontuário,

SCIH e óbito (materno e fetal) com reuniões periódicas mensais, sendo agendadas semestralmente e realizadas presencialmente na maternidade. Notamos que a organização das comissões gerou resultados positivos referente aos indicadores, como diminuição da taxa de infecção puerperal, maior adesão aos protocolos institucionais e mapeamento da assistência, resultando em melhoria dos resultados acima citados.

**Realizar alta responsável para as puérperas:** Todas as puérperas atendidas na maternidade tiveram garantida a alta responsável, onde a mesma recebe alta com todas as consultas agendadas, perfazendo 100% da meta pactuada.

**Inserção de Dispositivo Intra uterino Anticoncepcional:** Para este indicador, durante o ano, tivemos a meta em 12,1%. A implementação de ações com abordagem educativa sobre os benefícios e riscos do procedimento; orientação sobre acompanhamento pela rede e apresentação do termo de consentimento para assinatura da paciente no ato da internação. Como plano de ação, será planejado a execução de aprimoramento para inserção do dispositivo pelas enfermeiras obstetras, sendo planejado o treinamento de 100% e compartilhando o procedimento na unidade junto ao corpo clínico.

**Realização de laqueaduras no momento do parto cesáreo por mês:** Neste indicador, o resultado médio anual foi de 1,4 laqueaduras realizadas, mantendo o indicador do ano anterior. Como as solicitações de agendamento das cesáreas eletivas com laqueaduras partem da Casa da Mulher, não temos governabilidade dos pedidos, somente agendando os procedimentos após o recebimento da solicitação.

### 4.3 Indicadores Qualitativos – Neonatologia

| Indicador   | Meta    | 2022    |        |        |         |         |         |         |         |         |         |         |      | Média   |      |
|---|---------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|---------|------|
|   |         | jan     | fev    | mar    | abr     | mai     | jun     | jul     | ago     | set     | out     | nov     | dez  |         |      |
| Realizar o contato pele a pele nos partos que não | 100,00% | 100,00% | 100,0% | 100,0% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 0,0% | 100,00% | 100% |

|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |      |         |      |  |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|---------|------|--|
| tiverem contraindicação                           |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |      |         |      |  |
| Analisar os óbitos fetais e neonatais             | 100,00% | 100,00% | 0,0%    | 0,0%    | 100,00% | 0,0%    | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 0,0%    | 0,0%    | 0,0% | 100,00% | 100% |  |
| Notificar RNs com apgar menor que 7 no nascimento | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 0,0% | 100,00% | 100% |  |
| Realização da Alta Responsável dos RNs            | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 0,0% | 0,0%    | 100% |  |
| Realização da Triagem Neonatal                    | 100,00% | 100,00% | 88,24%  | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 96,4%   | 42,9%   | 0,0% | 0,0%    | 77%  |  |

### Análise crítica:

**Realizar contato pele a pele nos partos que não tiverem contra indicação:** Na análise deste indicador, são considerados os critérios de elegibilidade baseados nos protocolos do programa parto seguro (Prematuridade, desconforto respiratório, condições maternas, óbito fetal, parto externo), o que apresentou resultados de 100% no período, melhorando o indicador do ano anterior que alcançamos 97%.

**Analisar os óbitos fetais e neonatais:** Os casos de óbitos fetais e neonatais são avaliados mensalmente pela Comissão de Investigação de Óbito Fetal, Infantil e Materno. No período avaliado, foi feita a análise de 05 óbitos fetais na competência de 2023, todos investigados pela comissão de óbito fetal, e sem nenhuma falha assistencial que pode ter ocasionado o óbito, todas por causas naturais.

**Notificar RNs com Apgar menor que 7 no nascimento:** Todos os casos de RNs com Apgar menor que 7 são notificados para a vigilância epidemiológica e casa da mulher para acompanhamento e seguimento na atenção primária, fazendo com que todos RN's nascidos na maternidade tenha o acompanhamento necessário na rede.

Importante destacar que, conforme portaria gm/ms nº 715 de 04 de abril de 2022 (RAMI), o indicador utilizado para avaliação das condições do parto e nascimento considera o Apgar no 1º e 5º minuto.

**Realização de alta responsável do RN:** Para este indicador, são excluídos os casos de transferências do RNs. Na avaliação anual, excetuando esses casos, 100% dos RNs nascidos na maternidade saem com alta responsável, com as avaliações do pediatra, enfermagem e fonoaudiologia sendo realizadas desde o momento do nascimento, até 48 horas após, quando se procede a alta.

**Realização de triagem neonatal:** Todos os RNs elegíveis nascidos na maternidade fazem os exames de triagem neonatal. São excluídos os casos de transferência imediata por gravidade. Nos meses de setembro e outubro, houve um afastamento médico da fonoaudióloga, o que culminou em algumas altas sem o exame, o que foi corrigido com agendamentos eletivos via busca ativa para cumprimento de todos os exames de orelhinha. Todos os demais exames foram realizados antes da alta do paciente, ainda na maternidade.

## 5. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

### 5.1 Implantação do Serviço de Atenção ao Usuário

O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal 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. Para isso, o CEJAM disponibilizou folders do SAU (Serviço de Atenção ao Usuário), conforme imagem abaixo, com implantação e início da pesquisa em dezembro de 2020.



**PARTICIPE, OPINE, FAÇA SUAS SUGESTÕES!**

# SAU

SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO

0800 770 1484

CEJAM SUS SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO

cejam.org.br @CEJAMoficial

**Obrigado por compartilhar sua opinião!**

Olá, usuário(a)! Sinta-se à vontade para escrever suas sugestões. Suas opiniões são transformadas em qualidade no atendimento.

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

Nome (opcional): \_\_\_\_\_

**Atendimento**

|                                  |       |     |           |
|----------------------------------|-------|-----|-----------|
| Recepção                         | Ótimo | Bom | Muito Bom |
| Classificação de Risco (Triagem) | Ótimo | Bom | Muito Bom |
| Equipe de Enfermagem             | Ótimo | Bom | Muito Bom |
| Equipe Médica                    | Ótimo | Bom | Muito Bom |
| Observação                       | Ótimo | Bom | Muito Bom |

**Sendo**

|             |       |     |           |
|-------------|-------|-----|-----------|
| Agilidade   | Ótimo | Bom | Muito Bom |
| Atenção     | Ótimo | Bom | Muito Bom |
| Educação    | Ótimo | Bom | Muito Bom |
| Limpeza     | Ótimo | Bom | Muito Bom |
| Sinalização | Ótimo | Bom | Muito Bom |

**Outros Comentários**

Qual a chance de você recomendar o serviço desta unidade?

Recomendaria     Não Recomendaria

Sugestão     Crítica     Dúvida     Elogio

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5.2 Indicadores - Pesquisa de Satisfação

| Indicador  | Meta    | Resultados 2022 |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |       |
|--|---------|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|
|  |         | jan             | fev     | mar     | abr     | mai     | jun     | jul     | ago     | set     | out     | nov     | dez     | Média |
| Receber, avaliar e responder às queixas e reclamações dos usuários | 100,00% | 100,00 %        | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100%  |

**Análise crítica:** Todas as queixas e reclamações recebidas são avaliadas e analisadas pela gestão da unidade e respondidas para os usuários. Neste processo, a assistente social da maternidade, após receber o SAU e as orientações, faz contato com os usuários dando resposta fonada para estes. Internamente, avaliamos os apontamentos feitos e damos seguimento às tratativas e direcionamento para os setores responsáveis para melhorias e ajustes necessários. Também são avaliados os casos apontados referentes à colaboradores com investigação e tratativas quando necessário.

Em 2023, todas as queixas foram respondidas. Estamos incentivando a participação dos usuários através da manifestação pois entendemos que este é um canal direto com o usuário que traz inúmeras oportunidades de melhoria para os processos e gestão da maternidade, tendo como resultado, um aumento significativo no número de manifestações.

## 6. GESTÃO FINANCEIRA

Os recursos financeiros que sustentam as atividades da MMP são **repassados ao CEJAM pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Peruíbe**, conforme acordado no Contrato de Gestão. Os resultados do fluxo operacional do projeto constam no quadro em anexo (**Apêndice 1**).

## 7. CONCLUSÃO

Este relatório tem como objetivo apresentar os resultados do ano de 2023 da Maternidade de Peruíbe sob a gestão do CEJAM.

Como planejado, 2023 foi o ano de trazer novos projetos para a unidade. Trabalhamos a metodologia e cursos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, objetivando a certificação da unidade com implementação dos 10 passos mais o CAM - Cuidado Amigo da Mulher e NBCAL.

Outra ação impactante foi a capacitação dos colaboradores para qualificação assistencial e de gestão, desde a liderança aos demais colaboradores. As capacitações impactaram 132 colaboradores no período.

No início de novembro, foi realizada uma repactuação contratual com redução de orçamento do projeto. A motivação da mesma foi a necessidade do gestor municipal de reformar a Unidade de Pronto Atendimento do município, sendo transferida provisoriamente a estrutura para o prédio da maternidade. Desde essa adequação, a unidade passou a realizar apenas atendimentos de Pronto Socorro Ginecológico e Obstétrico e partos expulsivos com transferência imediata pós parto.

Assim finalizamos o ano com a manutenção do trabalho em quadro reduzido mas mantendo o desenho do projeto para a futura retomada no próximo ano.

Mantemos nosso compromisso de oferecer uma assistência segura e de qualidade para todas as munições de Peruíbe e região, tendo como modelo norteador à Maternidade Segura Humanizada, a expertise e comprometimento do CEJAM na gestão de serviços de saúde.

---

Anatália Lopes de Oliveira Basile

**COORDENADORA GERAL**

**Maternidade Segura Humanizada - CEJAM**

## Relatório Anual de Atividades - MMP 2023.pdf

Documento número #dd5fb884-13d0-4c2a-b5e2-a1940d13a110

Hash do documento original (SHA256): 7118b74ea7b2f16cf751479d9dbbc3fd9f5db56be9658e82817b68e15b93ba37

## Assinaturas

### **Anatalia Lopes de Oliveira Basile**

CPF: 084.342.758-21

Assinou em 21 mar 2024 às 18:32:16

## Log

- 21 mar 2024, 16:11:40 Operador com email mariana.damasio@cejam.org.br na Conta 1397fc5c-a13f-44bf-a6e1-975f0f21d497 criou este documento número dd5fb884-13d0-4c2a-b5e2-a1940d13a110. Data limite para assinatura do documento: 20 de abril de 2024 (16:11). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
- 21 mar 2024, 16:11:41 Operador com email mariana.damasio@cejam.org.br na Conta 1397fc5c-a13f-44bf-a6e1-975f0f21d497 adicionou à Lista de Assinatura: anatalia.basile@cejam.org.br para assinar, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Anatalia Lopes de Oliveira Basile.
- 21 mar 2024, 16:11:41 Operador com email mariana.damasio@cejam.org.br na Conta 1397fc5c-a13f-44bf-a6e1-975f0f21d497 adicionou o signatário anatalia.basile@cejam.org.br para assinar e rubricar todas as páginas.
- 21 mar 2024, 18:32:17 Anatalia Lopes de Oliveira Basile assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail anatalia.basile@cejam.org.br. CPF informado: 084.342.758-21. Rubricou todas as páginas. IP: 45.164.2.2. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude -23.7050703 e longitude -46.8231462. URL para abrir a localização no mapa: <https://app.clicksign.com/location>. Componente de assinatura versão 1.791.0 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 21 mar 2024, 18:32:17 Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número dd5fb884-13d0-4c2a-b5e2-a1940d13a110.



### Documento assinado com validade jurídica.

Para conferir a validade, acesse <https://validador.clicksign.com> e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo e deve ser considerado parte do documento nº dd5fb884-13d0-4c2a-b5e2-a1940d13a110, com os

efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign, disponível em [www.clicksign.com](http://www.clicksign.com).

# **Apêndice 1 - Quadro Demonstrativo Financeiro**



| <b>PROVISÃO</b>      | <b>Janeiro</b>      | <b>Fevereiro</b>    | <b>Março</b>        | <b>Abril</b>        | <b>Mai</b>          | <b>Junho</b>        | <b>Julho</b>        | <b>Agosto</b>       | <b>Setembro</b>     | <b>Outubro</b>      | <b>Novembro</b>   | <b>Dezembro</b>   |
|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Provisão de Férias   | 427.054,07          | 426.379,46          | 425.770,49          | 409.471,80          | 403.348,70          | 406.902,99          | 403.316,12          | 386.284,62          | 402.243,88          | 425.169,36          | 240.007,92        | 262.465,63        |
| Provisão 13º Salário | 29.730,01           | 59.269,95           | 86.742,56           | 115.750,09          | 142.266,46          | 167.510,62          | 193.399,52          | 210.883,93          | 236.312,18          | 258.956,36          | 142.506,69        | -                 |
| Rescisão             | 957.462,16          | 963.859,56          | 1.011.864,89        | 1.013.950,22        | 1.029.126,20        | 1.032.843,79        | 1.038.305,49        | 886.565,58          | 839.424,49          | 688.622,48          | 337.600,53        | 347.802,76        |
| <b>TOTAL</b>         | <b>1.414.246,24</b> | <b>1.449.508,97</b> | <b>1.524.377,94</b> | <b>1.539.172,11</b> | <b>1.574.741,36</b> | <b>1.607.257,40</b> | <b>1.635.021,13</b> | <b>1.483.734,13</b> | <b>1.477.980,55</b> | <b>1.372.748,20</b> | <b>720.115,14</b> | <b>610.268,39</b> |

| <b>DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO</b>             |                   |
|---|-------------------|
| SALDO ANTERIOR  | <b>436.417,81</b> |
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONIVEL NO EXERCÍCIO                     | 10.827.183,34     |
| (J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO                                   | 11.261.972,30     |
| (K) RECURSO PÚBLICO NAO APLICADO                                  | 1.628,85          |
| (L) VALOR DEVOLVIDO AO ORGÃO PÚBLICO                              | -                 |
| (M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K - L) | <b>1.628,85</b>   |