



20
26

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
JULHO 2026

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, 4 da Unidade de cuidados intermediários Canguru, 6 para enfermaria pediátrica, 3 salas cirúrgicas, 6 salas PPP e 13 consultórios ambulatoriais.

A finalidade deste documento é apresentar os apontamentos e as justificativas referentes ao cumprimento das metas físicas e das metas variáveis previstas no Termo de Colaboração nº 01/2022, com base na prestação de contas da unidade.

As metas variáveis são avaliadas para fins de pagamento a partir do primeiro trimestre de execução contratual. A pontuação obtida em cada indicador, conforme os critérios estabelecidos no instrumento contratual, condiciona o repasse da parcela variável correspondente a 5% do valor do contrato.

Essa parcela é composta por três grupos de indicadores, cuja avaliação considera o desempenho da unidade em relação às metas pactuadas, servindo como base para o cálculo do valor a ser repassado.

Variável 1 - Incentivo à gestão (4)

Variável 2 - Incentivo à unidade de saúde (13)

Variável 3 - Incentivo à equipe (2)

Além das metas variáveis, o Termo de Colaboração define metas físicas que são definidas no cronograma de desembolso, tais como procedimentos

cirúrgicos (laqueadura tubária e outras cirurgias ginecológicas), consultas e exames ambulatoriais.

Todos os indicadores e metas variáveis acima, bem como as metas físicas estabelecidas em contrato, são monitorados mensalmente pela instituição, visando o alcance destas, alinhadas ao Termo de Colaboração e a operacionalização das atividades, em conformidade com boas práticas a serem instituídas.

Além disso, os indicadores abordados no Relatório de Metas são enviados mensalmente no painel OSINFO, local destinado a inserção dos dados contratuais e os materiais complementares são inseridos em formato PDF no mesmo Painel.

2.INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

2.1 METAS VARIÁVEIS

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 1

			JULHO/2026	
INDICADOR VARIÁVEL 1 - INCENTIVO A GESTÃO	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de apresentação de AIH	Nº total de AIH apresentadas no mês	≥ 1	766	1,04
	Nº total de internações por mês		737	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	4	0,53%
	Nº de AIH apresentadas		753	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	670	100%
	total de prontuários com alta		670	

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%	-	-
	Valor total gasto no trimestre		-	
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%	-	-
	Total de itens adquiridos		-	
7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade	95%	-	-
	Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise		-	

Indicador 1. Taxa de apresentação de AIH

Referente ao Indicador 1 — Índice de Apresentação de AIH, cumpre informar que o numerador corresponde a 766 AIHs apresentadas, enquanto o denominador totaliza 737 internações no período em análise, permanecendo assim, dentro da meta estabelecida.

Indicador 2. Taxa de rejeição de AIH

Referente ao Indicador 2, Taxa de rejeição de AIH, impende informar que os valores de numerador 4 AIHs rejeitadas, e denominador, 753 autorizações de internações hospitalares apresentadas, são referentes à Competência do mês de junho, 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-definitivo>

[s/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 **05/08/2026**, 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 analisado, foram registrados **05 óbitos**, onde 03 se enquadram como fetais, sendo 02 extra-hospitalares e 01 intra-hospitalar, além de 02 óbitos no período neonatal, sendo ambos classificados como precoce.

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.

- *Anexo 1: ATA Comissão de Óbito*

Conforme estabelecido no novo Termo de Colaboração, vigente a partir de março de 2026, os indicadores **Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos, Compra de itens abaixo do valor médio do Banco de Preços em Saúde ou da SMS e Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados** deixaram de compor o rol de

indicadores pactuados para monitoramento e avaliação do desempenho contratual. Dessa forma, esses indicadores não são mais objeto de acompanhamento, contabilização ou avaliação para fins de apuração da parcela variável do contrato.

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II

			JULHO/2026	
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%	1.662	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.662	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	159	45,2%
	Total de partos realizados		352	
% 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	100%
	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		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		1	
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%	25	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		25	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	42	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia		42	

	grave atendidas na instituição			
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%	189	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		189	
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	19	100%
	Total de abortos		19	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	3	0,84%
	Nº total de nascimentos		356	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	333	94,6%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		352	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	287	7,36
	Nº de saídas		39	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	896	2,74
	Nº de saídas na Obstetrícia		327	

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.

Cumprir informar que das pacientes atendidas no mês de julho, **83,38% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 9,54% ginecológicas, 5,62% puérperas e 1,46% nas demais especialidades.**

De todas as pacientes atendidas na emergência (1746), **72,69% eram gestantes com referência do HMMR**, enquanto as demais eram referências de outras maternidades da rede e outros municípios.

Com o intuito de garantir a conformidade na análise e representar com precisão o cenário do acolhimento, apresentamos a seguir uma tabela (via sistema eletrônico) que exhibe o tempo médio de atendimento após a estratificação por cor de classificação de risco. Observamos que **87,18% dos atendimentos ocorreram dentro do tempo estipulado na meta geral**. No entanto, ao analisarmos especificamente cada cor de classificação de risco, **verificamos que todos os atendimentos respeitaram os tempos estabelecidos para cada categoria, alcançando assim 100% de conformidade dentro dos parâmetros definidos para cada nível de prioridade**.

Cor	Pacientes atendidos	% de atendimentos por cor	Pacientes dentro do tempo	Tempo Médio de espera	Tempo Máximo (META)	% atingido
	7	0,42%	7	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
	59	3,54%	37	10 min	≤ 15 min.	100%
	373	22,44%	280	23 min	≤ 30 min.	100%
	1.187	71,41%	1.089	45 min	≤ 120 min.	100%
	36	2,23%	39	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.662	100%	1.449			

Fonte: Painel dos Indicadores (MV)

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

No período avaliado, a unidade apresentou taxa de partos cesáreos de 45,17%. A análise desse resultado deve considerar o perfil assistencial da instituição, que dispõe de emergência e Pré-Natal de Alto Risco, atendendo gestantes com diferentes condições clínicas e obstétricas que demandam acompanhamento especializado, incluindo síndromes hipertensivas, diabetes, pré-eclâmpsia, inclusive situações com indicação de sulfato de magnésio, antecedentes de cesariana e urgências e emergências obstétricas.

Esse perfil de maior complexidade pode influenciar a definição da via de nascimento, uma vez que determinadas condições maternas e/ou fetais podem demandar interrupção da gestação e resolução por cesariana, de acordo com avaliação clínica individualizada e indicação obstétrica. O perfil assistencial também é considerado na análise de outros desfechos perinatais, como prematuridade e necessidade de suporte neonatal especializado, incluindo admissões na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo).

Apesar da complexidade da população atendida, o número de partos vaginais permaneceu superior ao número de cesarianas no período, sendo os resultados acompanhados sistematicamente pela instituição, com foco na indicação adequada da via de nascimento e na segurança materna e neonatal.

Como estratégia para qualificar a análise do indicador, a instituição realiza o acompanhamento da Classificação de Robson, metodologia que organiza as gestantes em dez grupos mutuamente exclusivos, considerando características obstétricas como paridade, cesariana anterior, início do trabalho de parto, idade gestacional, apresentação fetal e número de fetos. A utilização dessa classificação permite identificar quais grupos apresentam maior contribuição para a taxa global de cesarianas, compreender o perfil obstétrico da população atendida e direcionar oportunidades de melhoria de maneira mais específica.

O estudo sistemático dos grupos de Robson possibilita, portanto, uma análise mais qualificada das cesarianas realizadas, contribuindo para a identificação de grupos prioritários para intervenção e para a redução segura de cesarianas potencialmente evitáveis, preservando a realização do procedimento sempre que houver indicação clínica materna e/ou fetal.

Paralelamente ao monitoramento do indicador, são desenvolvidas ações contínuas de qualificação da assistência obstétrica e educação em saúde, buscando ampliar o acesso das gestantes e acompanhantes a informações qualificadas e favorecer sua participação no processo assistencial. Nesse sentido, a unidade realiza mensalmente reuniões da Comissão de Cesarianas, no qual o último encontro foi realizado no dia 21/07/2026 e busca analisar e fomentar medidas para o manejo adequado dessa via de parto no hospital.

No ambulatório, são realizadas atividades de educação em saúde nas salas de espera, abordando temas relacionados à promoção de uma gestação saudável e segura, sinais de alerta durante a gestação, preparação para o trabalho de parto e nascimento, vias de parto, indicações de cesariana, parto vaginal, indução do trabalho de parto, métodos de alívio da dor, aleitamento materno, cuidados no puerpério, planejamento reprodutivo e

cuidados com o recém-nascido, contemplando de forma integrada o ciclo gravídico-puerperal.

Também são realizadas orientações sobre o processo de indução do trabalho de parto e os métodos disponíveis na instituição, incluindo o cateter de Krause como método mecânico de indução, quando clinicamente indicado, além de esclarecimentos sobre analgesia e demais recursos disponíveis para o manejo da dor durante o trabalho de parto.

A instituição conta ainda com profissionais capacitados para assistência ao trabalho de parto e nascimento, buscando favorecer a condução segura do parto vaginal sempre que as condições maternas e fetais permitirem.

As ações educativas são complementadas pelas orientações realizadas durante a Visita Cegonha e pela realização mensal de rodas de conversa com casais grávidos, constituindo espaços para esclarecimento de dúvidas sobre gestação, trabalho de parto, indução, vias de nascimento, métodos de alívio da dor, analgesia, rotinas institucionais, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Essas iniciativas possibilitam maior aproximação das gestantes e acompanhantes com os processos assistenciais antes do momento da internação.

O conjunto dessas estratégias busca fortalecer a educação em saúde, a comunicação entre equipe, gestante e acompanhante, a participação informada nas decisões relacionadas ao cuidado e a adoção de boas práticas durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

A unidade mantém, ainda, o monitoramento dos indicadores obstétricos e dos desfechos maternos e neonatais, associado à análise dos resultados e ao desenvolvimento de ações de melhoria, buscando identificar oportunidades relacionadas aos processos assistenciais e acompanhar os efeitos das intervenções implementadas.

Dessa forma, a taxa de cesarianas de 44,90% é analisada considerando o perfil de complexidade obstétrica da população atendida, sem dissociá-la da avaliação das indicações, dos grupos obstétricos envolvidos e dos respectivos desfechos maternos e neonatais. O acompanhamento pela Classificação de Robson, associado às ações de educação em saúde, qualificação profissional, orientação sobre indução, analgesia, Visita Cegonha e rodas de conversa, permite direcionar oportunidades de melhoria, favorecer o parto vaginal quando clinicamente seguro e assegurar a realização da cesariana quando devidamente indicada, mantendo como princípio a qualidade da assistência e a segurança do binômio mãe-bebê.

Anexos referentes ao controle interno de parto cesárea:

- *Anexo 2: Registro de Parto Cesáreo*
- *Anexo 3: Plano de Ação Taxa de Cesárea 2026*

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 02 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.

- *Anexo 4: Ofício SMS nº 5506/2026*

Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período de julho a UTI neonatal **não registrou casos de ROP III**, considerando 04 casos de recém-nascidos com peso <1500g admitidos no setor da UTI neonatal. Abaixo encontra-se a relação dos 4 RNs supracitados:

Pacientes Elegíveis:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN JESSICA PEREIRA DE ALMEIDA	336251	07/07/2026	2/5/6	Masculino	1195g	28+1d
RN AQUILA RIBEIRO DA COSTA	338870	23/07/2026	6/7	Masculino	1050	27+gd
RN RAISSA ROCHA DOS REIS	335521	02/07/2026	6/8	Masculino	1016g	29+3d
RN ANNA CLARA CESARIO DA SILVA	337135	13/07/2026	7/9	Masculino	740g	26+3d

Indicador 5. Incidência de Displasia Broncopulmonar

A prematuridade é uma das principais linhas de cuidado da nossa UTI neonatal. Apesar de todos os cuidados realizados e protocolos cumpridos, algumas complicações inerentes à patologia eventualmente podem ocorrer, principalmente naqueles que cursam com maior gravidade durante a internação. No mês de julho tivemos 01 bebê com peso de nascimento inferior a 1500g que completaram 36 semanas. Desse modo, afirma-se também que **nenhum** evoluiu com diagnóstico de broncodisplasia (0% dos casos). Segue a relação nominal

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN MONNIKE DE OLIVEIRA PINTO	332194	12/06/2026	8/9	Masculino	1280g	34s + 6d

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

No período avaliado, foram contabilizadas **25 prescrições de corticoterapia antenatal, correspondentes a 25 gestantes com indicação clínica por risco de nascimento prematuro**, alcançando **100% da meta preconizada para o indicador**. Para qualificação do resultado, os casos foram revisados individualmente, considerando idade gestacional, condição clínica materno-fetal, indicação e oportunidade da administração da corticoterapia, sendo identificada adequação das indicações nos casos avaliados.

A corticoterapia antenatal integra o conjunto de medidas adotadas pela instituição para assistência às gestantes com risco de nascimento prematuro e não é conduzida como uma intervenção isolada. O cuidado está inserido em uma linha assistencial de vigilância, identificação precoce de riscos, manejo oportuno e integração entre as equipes obstétrica e neonatal.

Como estratégia de acompanhamento, a instituição realiza round multiprofissional diário na Enfermaria de Gestantes, com participação integrada das equipes médica, de enfermagem, psicossocial, nutrição e demais profissionais envolvidos na assistência, de acordo com as necessidades identificadas. O objetivo é promover uma assistência linear, segura, integral e coordenada, favorecendo o compartilhamento das informações clínicas, definição conjunta das prioridades assistenciais e continuidade do cuidado durante a internação.

Além do acompanhamento das gestantes internadas na enfermaria, os casos assistidos no Centro de Parto Normal (CPN) são continuamente avaliados pela equipe, possibilitando a identificação e o acompanhamento das diferentes condições clínicas e obstétricas, com atenção especial às situações que possam evoluir para nascimento prematuro.

Nesse contexto, as gestantes com ameaça ou trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e demais condições maternas ou fetais associadas ao risco de prematuridade permanecem sob vigilância clínica e obstétrica, com reavaliação da evolução do quadro e definição individualizada das intervenções necessárias.

O manejo da gestação com risco de nascimento prematuro contempla, conforme indicação clínica e idade gestacional, a corticoterapia antenatal, bem como avaliação da necessidade de tocolise, neuroproteção fetal e demais medidas assistenciais pertinentes, sempre considerando as condições maternas e fetais e a evolução do trabalho de parto.

Nos casos em que é identificada progressão do trabalho de parto e possibilidade de nascimento prematuro, ocorre comunicação e articulação antecipada com a UTINeo, permitindo o planejamento da assistência ao nascimento e a organização dos recursos necessários para recepção do recém-nascido.

A instituição conta ainda com equipe destinada ao cuidado e mínimo manuseio do recém-nascido prematuro, que atua na sala de parto ou no centro cirúrgico, conforme a via de nascimento e as condições clínicas apresentadas. Essa integração favorece a continuidade entre o cuidado obstétrico e neonatal e a preparação antecipada da equipe diante da possibilidade de um nascimento prematuro.

O acompanhamento diário permite, portanto, que as gestantes com risco de prematuridade sejam continuamente reavaliadas quanto à necessidade e à oportunidade das intervenções antenatais, evitando que a análise do indicador se restrinja ao registro quantitativo da administração do medicamento.

No período, todos os casos de corticoterapia contabilizados no indicador foram revisados, sendo confirmada a pertinência das indicações identificadas. Da mesma forma, os nascimentos prematuros são acompanhados e analisados quanto ao contexto assistencial e à necessidade das medidas antenatais pertinentes.

Dessa forma, o alcance de 100% da meta reflete um processo assistencial que envolve round multiprofissional diário, vigilância das gestantes de risco, reconhecimento oportuno da possibilidade de nascimento prematuro, avaliação individualizada das intervenções, acompanhamento da evolução do trabalho de parto e integração entre Obstetrícia e Neonatologia.

A sistemática adotada permite que o indicador seja utilizado não apenas para mensurar a administração da corticoterapia, mas também como instrumento de acompanhamento da oportunidade, adequação e continuidade da assistência às gestantes em risco de parto prematuro, contribuindo para uma assistência materna e neonatal segura e coordenada.

A planilha de auditoria contendo a relação dos casos avaliados e o monitoramento da utilização da corticoterapia antenatal encontra-se anexada ao presente Relatório de Metas, assegurando a rastreabilidade das informações apresentadas.

- *Anexo 5: Relação de uso de Corticoterapia*

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

No mês de **julho de 2026**, foram identificados **42 registros de utilização de sulfato de magnésio relacionados às síndromes hipertensivas da gestação**, após exclusão das administrações destinadas exclusivamente à **neuroproteção fetal**, por apresentarem finalidade clínica distinta.

Por se tratar de **protocolo gerenciado institucionalmente**, os registros são acompanhados e, no período, **as indicações foram analisadas individualmente**, considerando a condição clínica que motivou a utilização do medicamento. A avaliação demonstrou adequação das indicações registradas ao contexto assistencial identificado.

Distribuição das Indicações

Indicação clínica	N	%	Análise assistencial
Pico hipertensivo	25	59,5%	Maior frequência no período, relacionada a situações que demandaram avaliação da gravidade, dos níveis pressóricos e das condições clínicas associadas.
Sinais de iminência de eclâmpsia	14	33,3%	Situações com risco de evolução para complicações neurológicas graves, demandando reconhecimento e intervenção oportunos.
Eclâmpsia	2	4,8%	Emergência obstétrica que requer tratamento imediato, controle das convulsões, prevenção de recorrência e vigilância materna intensificada.
Síndrome HELLP	1	2,4%	Condição obstétrica grave, com potencial de rápida deterioração clínica e necessidade de acompanhamento contínuo e intervenção oportuna.
Total	42	100%	Indicações analisadas individualmente e consideradas pertinentes ao contexto clínico apresentado.

Observa-se que 92,8% das utilizações (39/42) estiveram relacionadas a pico hipertensivo ou sinais de iminência de eclâmpsia, enquanto os demais registros

corresponderam a situações de eclâmpsia e síndrome HELLP, condições reconhecidamente associadas a maior risco de morbidade materna e perinatal.

O quantitativo apresentado deve ser interpretado considerando o perfil assistencial da instituição, que atende gestantes de maior complexidade, incluindo pacientes provenientes do pré-natal de alto risco, com hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes e outras condições maternas associadas. Consequentemente, a unidade apresenta maior probabilidade de receber pacientes com síndromes hipertensivas e manifestações de gravidade que demandem intervenção terapêutica específica.

As síndromes hipertensivas da gestação requerem atenção especial devido à possibilidade de progressão e deterioração clínica materna, podendo evoluir para eclâmpsia, síndrome HELLP e outras complicações graves. Nesse cenário, o reconhecimento precoce dos sinais de gravidade e a instituição oportuna das medidas terapêuticas constituem componentes fundamentais para uma assistência obstétrica segura.

O sulfato de magnésio possui papel estabelecido na prevenção e no tratamento das convulsões associadas à pré-eclâmpsia/eclâmpsia quando clinicamente indicado. Ao mesmo tempo, sua administração requer indicação criteriosa e vigilância clínica, considerando as particularidades da terapia e o risco de toxicidade relacionado ao medicamento.

Por essa razão, a instituição não avalia o indicador exclusivamente pelo número absoluto de utilizações. Por integrar um protocolo gerenciado, são acompanhadas as indicações clínicas e o perfil dos casos, possibilitando verificar a coerência entre a utilização do medicamento e a condição apresentada pelas pacientes. Na competência analisada, as 42 indicações foram avaliadas individualmente e consideradas pertinentes, reforçando que o quantitativo expressivo está relacionado ao perfil clínico e à complexidade das pacientes atendidas, e não ao uso indiscriminado da terapia.

A assistência a essas pacientes é sustentada por equipe multiprofissional qualificada, assistência obstétrica ininterrupta, vigilância 24 horas e disponibilidade de recursos e equipamentos para avaliação e monitoramento materno, possibilitando acompanhamento da evolução clínica e resposta às intercorrências. Durante a utilização do sulfato de magnésio, mantém-se atenção aos parâmetros clínicos maternos e aos possíveis sinais de toxicidade, considerando a necessidade de identificação precoce de alterações durante a terapia.

Dessa forma, não se estabelece como objetivo a redução indiscriminada do número de sulfatações, mas a manutenção de sua indicação adequada, utilização oportuna e administração segura, em consonância com o perfil assistencial da instituição e com o compromisso de oferecer assistência materna segura e qualificada.

Anexo 6: Relação de uso de Sulfato de Magnésio

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado, foram registrados **39 casos de abortamento na unidade**, dos quais **19 apresentaram indicação para realização de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)**, sendo o procedimento realizado nos **19 casos elegíveis**, correspondendo ao **cumprimento de 100% da meta contratualizada para o indicador**.

Para efeito de mensuração e análise do indicador, foram considerados como critérios de indicação para utilização da AMIU os “abortos retidos com menos de 12 semanas de idade gestacional provável, por medida de fundo de útero ou outros métodos de cálculo, e dilatação do colo uterino inferior a 15 mm”, conforme critério estabelecido para acompanhamento da meta. Dessa forma, o quantitativo apresentado não corresponde à aplicação

indiscriminada da AMIU a todos os casos de abortamento atendidos, mas especificamente à avaliação da utilização do procedimento entre as pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade definidos para o indicador.

A análise não se restringiu à contabilização dos procedimentos. Os casos foram avaliados individualmente considerando idade gestacional, diagnóstico obstétrico, condições clínicas da paciente, características cervicais, achados clínicos e/ou ultrassonográficos, presença e intensidade de sangramento, retenção de restos ovulares e método de esvaziamento uterino indicado, permitindo avaliar a pertinência da conduta adotada.

A instituição mantém acompanhamento sistemático das mulheres internadas por abortamento. Esses casos são discutidos no round multiprofissional diário, com participação das equipes médica, de enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição e demais profissionais envolvidos na assistência, de acordo com as necessidades identificadas. Essa estratégia busca assegurar uma assistência integral, linear, segura e coordenada, permitindo compartilhamento das informações, acompanhamento da evolução clínica e psicossocial e definição das condutas necessárias durante a internação.

Dessa forma, a indicação do método de esvaziamento uterino é avaliada individualmente e discutida antes da realização do procedimento, considerando o diagnóstico, a idade gestacional, as condições clínicas e obstétricas, as características do colo uterino e a aplicabilidade das diferentes alternativas terapêuticas.

Nos casos de abortamento em que há necessidade de esvaziamento uterino, a aspiração intrauterina constitui método preferencial quando clinicamente indicada e tecnicamente aplicável, especialmente nas gestações iniciais. Entretanto, a escolha entre AMIU, manejo medicamentoso, conduta

expectante ou curetagem deve considerar as particularidades de cada caso, não sendo adequado analisar a escolha do método apenas pelo número absoluto de procedimentos realizados.

Além da avaliação técnica do procedimento, a instituição adota medidas voltadas à assistência humanizada e respeitosa às mulheres em situação de perda gestacional. Há espaço de internação destinado a essas pacientes, buscando proporcionar maior privacidade e reduzir, sempre que possível, sua permanência junto a puérperas acompanhadas de seus recém-nascidos, considerando as particularidades emocionais relacionadas à perda gestacional.

As pacientes são acompanhadas pelas equipes assistenciais e contam com suporte da Psicologia e do Serviço Social, possibilitando que o cuidado contemple, além do tratamento da condição obstétrica, aspectos emocionais, sociais, orientações e necessidades identificadas durante a internação.

Portanto, o resultado de 19 AMIU realizadas em 19 pacientes que preencheram os critérios de indicação estabelecidos para o indicador, correspondendo a 100% da meta, evidencia a utilização do procedimento nas pacientes consideradas elegíveis no período avaliado.

O resultado é acompanhado por um processo institucional que envolve discussão multiprofissional diária, avaliação individualizada, definição da estratégia terapêutica, assistência humanizada e auditoria dos procedimentos de AMIU e curetagem realizados. A análise comparativa entre os métodos permite verificar não somente o cumprimento numérico da meta, mas também a adequação da indicação e a rastreabilidade da decisão assistencial, contribuindo para o monitoramento contínuo da qualidade e da segurança da assistência prestada às mulheres em processo de abortamento.

Para fins de comprovação e rastreabilidade, os números dos prontuários das pacientes submetidas à AMIU e os dados utilizados na análise encontram-se registrados em planilha de auditoria anexa ao presente Relatório.

- Anexo 7: Relação AMIU

Indicador 10. Taxa de asfixia perinatal

No período de julho a unidade registrou apenas **quatro** casos de asfixia perinatal, considerando 356 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,84%, cumprindo a meta estabelecida**. Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN JULIANA RIBEIRO KAIZA DE MIRANDA	338335	20/07/2026	3/6/7	Masculino	3.715g	41s
RN ANNE CAROLINE DOS SANTOS VICENTE	339055	25/07/2026	3/5/6/7	Masculino	2.970g	39s + 6d
RN TATIANE JERONIMO ERMÍNIO	336787	10/07/2026	3/6/7	Feminino	2.350	34s +5d

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

No mês de julho, o tempo médio de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) alcançou o resultado de **7,36 dias**, resultado que representa uma melhoria significativa em relação ao período anterior e demonstra avanços concretos na organização do fluxo assistencial. O indicador ficou **dentro da meta estabelecida em contrato**, evidenciando maior eficiência na gestão dos leitos, qualificação dos processos internos e aprimoramento da continuidade do cuidado.

O desempenho positivo reflete diretamente as ações implementadas ao longo das últimas semanas, incluindo revisão de critérios de internação e alta, fortalecimento das rotinas assistenciais e alinhamento das equipes

multiprofissionais para garantir maior resolutividade e redução de permanências prolongadas sem prejuízo à segurança do paciente.

Média de permanência na UTI Neonatal	8 dias	287	7,36
		39	

Indicador 13. Média de permanência na OBSTETRÍCIA

No período de **01 a 31/07**, o Tempo Médio de Permanência (TMP) da Obstetrícia apresentou resultado de **3,74 dias no registro inicial do sistema**, considerando **1.239 pacientes-dia e 331 saídas**, acima da meta estabelecida de **até 3 dias**.

Entretanto, a análise e validação da movimentação assistencial da competência identificaram **inconsistência nos registros da última semana** do mês, período que coincidiu com a atualização e implantação da nova versão do sistema informatizado MV.

Considerando a média semanal equivalente, entre 01 e 23/07 foram observadas aproximadamente 106 internações, 100 altas e 273 pacientes-dia **por semana**. Já na última semana, entre 24 e 31/07, foram registradas aproximadamente 126 internações, 12 altas e 343 pacientes-dia. Observa-se, portanto, que o volume de internações permaneceu semelhante, enquanto houve **redução de aproximadamente 90% nas altas registradas**, acompanhada de um leve aumento dos pacientes-dia.

Essa alteração abrupta na movimentação de saídas, incompatível com o comportamento observado nas semanas anteriores, ocorreu justamente durante o **período de virada, atualização e upgrade do sistema MV**,

realizado nos dias 24, 25 e 26 de julho de 2026. Durante esse processo, houve necessidade de utilização temporária de registros manuais, com posterior inserção das informações no sistema, ocasionando inconsistências na temporalidade e na consolidação dos registros de movimentação hospitalar.

Dessa forma, a redução atípica das altas registradas na última semana impactou diretamente a composição do indicador mensal, **elevando artificialmente** o TMP apresentado inicialmente pelo sistema. Após a análise e validação dos registros assistenciais, verificou-se que o resultado do indicador, considerando a movimentação efetivamente realizada no período, permaneceu **dentro da meta estabelecida de até 3 dias**.

Quantitativo do Período de 01/07/2026 a 23/07/2026:

Média de permanência na Obstetrícia	3 dias	896	2,74
		327	

Ressalta-se, portanto, que o resultado inicialmente apresentado de 3,74 dias não representa o desempenho assistencial efetivo da unidade na competência, estando relacionado à inconsistência de registros ocorrida durante o processo de transição do sistema.

A unidade mantém o acompanhamento sistemático do indicador, com validação das movimentações de internação e alta, visando assegurar a consistência dos dados utilizados na composição dos indicadores e a adequada avaliação do desempenho assistencial.

METAS DA VARIÁVEL 3

	JULHO/2026
--	------------

INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	399	82,4%
	Total de gestantes e puérperas em observação		484	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	399	100%
	Total de respostas efetivas		399	

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 às **484 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **399 formulários, onde 399 foram preenchidos com conceito de satisfação positivo**, correspondendo a aproximadamente **82,4% das gestantes e puérperas internadas**, superando a meta preconizada.

No que tange ao percentual de usuárias internadas que se declararam satisfeitas e/ou muito satisfeitas durante a internação, **atingimos um índice de 100% no período avaliado**. Para fins de análise, segue abaixo a planilha disponível via drive, contendo a relação individual por usuário, bem como a distribuição quantitativa da pesquisa por dia em toda a unidade hospitalar.

- *Anexo 8: Pesquisa de Satisfação HMMR*

Como ação complementar, o CEJAM desenvolveu o **Serviço de Atenção ao Usuário (SAU)**, canal destinado para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários,

podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade. Também transmitiremos os elogios recebidos via **SAU** para os colaboradores com o objetivo de **incentivar os mesmos a orientarem aos usuários sobre a ferramenta de manifestação**.

Impende informar que além da **Pesquisa de Satisfação Interna** e o **SAU**, a CEJAM utiliza a pesquisa **NPS**, ferramenta utilizada para medir a satisfação do cliente, sendo calculado com base nas respostas de uma pesquisa NPS, extremamente útil para monitorar o sucesso e a satisfação dos clientes.

Quanto ao processo acoplado com a prefeitura, a ouvidoria é responsável pelo recebimento e inserção dos apontamentos da **Ouvidoria da SMS, 1746**. Todas as ouvidorias e pesquisas de opinião são avaliadas e, quando necessário, são respondidas apurando os fatos e adotando as providências oportunas. Compartilhamos para conhecimento, o relatório referente ao mês de julho das manifestações de ouvidoria cadastradas no 1746.

2.1 METAS FÍSICAS - PRODUÇÃO

Demonstramos abaixo a relação de julho e projeção do ano todo, considerando que os ajustes e atualizações ocorrem na plataforma de maneira sistemática.

- Anexo 9: Oferta x Produção Ambulatório

Nesse sentido, evidencia-se um elevado número de consultas ofertadas para todo o ano de 2026, **com atingimento de 110,5% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de julho e 691 atendimentos na modalidade de Pré-Natal de Alto Risco** no período analisado.

Tabela 1 - Produção cirúrgica por procedimento cirúrgico em julho de 2026

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	JULHO/26
LT na ginecologia	>160	91
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	138
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	143
Total de cirurgias na ginecologia	>520	372

Fonte: Planilha CC/MV

Em relação aos procedimentos cirúrgicos ginecológicos realizados na unidade no mês de Julho, foram contabilizados 372 procedimentos, com destaque para as histeroscopias e demais cirurgias sem mudanças expressivas nos números relacionados a esses procedimentos em relação a Junho.

No período analisado, houve ajuste na oferta de vagas de retorno entre os ambulatórios de pré-operatório e de histeroscopia cirúrgica procurando maximizar os retornos de pacientes para agendamento cirúrgico, e diminuindo também a ociosidade da agenda. Esperamos que essa movimentação resulte em um impacto a médio e longo prazo, provavelmente a ser visto numericamente nos próximos 3-6 meses, com aumento no número de histeroscopias cirúrgicas.

Quanto à distribuição dos procedimentos, foram realizadas 138 histeroscopias, 91 laqueaduras tubárias (LT) e 143 procedimentos classificados como "outras" cirurgias ginecológicas.

Pela primeira vez, desde o início de 2026, considerando a série histórica, o número de LT foi abaixo de 100, mostrando que, de fato, diminuiu o número de pacientes com o perfil para este tipo de procedimento. Espera-se redução mês a mês uma vez que o ambulatório específico para essa cirurgia foi encerrado pela SMS no início do ano.

De forma geral, a unidade manteve as ações voltadas à otimização da agenda cirúrgica, ao melhor aproveitamento da capacidade instalada e à garantia da qualidade e segurança da assistência prestada visando um aumento do volume total de Histeroscopias nos próximos meses.

3. AÇÕES DE MELHORIAS REALIZADAS

3.1 AÇÕES DE MELHORIA ASSISTENCIAIS REALIZADAS EM JULHO DE 2026

CENTRO DE ESTUDOS

- **RESUMO DO PERÍODO**

Ao longo de julho de 2026 foram realizadas 29 atividades, sendo 23 capacitações/treinamentos e 6 encontros institucionais, totalizando 47,7 horas de carga horária ofertada. Foram convocados 946 profissionais, com 794 participações efetivas, resultando em uma taxa de adesão geral de 83,93%.

- **TREINAMENTOS E CAPACITAÇÕES**

Durante o mês de julho de 2026, foram realizadas capacitações e treinamentos voltados à qualificação técnica das equipes assistenciais e administrativas, contemplando temas relacionados à assistência, segurança do paciente, processos institucionais e rotinas dos diferentes setores.

Entre as capacitações realizadas, destacam-se: GCPEC, realizada em 01/07, com participação de 21 profissionais; Oficina de Partograma, em 02/07, com 54 participantes; Emergências Maternas, em 07/07, com 12 participantes; Integração de Novos Colaboradores, em 15/07, com 9 participantes; e Alinhamento da Educação Permanente, em 14/07, com 2 participantes.

Também foram realizados treinamentos específicos, incluindo Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) – equipe administrativa, com 5 participantes; Biossegurança, com 7 participantes; Reciclagem de reexposição de imagem, com 7 participantes; Treinamento do bisturi elétrico, com 20 participantes; Rotina de troca de artigos e dispositivos, com 45 participantes; Reunião da EMTN, com 5 participantes; Simulado de defeito na geladeira, com 9 participantes; e A higienização salva vidas, com 50 participantes.

No Complexo Neonatal, foram promovidas capacitações sobre a importância do silêncio e seus impactos clínicos e assistenciais, IHAC, orientações sobre isolamento respiratório e acolhimento e empatia na Neonatologia, com participação de 34, 35, 35 e 35 profissionais, respectivamente. Também foi realizado o treinamento Processos e Rotinas do SCIH, com 115 participantes.

No CME e no setor de ACCR, foram realizados treinamentos relacionados ao Código Azul, rastreamento, ar armazenado e distribuição de materiais pelo CME, abertura de carrinho PCR, maleta HPP, VAD e mochila de transporte, contingência na Emergência e alinhamento sobre o fluxo VVS, com participação de 14, 14, 26, 25 e 26 profissionais, respectivamente.

De forma geral, as capacitações apresentaram elevada adesão dos profissionais convocados, com predominância de atividades que alcançaram 100% de participação. As menores adesões ocorreram na Integração de

Novos Colaboradores (30%) e no treinamento IHAC – equipe administrativa (33,33%), além das capacitações do Complexo Neonatal relacionadas ao silêncio, isolamento respiratório e acolhimento, que apresentaram adesão de 68%, 70% e 70%, respectivamente.

- **ENCONTROS E REUNIÕES INSTITUCIONAIS**

Durante o mês, também foram realizados encontros institucionais e assistenciais destinados ao alinhamento de processos, análise crítica de indicadores e fortalecimento da cultura de segurança. Foram realizadas três reuniões de RAC Assistencial, nos dias 02, 09 e 16/07, com participação de 36, 35 e 23 profissionais, respectivamente. Também ocorreram a RAC Administrativa, em 23/07, com 38 participantes; a RAC – Comissões, em 30/07, com 27 participantes; e o Encontro sobre Ambiência em Saúde, realizado em 22/07, com participação integral dos 30 profissionais convocados.

Os encontros contribuíram para o alinhamento das equipes, acompanhamento dos processos institucionais e discussão de aspectos relacionados à assistência, gestão e segurança, fortalecendo a integração entre os diferentes setores do hospital.

- **REGISTROS FOTOGRÁFICOS**





ENGENHARIA CLÍNICA E MANUTENÇÃO

As atividades desenvolvidas pelas equipes de Manutenção e Engenharia Clínica durante o mês de julho foram executadas conforme planejamento operacional e demandas identificadas pela unidade. As ações realizadas contribuíram para a manutenção da infraestrutura hospitalar, aumento da disponibilidade dos equipamentos, melhoria das condições operacionais dos ambientes assistenciais e fortalecimento da segurança dos processos. Os resultados demonstram o compromisso das equipes com a qualidade dos serviços prestados e com a continuidade da assistência aos pacientes do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro.

Reparos em enfermarias



Manutenção preventiva em régua do centro cirúrgico



Reforma de enfermaria 302

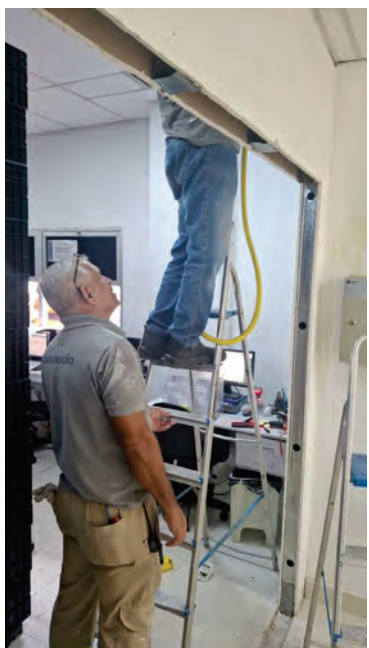




Reparos em Materiais



Ampliação do almoxarifado



Instalação elétrica da usina de gases



Instalação do disjuntor referente a usina de gases



Manutenção corretiva no chiller

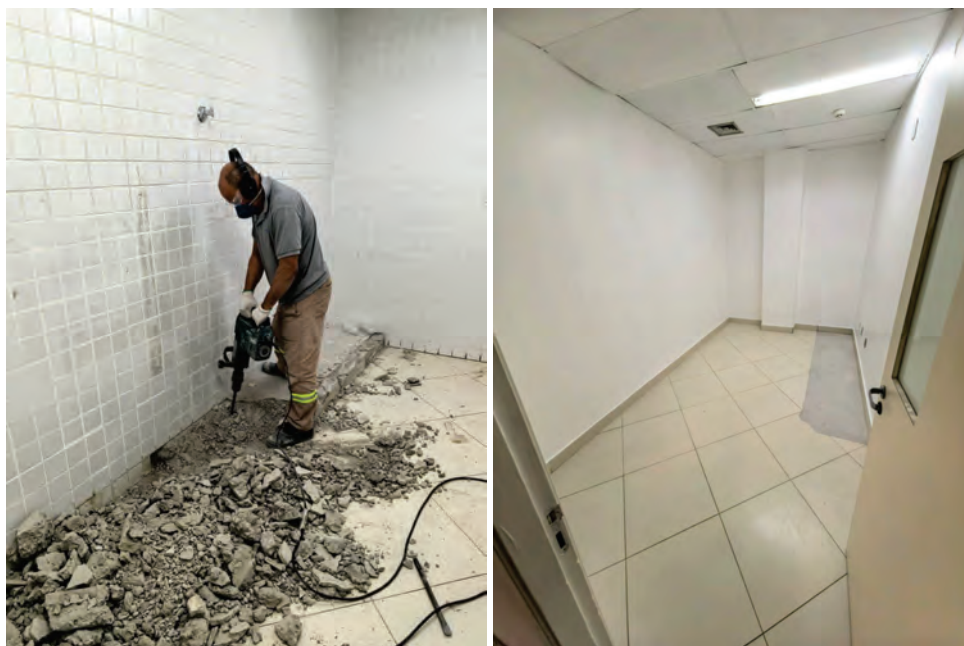




Análise de qualidade da água



Reforma do estar da cegonha



Pintura de paredes internas da unidade



Adequação da escada para licença dos bombeiros

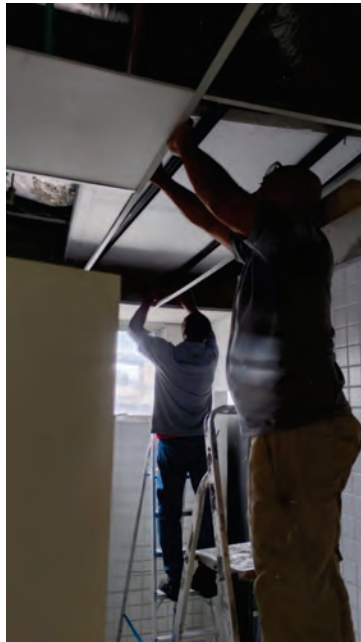


Adequação de piso de entrada de serviço da unidade



Troca de forro de vestiários



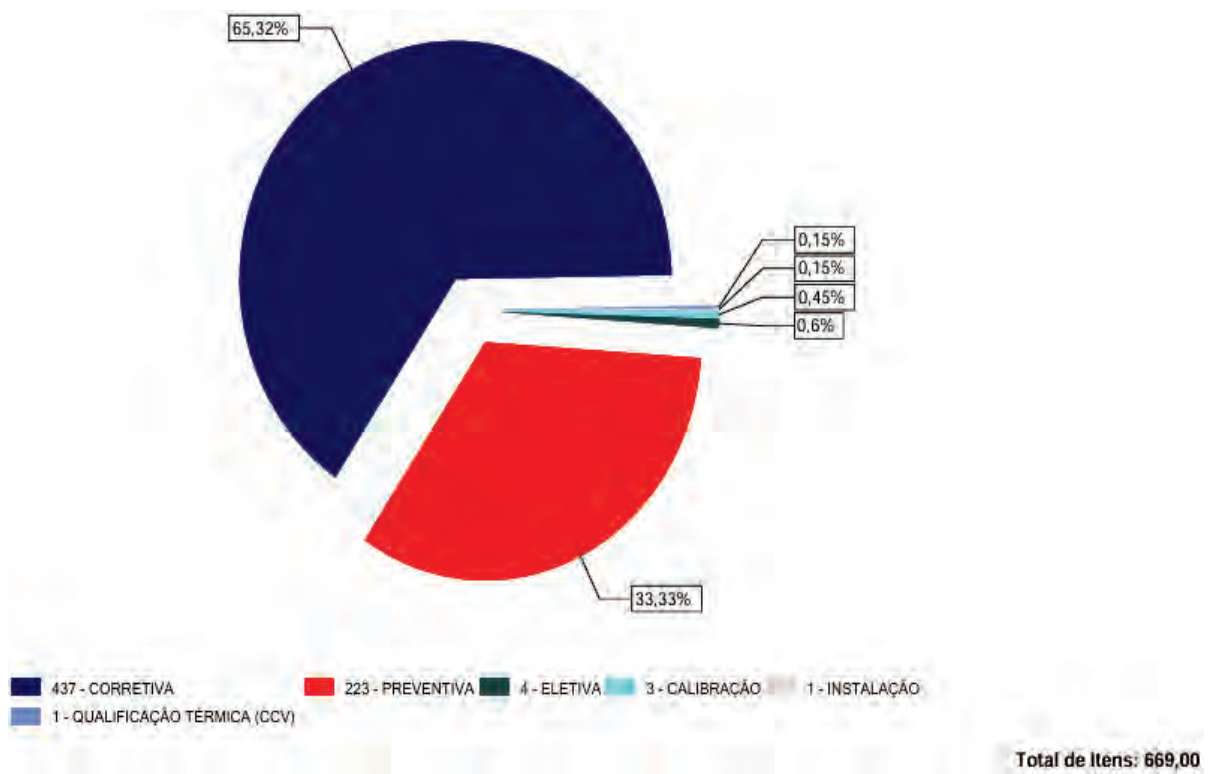


Manutenção de enfermarias

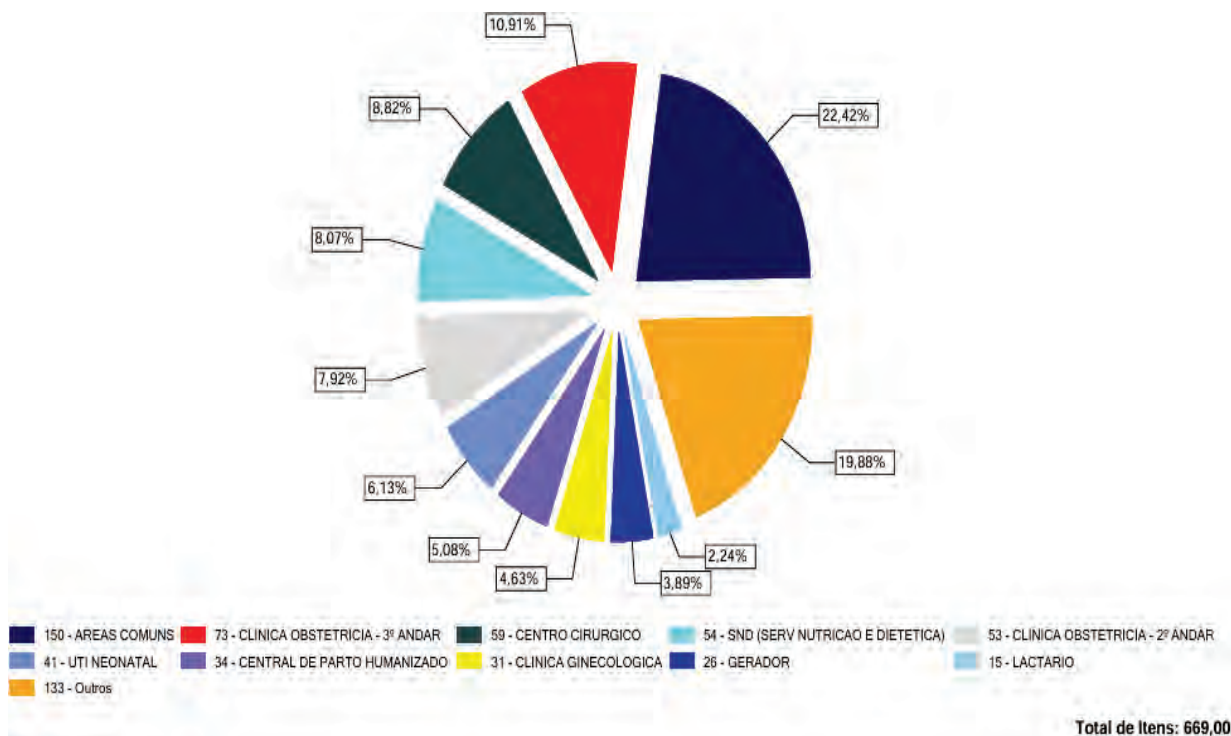


Produção do setor:

Tipo de manutenção



Centro de custo



4. ENGENHARIA CLÍNICA

Teste de segurança elétrica em equipamentos



Manutenção corretiva em balança



Manutenção corretiva em bomba extratora de leite



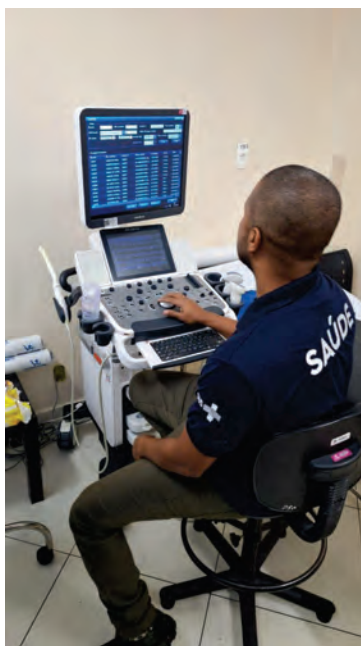
Montagem da cúpula da incubadora



Teste com phantom



Alteração do IP "PACS" ultrassom

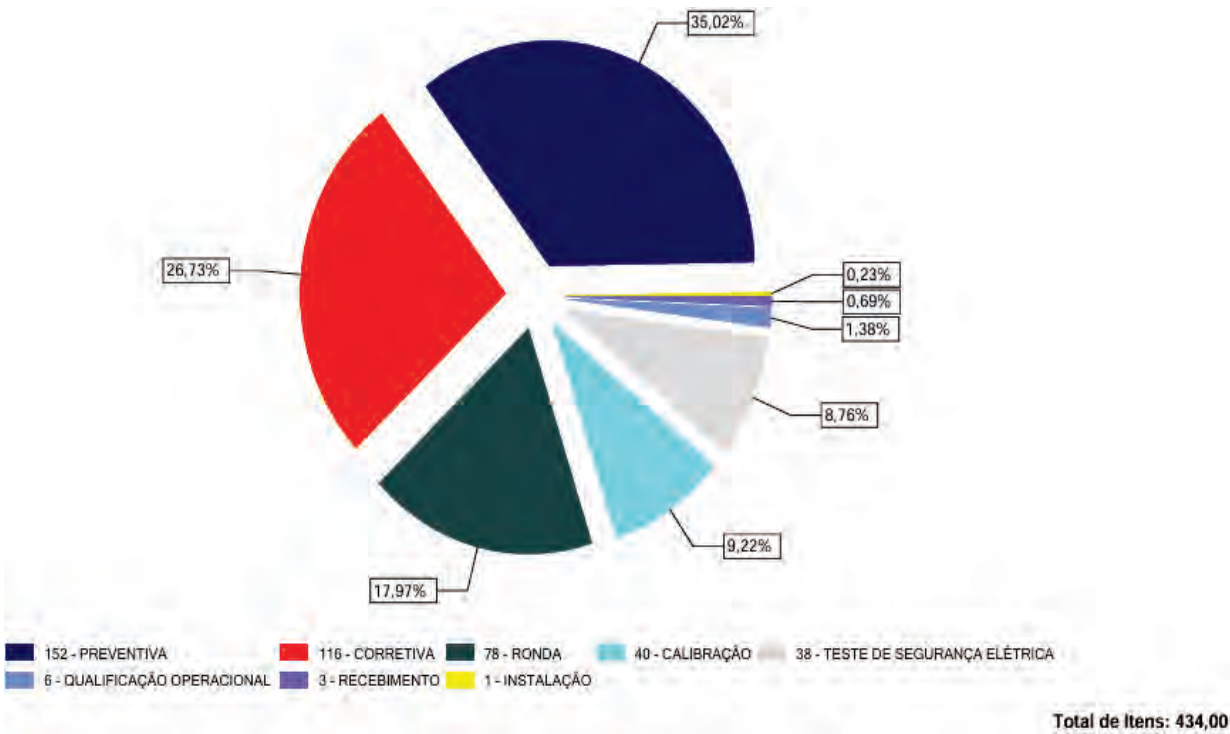


Ronda diária em setores críticos

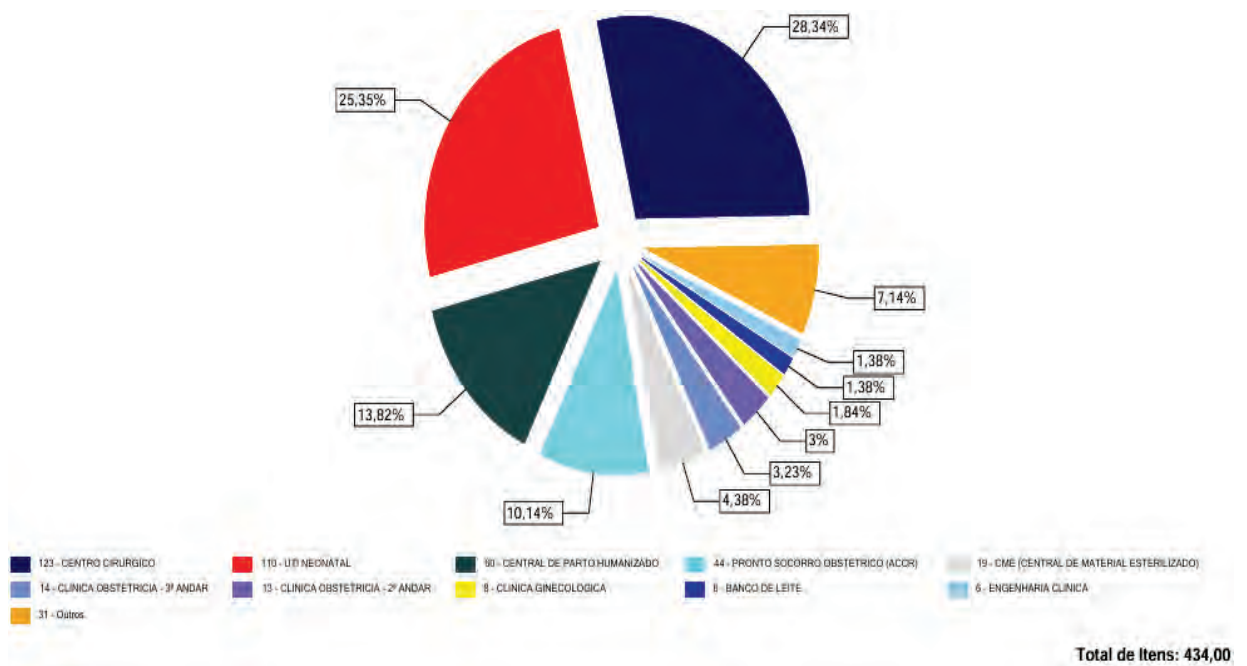


Produção do setor:

Tipo de manutenção



Centro de custo



ANEXOS

- 1- ATA da Comissão de Óbitos
- 2- Registro de Parto Cesáreo
- 3- Plano de Ação Cesarianas 2026
- 4- Ofício SMS nº 5506/2026
- 5- Relação de uso de Corticoterapia
- 6- Relação de Sulfato de Magnésio
- 7- Relação AMIU
- 8- Relatório Ouvidoria SMS - 1746
- 9- Oferta x Produção Ambulatório 2026
- 10- Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia - LT
- 11- Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia - VH
- 12- Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia - DEMAIS
CIRURGIAS
- 13- Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

