



20  
24

# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO  
Maio 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 maio 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

			MAIO.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	963	1,09
	Nº total de internações por mês		883	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	5	1%
	Nº de AIH apresentadas		965	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	849	100%
	total de prontuários com alta		849	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	12	100%
	Nº de óbitos analisados		12	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	581.799,04	2,4%
	Valor total gasto no trimestre		23.879.607,32	
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%	277	97%
	Total de itens adquiridos		286	
7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade	95%	267	100%
	Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise		267	

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

Referente ao Indicador 2, Taxa de rejeição de AIH, impende informar que os valores de numerador 5 AIHs rejeitadas e denominador 965 autorizações de internações hospitalares apresentadas são referentes à Competência Abril, 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 05/06/2024 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 3 casos de óbitos neonatais, sendo classificados como 3 óbitos neonatais precoces. Além disso, houveram 2 óbitos pós neonatal.

Além dos casos em questão, os casos de natimortos (9) 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\$581.799,04 considerando uma o valor de R\$23.879.607,32 do total utilizado, **resultando em um percentual de 2,4%**, 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 maio.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 25	MÊS 25	MÊS 26	MÊS 26	MÊS 27	MÊS 27
Apoio à gestão CGE	77.149,96	32.066,30	77.149,96	36.994,29	77.149,96	38.212,89
Apoio à gestão da RUE	308.599,84	154.116,97	308.599,84	72.344,35	308.599,84	248.064,24
<b>Total APOIO À GESTÃO</b>	<b>385.749,80</b>	<b>186.183,27</b>	<b>385.749,80</b>	<b>109.338,64</b>	<b>385.749,80</b>	<b>286.277,13</b>
<i>Trimestral REALIZADO</i>	<b>581.799,04</b>					
Total Geral CRONOGRAMA	9.344.243,30		8.344.243,30		8.344.243,30	
Total Mensal REALIZADO	7.959.372,15		7.327.381,15		8.592.854,02	
<b>Resultado no Mês:</b>	2,34%		1,49%		3,33%	
<b>TRIMESTRAL</b>	<b>23.879.607,32</b>					
	<b>2,44%</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 286 produtos, dos quais 277 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 gestão de indicadores da referida unidade desenvolveu uma nova ferramenta, que teve seu início a partir de fevereiro de 2024, com o intuito de uma melhora na qualificação destes, promovendo um avaliação, estratificação e análise dos fornecedores. Sendo realizada uma auditoria mensal com avaliação da qualidade do serviço prestado dos envolvidos. A fins de maior transparência do processo, segue anexa a *Planilha*



via drive [Qualificação Prestadores de Serviço - HMMR 2024](#) com a relação individual e mensal dos serviços.

## APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II

INDICADOR	FÓRMULA	META	MAIO.2024	
			PRODUÇÃO	RESULTADO
Proporção de atendimentos com tempo médio entre Acolhimento/Classificação de Risco e atendimento médico abaixo dos tempos máximos de espera preconizados no protocolo	Total de pacientes atendidos dentro do tempo	90%	1.855	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.855	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	189	50%
	Total de partos realizados		378	
% RNs elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na unidade Canguru	Número de RNs elegíveis internados na unidade Canguru superior a 5 dias	> 80%	0	0%
	Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru		0	
Incidência de Retinopatia da Prematuridade	Número de RN <1500g com ROP >3	<2,5%	0	0%
	Nº de RN admitidos <1500g		2	
Incidência de Displasia Broncopulmonar	RN <1500g de peso ao nascer dependente de O2 e IGC de 36 semanas	<20%	1	50%
	Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas		2	
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%	19	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		19	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	43	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		43	

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%	185	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		185	
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	7	100%
	Total de abortos		7	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	3	1%
	Nº total de nascimentos		377	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	371	98,1%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		378	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	284	7,28
	Nº de saídas		39	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.167	2,42
	Nº de saídas na Obstetrícia		483	

**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 **69** pacientes por dia, considerando uma média mensal de **2.011** atendimentos no ano de 2024. No período avaliado, o HMMR realizou **1.855** **atendimentos médicos de emergência**.

Com o intuito de gerar conformidade na análise e representar o real cenário do ACCR, apresentamos a seguir, uma tabela (via sistema eletrônico) contendo o **tempo médio de atendimento** após a estratificação por **cor de**

Cor	Pacientes atendidos	% de atendimentos por cor	Pacientes dentro do tempo	Tempo Médio de espera	Tempo Máximo (META)	% atingido
	5	0,2	5	0	0 (atendimento imediato)	100%
	48	3,2	48	11 min	≤ 15 min.	100%
	230	15,2	230	27 min	≤ 30 min.	100%
	1.284	68,1	1.284	58 min	≤ 120 min.	100%
	287	13,3	287	Encaminhado	Encaminhado	100%
<b>Total</b>	<b>1855</b>	<b>100%</b>	<b>1855</b>			

Fonte: Painel dos Indicadores (MV)

**classificação, que expressa um percentual de 86% em todas as cores de atendimento.**

Cumprir informar que das pacientes atendidas no mês de maio, **71% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 23% da ginecologia, 4% puérperas e 2% 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

No **mês de maio**, a unidade **registrou 189 cesarianas**, o que representa **uma taxa de cesariana de 50% dos 378 partos** realizados. Dentre essas cesarianas, 126 foram em mulheres multíparas, correspondendo a 66% do total. Além disso, 98% das pacientes contaram com acompanhante durante o procedimento. Foi notado que 26,9% das cesarianas foram em pacientes que passaram por indução com misoprostol, e 100 admissões foram de pacientes com comorbidades, como diabetes mellitus e hipertensão arterial crônica/doença hipertensiva específica da gravidez (HAC/DHEG), o que equivale a 53% das gestantes de alto risco atendidas no centro cirúrgico.

Embora a taxa global de cesarianas seja destacada, é importante observar as complicações obstétricas e clínicas que influenciaram na decisão pelo parto cesáreo. Destaca-se o alto percentual de gestantes com sofrimento fetal agudo (23%). Além disso, indicações relacionadas à HAC, pré-eclâmpsia e descolamento prematuro da placenta (15%), bem como pacientes com cesariana prévia, contribuíram para essa decisão.

Outros fatores também contribuem para a alta taxa de cesarianas, principalmente doenças próprias e associadas à gravidez, que podem levar à interrupção da gestação devido a complicações maternas, como o caso de DHEG e HAC grave, com números expressivos na instituição. Além disso, a realização de cesarianas com laqueadura tem sido frequente (78 laqueaduras com cesariana no mês atual), respaldada pela legislação que permite à mulher optar por essa intervenção durante o parto, o que pode contribuir para o aumento das cesarianas.

Para fins de análise, os dados das cesarianas, incluindo o número do prontuário/BAM de cada paciente via PEP/MV, indicação clínica e outras informações, estão disponíveis em uma planilha no drive para auditoria.

[REGISTRO DE PARTO CESÁREA](#)

Aliado a isso, o HMMR possui 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**

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 maio, a **UTI neonatal não registrou casos de ROP III**, considerando 02 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 CINTIA SIMONE DE SANTANA	204254	21/05/2024	2/4	F	740g	27s+2d
RN CAROLINE BARRETO DE CARVALHO MATTOS	206086	31/05/2024	7/8	F	1455g	27s+4d

### Indicador 5. Incidência de Displasia Broncopulmonar

No período de maio a UTI neonatal registrou 01 caso de displasia broncopulmonar, sendo 02 paciente no perfil para avaliação. Sendo assim, **representando uma taxa de 50%**. A displasia broncopulmonar é uma complicação da prematuridade, com incidência inversamente proporcional à idade gestacional, ou seja, são mais comuns nos recém nascidos extremamente prematuros que apresentam imaturidade pulmonar mais intensa e doença de membrana hialina severa. No mês de maio tivemos um caso de displasia broncopulmonar envolvendo um prematuro extremamente imaturo com idade gestacional de 24 semanas, peso de nascimento de 985g, nascido de parto vaginal, tendo a mãe recebido esquema completo de corticoide. Apresentou doença de membrana hialina grave, recebeu 2 doses de surfactante e ficou em ventilação mecânica invasiva por 2 meses e 12 dias e em 30/05/2024 completou 36 semanas de idade corrigida estando ainda em CPAP. Visto a extrema prematuridade e a gravidade do quadro do recém nascido, a complicação em questão é esperada. Atualmente encontra-se estável, com idade gestacional corrigida de 37 semanas e 5 dias, ainda em desmame de oxigenoterapia.

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN MARIA EDUARDA BARBOSA DA SILVA	189435	02/03/2024	8/9	FEMINI NO	985g	24s+2d
RN PAULA VITÓRIA SANTOS DA SILVA	187712	22/02/2024	4/7/NA	FEMINI NO	910g	28s+6d

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

Durante o período mencionado, registramos **19 casos de corticoterapia** antenatal administrada a gestantes com risco de parto prematuro, conforme indicado. Essa terapia foi prescrita devido ao risco iminente de parto prematuro. Vale ressaltar que a administração antenatal de um ciclo único (duas doses) de corticoterapia é recomendada para mulheres grávidas entre 24 e 36 semanas de gestação, de acordo com a literatura médica e os protocolos clínicos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. A planilha de auditoria está anexada a este relatório para fins de análise.

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

Durante o período avaliado, foram administrados **43 sulfatos de magnésio em relação a 43 casos de gestantes diagnosticadas com Pré-Eclâmpsia Grave** na instituição. A planilha de auditoria está anexada ao relatório para referência e análise.

**Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento**

Durante o período em análise, foram realizados 07 AMIU em relação a 07 casos de abortamento com indicação apropriada. Para fins de investigação adicional, os números de prontuário das pacientes que passaram por esse procedimento foram relatados em uma planilha anexa ao relatório. É importante salientar que todas as pacientes submetidas à curetagem após aborto no período foram revisadas e não receberam indicação para o uso do AMIU. A decisão de usar o AMIU foi baseada na presença de "abortos retidos com menos de 12 semanas de idade gestacional provável, por meio de avaliação do tamanho do útero ou outros métodos de cálculo, e dilatação cervical inferior a 15 mm".

**Indicador 10. Taxa de asfixia perinatal**



Durante o mês de maio, o Hospital registrou 03 casos de asfixia perinatal, em um total de 377 nascidos vivos, resultando em uma **taxa de 0,8%**. Este resultado está em conformidade com a meta estabelecida.

**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 maio**, mesmo a unidade mantendo a sua característica de internação de pacientes de alta complexidade e gravidade foi possível manter o **tempo médio de permanência conforme a meta estabelecida, ficando em 7,2 dias**.

**METAS DA VARIÁVEL 3**

			MAIO.2024	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	415	85%
	Total de gestantes e puérperas em observação		490	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	410	98,8%
	Total de respostas efetivas		415	

**Indicador 1 e 2**

A Ouvidoria é um departamento designado para coletar e avaliar a percepção dos usuários na unidade, incluindo a realização da pesquisa de satisfação junto às **490 pacientes gestantes e puérperas em observação**.

Durante o período em análise, foram aplicados um total de 415 formulários de satisfação, o que corresponde a **aproximadamente 85% das gestantes e puérperas internadas nesse período**, atingindo assim a meta estabelecida (>15%). Quanto à satisfação das usuárias durante a internação, registramos um **índice de 98,8% de satisfação e/ou alta satisfação**. Para fins de análise detalhada, disponibilizamos duas planilhas no drive, uma contendo a relação por usuário e outra demonstrando a distribuição quantitativa das pesquisas realizadas por dia em todo o hospital.

## [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 maio 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 maio 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 152% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de maio**. 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 maio.2024

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	MAIO.24
LT na ginecologia	>160	207
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	202
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	116
<b>Total de cirurgias na ginecologia</b>	<b>&gt;520</b>	<b>525</b>

Fonte: Planilha CC/MV

É importante destacar que, das 18 pacientes que não compareceram ao procedimento cirúrgico agendado, 3% apresentaram condições clínicas desfavoráveis no momento da internação, enquanto 2% simplesmente não compareceram, o que teve um impacto direto na organização do setor. No

total, foram disponibilizadas 420 consultas para a realização de histeroscopia, sendo que 18% delas foram afetadas pelo absenteísmo.

O serviço de agendamento cirúrgico adota medidas para confirmar todas as cirurgias agendadas, entrando em contato com as pacientes 24 horas antes da internação, tanto por telefone quanto via WhatsApp. Além disso, em casos de não comparecimento, são feitos esforços para reagendar a cirurgia em uma data disponível, mesmo que não seja necessariamente no mês em questão.

## ANEXOS

- ATA da Comissão de Óbitos
- Relatório de compras de material
- Relatório de compras de medicamentos
- 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**

