2023

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
AGOSTO 2023

Rio PREFEITURA | SAÚDE SUS

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"

<u>Valores:</u>

- 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 agosto de 2023.

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

			Agosto.2023	
INDICADOR VARIÁVEL 1 - INCENTIVO A GESTÃO	FÓRMULA	META	Produção	Resultado
1. Índice de apresentação de AIH	Nº total de AIH apresentadas no mês	≥ 1	926	1
	Nº total de internações por mês		896	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	2	0,2%
	Nº de AIH apresentadas		843	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	816	100%
	total de prontuários com alta		816	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	5	100%
	Nº de óbitos analisados		5	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	1.023.728,83	3,8%
	Valor total gasto no trimestre		27.292.239,91	
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%	111	97%
	Total de itens adquiridos		114	
7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade	95%	2.237	99%
	Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise		2.268	

Indicador 2. Taxa de rejeição do AIH

Até o momento de digitação dos dados no Painel do OSINFO, 2 AIHs foram rejeitadas em um total de 843 autorizações de internações hospitalares apresentadas. Salientamos que os valores de faturamento são rotineiramente divulgados pela SMS em data posterior ao preconizado para apresentação dos indicadores no painel OSINFO1.

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

No dia 06/09/2023 foi realizada a Comissão mensal dos Óbitos do Hospital, com aplicação de ferramentas avaliativas, através da leitura de todos os prontuários físicos, bem como a qualificação de materiais para investigação e discussão dos casos junto às coordenações envolvidas.

No período em questão, a Comissão avaliou 5 casos de óbitos neonatais, todos abaixo de <1000g, fora do limite de viabilidade. Dos 5 casos, 3 foram classificados como óbito neonatal precoce, 1 neonatal tardio e 1 pós-neonatal.

Além dos casos em questão, os casos de natimortos (8) também foram discutidos, todos extra-hospitalares. Todas as variáveis dos casos em questão foram abordadas em Ata, disponível anexa ao vigente Relatório, com informações como diagnóstico de internação. Além da Ata, para a Comissão é responsável pelo preenchimento da Ficha de Investigação Hospitalar (FIH) encaminhada à DVS/CAP 5.1, tal como os prontuários físicos, para desdobramento da investigação. Salientamos que a Comissão passou por uma reformulação dos seus membros, com a inclusão das novas Chefias e Coordenações da unidade para publicação em Diário Oficial, efetivada no dia 18/05/2022. A DO se encontra anexa ao presente Relatório.

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

No período em questão, os gastos do apoio à gestão contabilizaram R$ 1.023.728,83, considerando uma o valor de R$ 27.292.239,91 do total utilizado, resultando em um percentual de 3,8%, 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 agosto.2023 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 16	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 17	MÊS 18	MÊS 18
Apoio à gestão CGE	74.000,00	43.348,02	74.000,00	50.204,50	74.000,00	38.597,35
Apoio à gestão da RUE	296.000,00	317.109,42	296.000,00	275.636,22	296.000,00	298.833,32
Total APOIO À GESTÃO	**370.000,00**	**360.457,44**	**370.000,00**	**325.840,72**	**370.000,00**	**337.430,67**
Trimestral REALIZADO	**1.023.728,83**					
Total Geral CRONOGRAMA	7.893.147,48		7.893.147,48		7.893.147,48	
Total Mensal REALIZADO	9.364.489,76		10.304.138,52		7.623.611,63	
Resultado no Mês:	**3,85%**		**3,16%**		**4,43%**	
TRIMESTRAL	**27.292.239,91**					
	3,75%					

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 114 produtos, dos quais 111 itens estavam abaixo do preço da SMS, o que corresponde a um percentual de **97%** 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

Visando contribuir para uma análise dos dados fidedigna com as informações solicitadas, o setor de informação da sede CEJAM desenvolveu uma ferramenta informatizada que permite uma análise estratificada por serviço, contribuindo para a auditoria dos processos e a qualidade dos itens e serviços envolvidos. A fim de maior transparência do processo, segue anexa

a *Planilha drive* QUALIDADE_PRESTADORES_SERVIÇOS.xlsx com a relação individual e mensal dos serviços.

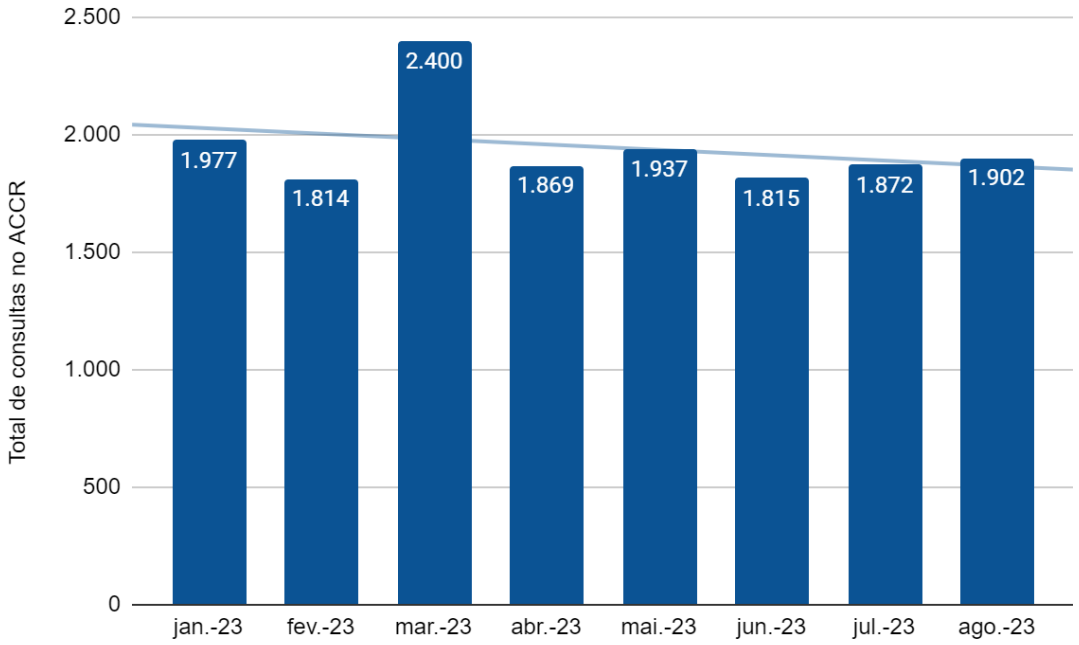
APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II

Indicador	FÓRMULA	META	Agosto..2023	
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%	1674	92%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1827	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	178	52%
	Total de partos realizados		344	
% 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	NA
	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%
	Nª 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		4	
Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-34 semanas IG	Gestantes atendidas em risco de parto prematuro que utilizaram corticoterapia antenatal	>90%	21	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		21	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	33	100%
	Total de gestantes com pré-eclâmpsia grave atendidas na instituição		33	
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%	166	100%

	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		166	
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	16	100%
	Total de abortos		16	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	3	1%
	Nº total de nascimentos		336	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	162	98%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		166	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	254	7,2
	Nº de saídas		35	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.157	2,5
	Nº de saídas na Obstetrícia		462	

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 60 pacientes por dia, considerando uma média mensal de 1.900 atendimentos no ano de 2023. No período avaliado, o HMMR realizou **1.902 atendimentos**, dos quais **1.742 foram atendidos dentro do tempo** (92%).



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 100% em todas as cores de atendimento.**

Cor	Pacientes atendidos	Dentro do tempo	Fora do tempo	Tempo Médio de espera	Tempo Máximo (META)	% atingido
	7	7	-	0 (atendimento imediato)	0 (atendimento imediato)	100%
	72	58	14	11min.	≤ 15 min.	100%
	329	270	59	19min.	≤ 30 min.	100%
	1484	1397	87	48min.	≤ 120 min.	100%
	10	10	-	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.902	1.742	160 perdas			92%

Fonte: Painel dos Indicadores (MV)

Cumpre informar que das pacientes atendidas no mês de agosto, 72% corresponderam a **pacientes gestantes/obstétricas**, 21% da **ginecologia**, 5% **puérpera** e 2% nas **demais especialidades**, fora do perfil de atendimento. De todas as pacientes gestantes, 80% eram referência do HMMR, enquanto 20% eram referências de outras maternidades da rede.

Com relação ao resultado final encontrado, é importante destacar que a equipe do setor 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 agosto a unidade registrou 178 cesarianas, em relação a 344 partos, correspondendo a cerca de 52% dos procedimentos realizados. Do total de cesarianas, 108 corresponderam a cesarianas em multíparas (60% das cesáreas) e 97% das usuárias tiveram acompanhante durante a cesariana. Além disso, foi possível observar 58 cesarianas em pacientes que fizeram indução com misoprostol (32% falha de indução), 102 admissões de pacientes com comorbidades (DM, pré-eclâmpsia/DPP, HAC/DHEG), o que corresponde a 57% das gestantes com alto risco no CC e uma taxa de prematuridade do setor em torno de 17%.

Visto isso, apesar da taxa geral apresentada, foi possível identificar intercorrências obstétricas/clínicas que influenciaram na decisão da interrupção da gravidez via parto cesáreo. Chama atenção, na atual avaliação, o percentual de gestantes com **HAC, pré-eclâmpsia e descolamento prematuro da placenta** (26%)**,** o que, por si só, eleva a chance de recorrer-se à operação cesariana por conta do maior risco de rotura uterina. Além disso, indicações devido ao **sofrimento fetal agudo** (22%) e pacientes com **cesárea prévia** (16%), corroboraram na decisão da interrupção da gravidez via parto cesáreo.

Outros fatores elencados acabam por causar uma pressão significativa nas taxas de cesariana, principalmente no que tange a enfermidades próprias e associadas à gravidez, passíveis de interrupção, por conta de agravos maternos, como o caso de DHEG e HAS grave, com valores expressivos na instituição. Além disso, a unidade tem realizado cesarianas com laqueadura (47 executadas em agosto), 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.

Cesarianas - 08.23.xlsx

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 de prontuário, uma importante abordagem será com o pré-natal da casa, visando orientar e conduzir as pacientes quanto aos métodos de indução 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

No período em questão a Unidade Canguru estava fechada para o perfil de admissão referidos no Indicador, uma vez que os leitos foram separados para isolamento respiratório, conforme solicitação e acordo com a prefeitura - Nota Técnica para configuração de leitos para bronquiolite.

Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período de agosto a UTI neonatal não registrou nenhum caso de ROP III, considerando 4 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 MARIA CAROLINA RABELLO DE ALMEIDA (G2)	153484	10/08/2023	5/6/NA	F	445g	26s+3d
RN MARIA CAROLINA RABELLO DE ALMEIDA G1	153483	10/08/2023	4/7/NA	M	605	26s +3d
RN HELLEN DE SOUZA MENEZES	155787	23/08/2023	4/7/NA	M	1460	33s+6d
RN DELAINE PEREIRA DA SILVA	156121	25/08/2023	3/5 e 6	M	1180	29s

Indicador 5. Incidência de Displasia Broncopulmonar

No período de agosto a UTI neonatal não registrou nenhum caso de displasia broncopulmonar, considerando a contagem de 4 recém-nascidos com IGC 36s na UTI neonatal. Segue abaixo o nº do prontuário do caso em questão.

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG	IGC 36s
RN DE CARLA SANTANA CLEMENTE	140256	05/06/2023	5/8/NA	M	865	27s	07/08/2023 - AA
RN BEATRIZ CRISTINA PEDRO DOS SANTOS SILVA	**147048**	05/07/2023	SEM APGAR (CASA DE PARTO)	F	1200	28s	30/08/2023 - AA
RN ALESSANDRA RODRIGUES DA SILVA	**148923**	16/07/2023	9/9/NA	F	1495	31+3	18/08/2023 - NA
RN JOICE KELI TEIXEIRA	**151132**	28/07/2023	8/9/NA	M	1150	33+1	31/08/2023 - AA

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

No período aludido contabilizamos 21 corticoterapia antenatal referente a 21 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 33 Sulfatos de Magnésio em relação a 33 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 16 AMIU utilizados, em relação a **casos de abortamento com 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 agosto o Hospital contabilizou 3 casos de asfixia perinatal, considerando 336 nascidos vivos no período, representando uma taxa abaixo de 1%, dentro da meta preconizada. Os prontuários dos casos em questão estão inseridos abaixo.

Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7		
Nº DO PRONTUÁRIO	**PESO AO NASCER**	**APGAR 5º MIN**
156121	1180	3/5/6
153484	445	5/6
152676	3355	4/5/7

METAS DA VARIÁVEL 3

Indicador 1 e 2

O Serviço de Ouvidoria é um setor destinado para aplicação e captação da percepção do usuário na unidade, incluindo a pesquisa de satisfação à beira leito, das pacientes gestantes e puérperas em observação. No período avaliado, tivemos o total de 458 **formulários de satisfação aplicados**, o que corresponde a cerca de 95% das gestantes e puérperas internadas no período, dentro da meta preconizada (>15%). Quanto ao percentual de usuárias em internação satisfeitas e/ou muito satisfeitas durante a internação, encontramos um percentual de 100% no período avaliado. A fins de análise, segue abaixo duas *planilhas drive*, contendo a relação por usuário, bem como a aplicação quantitativa da pesquisa por dia em todo hospital.

Relação por usuária - Pesquisa de Satisfação HMMR 2022 .xlsx

Relatorio.Pesq Satisfação - HMMR .xlsx

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 agosto 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, consequentemente, pode ser identificada no panorama de oferta mensal e anual de consultas no SISREG. Demonstramos abaixo a relação de agosto e projeção do ano todo, considerando que os ajustes e atualizações ocorrem na plataforma de maneira sistemática.

Relação anual - oferta SISREG (ambulatório)

Nesse sentido, evidencia-se um crescimento expressivo das consultas ofertadas para todo o ano de 2023, **com atingimento de 134% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de agosto.** Impende informar que a Unidade continua realizando serviços internos para a demanda dos pacientes, para além do escopo do SISREG, conforme panorama abaixo, contudo vem realizando a ampliação das agendas médicas e reestruturação do cenário, visando o atendimento e produção cirúrgica da demanda contratualizada.

No que se refere aos procedimentos cirúrgicos na ginecologia no mês 08.23, cumpre informar que o centro cirúrgico permanece em obra desde o dia 18.06, com previsão de término para agosto. Esse cenário gerou impacto no giro de sala devido a manutenção do sistema de ar em cada uma das salas, do qual o cumprimento do mapa cirúrgico seguiu com redução de sala (2 operantes).

Esclarecemos que as demais *cirurgias* realizadas no período sofreram impacto devido a mudanças de metas ambulatoriais e tipo de procedimento realizado no ambulatório, tal como o fechamento do ambulatório de patologia

cervical, implicando assim, em uma redução expressiva nos demais procedimentos cirúrgicos. Toda a auditoria dos casos, com nome completo, número do prontuário, tipo de procedimento e data encontra-se anexo ao Relatório.

Tabela 1 - Produção cirúrgica por procedimento cirúrgico em 08.2023

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	agosto.23
LT na ginecologia	>160	214
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	210
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	108
Total de cirurgias na ginecologia	>520	532

Fonte: Planilha CC/MV

Cumpre informar que o ambulatório realiza busca ativa de todas as pacientes agendas, 24h antes da cirurgia e no momento da cirurgia. Em caso de não comparecimento, ocorre uma remarcação das pacientes para o período disponível, visando minimizar o impacto da agenda.

ANEXOS

- ATA da Comissão de Óbitos
- Relatório de compras de material
- Relatório de compras de medicamentos
- Avaliação itens - farmácia
- Nota Técnica - Bronquiolite
- Relação de corticoterapia utilizada
- Relação de sulfato de magnésio na Pré-eclâmpsia
- Relação AMIU
- Relatório Ouvidoria SMS - 1746
- Planilha de auditoria - Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia

Rio

PREFEITURA

SAÚDE

SUS