



20  
24

# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO  
Novembro 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

			NOVEMBRO/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	707	1
	Nº total de internações por mês		655	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	4	0,5%
	Nº de AIH apresentadas		778	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	608	100%
	total de prontuários com alta		608	
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%	1.792.988,98	8,1%
	Valor total gasto no trimestre		22.155.429,28	
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%	178	99%
	Total de itens adquiridos		179	
7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade	95%	253	100%
	Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise		253	

#### Indicador 2. Taxa de rejeição do AIH

Referente ao Indicador 2, Taxa de rejeição de AIH, impende informar que os valores de numerador, 4 AIHs rejeitadas, e denominador, 778 autorizações de internações hospitalares apresentadas, são referentes à Competência do mês de outubro, 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 4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos**

No dia **04/12/2024**, 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 registro de 5 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\$1.792.988,98 considerando um o valor de R\$22.155.429,28 do total utilizado, **resultando em um percentual de 8,1%, fora da meta estabelecida para o indicador.**

O resultado observado nesta competência se deu pelo pagamento de despesas retroativas aos meses de julho e agosto. A fim de transparência do resultado, segue abaixo a composição dos gastos com apoio à gestão prestação de contas período de novembro de 2024 e o reflexo trimestral:

TERMO DE COLABORAÇÃO 001/2022 - DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO						
POSIÇÃO TRIMESTRAL						
ITEM	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado
	MÊS 31	MÊS 31	MÊS 32	MÊS 32	MÊS 33	MÊS 33
Apoio à gestão CGE	77.149,96	43.682,58	77.149,96	49.294,10	77.149,96	51.791,63
Apoio à gestão da RUE	308.599,84	666.354,89	308.599,84	512.371,17	308.599,84	469.494,61
<b>Total APOIO À GESTÃO</b>	<b>385.749,80</b>	<b>710.037,47</b>	<b>385.749,80</b>	<b>561.665,27</b>	<b>385.749,80</b>	<b>521.286,24</b>
<i>Trimestral REALIZADO</i>	<b>1.792.988,98</b>					
Total Geral CRONOGRAMA	8.344.243,30		8.344.243,30		8.344.243,30	
Total Mensal REALIZADO	8.395.409,72		7.243.919,84		6.516.099,72	
<b>Resultado no Mês:</b>	<b>8,46%</b>		<b>7,75%</b>		<b>8,00%</b>	
<b>TRIMESTRAL</b>	<b>22.155.429,28</b>					
	<b>8,09%</b>					

**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 179 produtos, dos quais 178 itens estavam abaixo do preço da SMS, o que corresponde a um **percentual de 99%** 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

			NOVEMBRO/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%	1.728	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.728	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	150	54%
	Total de partos realizados		280	
% 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%	1	50%
	Nº de RN admitidos <1500g		2	
Incidência de Displasia Broncopulmonar	RN <1500g de peso ao nascer dependente de O2 e IGC de 36 semanas	<20%	1	33%
	Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas		3	
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%	12	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		12	

Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	25	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		25	
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%	125	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		125	
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 Asfíxia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	4	1,4%
	Nº total de nascimentos		280	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	277	99%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		280	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	218	7,5
	Nº de saídas		29	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	943	2,5
	Nº de saídas na Obstetrícia		372	

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 84,5% de atendimentos dentro do tempo estipulado na meta, englobando todas as cores de atendimento.**

**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**

Cor	Pacientes atendidos	% de atendimentos por cor	Pacientes dentro do tempo	Tempo Médio de espera	Tempo Máximo (META)	% atingido
	6	0,3%	6	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
	61	3,5%	41	14 min	≤ 15 min.	100%
	338	19,6%	244	27 min	≤ 30 min.	100%
	1.214	70,3%	1.060	61 min	≤ 120 min.	100%
	109	6,3%	109	Encaminhado	Encaminhado	100%
<b>Total</b>	<b>1.728</b>	<b>100%</b>	<b>1.460</b>			

Fonte: Painel dos Indicadores (MV)

Cumpra informar que das pacientes atendidas no mês de novembro, **76,8% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 16,4% ginecológicas, 4,5% puérperas e 2,3% 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.

É importante destacar que a unidade e as 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 novembro a Maternidade Mariska Ribeiro registrou 280 partos, sendo 130 partos vaginais (46%) e 150 cesarianas (54%). Quarenta e três por cento dos procedimentos cirúrgicos (64 casos) foram indicados por alterações na frequência cardíaca fetal (sofrimento fetal agudo ou cardiotocografia com padrão não tranquilizador), macrossomia, redução do líquido amniótico, apresentação anômala ou gemelaridade. Houve cesarianas por recusa de indução ou desejo materno em 21 casos (14%) e falha de indução em 10 gestantes (7%). Entre as mulheres submetidas a cesariana o percentual com histórico de cesariana prévia foi 16%, reflexo do aumento da realização desse procedimento na população nos últimos anos.

A taxa de prematuridade no mês de novembro 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 em recém-nascidos com peso ao nascer igual ou superior a 2500g, um parâmetro importante para o diagnóstico de asfixia neonatal.

Do total de partos vaginais e cesarianas da unidade, 98% ocorreram com a presença do acompanhante de escolha da parturiente, em conformidade com a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

As vulnerabilidades sociais, a cultura cesarista, as fragilidades da rede na assistência pré-natal e fatores socioeducacionais concorrem para a elevada taxa de cesariana da maternidade. A ampliação dos critérios para laqueadura tubária previstos em lei também pode ter contribuído para o aumento da solicitação por cesariana para esta finalidade no último ano.

A direção e a coordenação da unidade estão adotando medidas para estimular o parto normal, tais como ações educativas, revisão das indicações de cesariana e analgesia de parto.

Segue link de acesso ao controle interno de parto cesárea:

[REGISTRO DE PARTO CESÁRIO](#)

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

A partir de 22 de março a unidade foi designada 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. O uso dos leitos UCINCA com critérios de elegibilidade foi restabelecido apenas em 17 de setembro. Os avanços que o Método Canguru traz aos recém-nascidos prematuros de baixo peso, aos seus pais e familiares contribui de forma significativa na diminuição da morbimortalidade neonatal. Pensando nisso, a equipe da neonatologia tem trabalhado os conceitos do Método Canguru com as mães e está em processo para o restabelecimento do setor com os critérios, com a equipe capacitada quanto às orientações e reestruturação da unidade, que não apresentou internações no mês de novembro.

### Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No mês de novembro a UTI neonatal **registrou 1 caso de ROP III**, considerando 2 casos de recém-nascidos com peso <1500g admitidos no setor da UTI neonatal, sendo de o numerador o RN de Valeska Velasque Santiago - 1º Gemelar, prematuro extremo, este paciente evoluiu com retinopatia grau 3 e foi submetido a fotocoagulação por laser em 29/11/2024. Segue em acompanhamento com a oftalmologia, já apresentando involução da doença.

Segue abaixo a **relação dos casos que atendem aos critérios estabelecidos pelo denominador** durante o período em questão. Uma das principais patologias assistidas pela linha de cuidado da nossa UTI neonatal é a prematuridade extrema. Apesar de todos os cuidados realizados e protocolos bem estabelecidos, algumas complicações inerentes da patologia podem eventualmente acontecer, como a retinopatia.

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN RAYSSA VITORIA OLIVEIRA DOS SANTOS DE PAULA	234090	03/11/2024	8/8	FEMININO	1270g	30s

RN JENNIFER VEIGA DOS SANTOS	238942	29/11/2024	3/6/6	FEMININO	1190g	26s
------------------------------	--------	------------	-------	----------	-------	-----

**Indicador 5. Incidência de Displasia Broncopulmonar**

No mês de novembro, a UTI neonatal **registrou 1 caso de displasia broncopulmonar**, tendo em vista que 3 pacientes se enquadram nos critérios necessários para essa avaliação. O RN de Valeska Velasque Santiago - 1º Gemelar, prematuro extremo (25 semanas) com peso de nascimento de 790g, nascido e parto vaginal, suspeita de corioamnionite, asfíxico, Apgar 3/6/7, uso de esquema completo de corticóide, 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 extrema gravidade do caso e sobreposição de fatores do paciente. O RN em questão evoluiu para ar ambiente com a idade gestacional de 37 sem e 3 dias, e ainda encontra-se internado neste serviço em treinamento de sucção com a fonoaudiologia. Tivemos três 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 33% dos casos.

Ainda sobre esse caso, conhecendo todos os fatores e sabendo que o paciente ficou sob oxigenioterapia por 12 semanas mesmo que ventilado sob as menores frações de oxigênio possíveis, reconhecemos que o risco de retinopatia da prematuridade está muito aumentado nesses casos. Segue abaixo a **relação do caso que atende aos critérios estabelecidos pelo denominador** durante o período em questão.

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	Data / O² 28 dias	Data / O² 36 semanas
RN VALESKA VELASQUE SANTIAGO GI	222589	30/08/2024	3/6/7	FEMININO	790g	26/09/2024	15/11/2024
RN VALESKA VELASQUE SANTIAGO GII	222590	31/08/2024	3/5/6/7	FEMININO	825g	27/09/2024	15/11/2024
RN LUCIANA DO NASCIMENTO SILVA	223956	08/09/2024	4/7	FEMININO	995g	06/10/2024	09/11/2024

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

No período aludido foram contabilizados 12 casos de corticoterapia antenatal referentes a 12 gestantes 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 25 Sulfatos de Magnésio em relação a 25 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 **10 AMIU realizados**, 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 novembro a unidade contabilizou 4 casos de asfixia perinatal, considerando 319 nascidos vivos no período, representando uma **taxa de 1,4%, cumprindo a meta estabelecida**.



Segue relação de casos:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN BEATRIZ SILVA DE OLIVEIRA PAULO	235135	08/11/2024	3/6/7	MASCULINO	3860g	40s
RN SARAH DE SOUZA GOMES	236356	15/11/2024	1/5/5	FEMININO	2820g	37s+3d
HEITOR FIDELIS DA SILVA KELLY	237642	23/11/2024	1/5/6	MASCULINO	3980g	41s+2d
RN JULIANA GABRIELE SILVA COSTA	238913	29/11/2024	3/5/7	MASCULINO	4030g	37s+2d

**Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL**

Por se tratar de um setor voltado para os cuidados de RN prematuros ou mesmo bebês nascidos a termo que possuem algum problema que interfere no seu desenvolvimento, o tempo de permanência na UTI neonatal pode variar de poucos dias até alguns meses, segundo as necessidades e características de cada bebê. No mês de novembro, mesmo a unidade mantendo a sua característica de internação de pacientes de alta complexidade e gravidade foi possível manter o **tempo médio de permanência de 7,5 dias, dentro da meta estabelecida.**

**METAS DA VARIÁVEL 3**

			NOVEMBRO/2024	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	289	75,7%
	Total de gestantes e puérperas em observação		382	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	271	93,8%
	Total de respostas efetivas		289	

**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 **382 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de 289 formulários de satisfação, correspondendo a aproximadamente **75,7% 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 93,8% 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 novembro 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 novembro 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 elevado número de consultas ofertadas para todo o ano de 2024, **com atingimento de 112,1% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de novembro.** 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 novembro de 2024

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	NOVEMBRO/24
LT na ginecologia	>160	148
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	194

<b>Outras cirurgias (demais cirurgias CC)</b>	<b>&gt;160</b>	74
<b>Total de cirurgias na ginecologia</b>	<b>&gt;520</b>	416

Fonte: Planilha CC/MV

Cumprir informar que 14 pacientes não realizaram o procedimento cirúrgico agendado, sendo 8 por falta da paciente (57%), 3 por impossibilidade clínica (21%), 2 alterações clínicas (14%) e 1 por pendência de exames complementares (7%). Foram ofertadas 110 procedimentos para realização de histeroscopia (5% de absenteísmo) e 80 procedimentos de laqueadura (10% de absenteísmo). Há a oferta de 110 histeroscopias em centro cirúrgico, além do atendimento ambulatorial que gira em torno de 30 pacientes/dia (90 pacientes/semana, sem contar o absenteísmo), porém nem todas fazem histeroscopia ambulatorial porque pela falta de exames realizados nas unidades básicas.

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.

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.

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 internações UCINCA
- 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**

