



20
25

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
SETEMBRO 2025

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 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

			SETEMBRO/2025	
INDICADOR VARIÁVEL 1 - INCENTIVO A GESTÃO	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de apresentação de AIH	Nº total de AIH apresentadas no mês	≥ 1	778	1,0%
	Nº total de internações por mês		778	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	5	0,66%
	Nº de AIH apresentadas		756	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	685	100%
	total de prontuários com alta		685	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	6	100%
	Nº de óbitos analisados		6	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	1.318.856,61	5,07%
	Valor total gasto no trimestre		26.022.688,25	
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%	126	96,9%
	Total de itens adquiridos		130	
7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade	95%	255	100,00%

	Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise		255	
--	---	--	-----	--

Indicador 2. Taxa de rejeição do AIH

Referente ao Indicador 2, Taxa de rejeição de AIH, impende informar que os valores de numerador 05 AIHs rejeitadas, e denominador, 756 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-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 **01/10/2025**, 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 **03 casos de óbito neonatal**, todos intrahospitalares e classificados como precoce, além de **03 casos de natimortos**, sendo 01 extra hospitalar e 02 intrahospitalares. Todos os detalhes referentes a esses casos, incluindo os diagnósticos de internação, estão documentados em ata anexa a este relatório.

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\$ 1.318.856,61** considerando um o valor de **R\$ 26.022.688,25** do total utilizado, **resultando em um percentual de 5,07%**, assim, permanecendo **fora da meta estabelecida para o indicador**.

Nesse viés, o percentual de gasto administrativo em relação ao total de gastos apresentou uma pequena variação de 0,07 p.p. acima da meta estabelecida (5%).

A pequena diferença observada deve-se, principalmente, a ajustes pontuais no cronograma de execução financeira, especialmente em despesas de apoio à gestão vinculadas à RUE, que concentraram pagamentos de competências anteriores e ajustes de lançamentos contábeis neste trimestre.

Cabe ressaltar que as despesas da Regional RJ permaneceram dentro do previsto em orçamento, e que os demais gastos seguiram o fluxo regular de aprovações e conformidade processual, conforme diretrizes do setor financeiro.

O setor financeiro permanece à disposição para atuar em conjunto com a unidade, aprofundando a análise dos lançamentos e identificando oportunidades de otimização, a fim de garantir o equilíbrio dos indicadores nos próximos períodos.

Considerando o valor marginal da variação e o caráter pontual dos ajustes, entende-se que o resultado está em conformidade com o comportamento

esperado do indicador, sem representar tendência de aumento estrutural no gasto administrativo.

TERMO DE COLABORAÇÃO 001/2022 - DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO						
POSIÇÃO TRIMESTRAL						
ITEM	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado
	MÊS 41	MÊS 41	MÊS 42	MÊS 42	MÊS 43	MÊS 43
Apoio à gestão CGE	79.707,98	82.525,96	79.707,98	45.661,99	79.707,98	42.138,95
Apoio à gestão da RUE	318.831,93	404.275,87	318.831,93	358.870,94	318.831,93	385.382,90
Total APOIO À GESTÃO	398.539,91	486.801,83	398.539,91	404.532,93	398.539,91	427.521,85
Trimestral REALIZADO	1.318.856,61					
Total Geral CRONOGRAMA	8.589.187,43		8.589.187,43		8.589.187,43	
Total Mensal REALIZADO	10.307.699,44		8.105.334,48		7.609.654,33	
Resultado no Mês:	4,72%		4,99%		5,62%	
TRIMESTRAL	26.022.688,25					
	5,07%					

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 130 produtos, dos quais 126 itens estavam abaixo do preço da SMS, o que corresponde a um **percentual de 96,9%** 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 fito de proporcionar uma análise 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 2024/2025", disponível via drive [Qualificação Prestadores de Serviço - HMMR 2024/2025](#), contendo a relação individual e mensal dos serviços prestados.

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II

			SETEMBRO/2025	
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%	1.894	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.894	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	159	48,04 %
	Total de partos realizados		331	
% RNs elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na unidade Canguru	Número de RNs elegíveis internados na unidade Canguru superior a 5 dias	> 80%	1	100%
	Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru		1	
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%	0	0%
	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%	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%	12	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		12	
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%	169	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		169	
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%	1	0,3%
	Nº total de nascimentos		333	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	318	96%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		331	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	244	8,41
	Nº de saídas		29	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.079	2,34
	Nº de saídas na Obstetrícia		461	

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.

Cumpre informar que das pacientes atendidas no mês de setembro, **82,17% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 11,33% ginecológicas, 4,89% puérperas e 1,61% nas demais especialidades.** De todas as pacientes atendidas na emergência (1794), **73,25% 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 exibe o tempo médio de atendimento após a estratificação por cor de classificação de risco. Observamos que **91,5% 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
	9	0,48%	9	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
	49	2,59%	33	14 min	≤ 15 min.	100%
	351	18,54%	264	22 min	≤ 30 min.	100%
	1.373	72,5%	1.315	43 min	≤ 120 min.	100%
	112	5,91%	112	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.894	100%	1.733			

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

Em setembro de 2025, a unidade realizou 331 partos, sendo 172 partos vaginais (52%) e 159 cesarianas (48%).

Entre as cesarianas, 21% foram indicadas por alterações na avaliação do bem-estar fetal, como sofrimento fetal agudo, cardiotocografia com padrão não tranquilizador, restrição de crescimento intrauterino ou redução do volume de líquido amniótico. A recusa da indução do trabalho de parto ou o desejo expresso da gestante representaram 10% das cesarianas. Além disso, 9% apresentavam histórico de mais de uma cesariana anterior.

A taxa de prematuridade no período foi de 15%. Vale destacar que, em setembro, apenas um recém-nascido com peso igual ou superior a 2.500g apresentou índice de Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida — um importante indicador para avaliação de asfixia neonatal.

Dos partos realizados, 96% contaram com a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, conforme previsto na Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

Fatores como vulnerabilidade social, aspectos culturais, deficiências na assistência pré-natal e questões socioeducacionais contribuem para a elevada taxa de cesarianas na unidade. A ampliação dos critérios legais para a realização da laqueadura tubária e o desconhecimento sobre indução de parto, que para a maioria das clientes parece algo muito perigoso, também pode ter influenciado o aumento na solicitação de cesarianas com essa finalidade ao longo do último ano.

Apesar do discreto aumento da taxa no período, a unidade segue monitorando atentamente esse indicador e implementando medidas para incentivar o parto vaginal seguro, como a ampliação da oferta de analgesia, maior estímulo às orientações no pré-natal, expansão das opções de indução do trabalho de parto e promoção de atividades educativas para gestantes. O objetivo é manter a tendência de redução gradual das cesarianas desnecessárias, alinhando a prática assistencial às recomendações nacionais e internacionais de segurança obstétrica.

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

Durante o período mencionado, houve registro de apenas 01 admissão de RN na Unidade Canguru. Nesse sentido, o mesmo atende aos critérios estabelecidos para sua elegibilidade pois permaneceu 5 dias internado na unidade para ganho de peso. Dessa forma, a relação nominal do RN encontra-se abaixo:

NOME	PRONT	INTERN.	SAÍDA	DIAGNÓSTICO	PESO
RN LORRANY CONCEIÇÃO DA SILVA	790428	20/09/2025	25/09/2025	Prematuro Moderado	2090g

Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período de setembro a UTI neonatal **não registrou casos de ROP III**, considerando apenas 02 casos de recém-nascidos com peso <1500g admitidos no setor da UTI neonatal. Abaixo encontra-se a relação dos 2 RNs supracitados:

Pacientes Elegíveis:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN SUELEN ALEXANDRA MATIAS	287554	08/09/2025	8/9	Feminino	1315g	33s
RN EMANOELA CRISTINA LARANJA	289923	22/09/2025	7/8	Masculino	970g	27s +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 setembro tivemos três bebês com peso de nascimento inferior a 1500g que completaram 36 semanas sendo que **nenhum** evoluiu com diagnóstico de broncodisplasia (0% dos casos). Dessa forma, encontra-se abaixo a relação nominal dos pacientes que são elegíveis aos critérios iniciais de análise de Displasia Broncopulmonar

Pacientes Elegíveis:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN KEMILY DA CRUZ	277886	12/07/2025	5/7/9	Feminino	1085g	28s +3d
RN SUELEN ALEXANDRA MATIAS	287554	08/09/2025	8/9	Feminino	1315g	33s
RN ALINE OLIVEIRA	277806	11/07/2025	8/8	Feminino	885 g	28s + 5d

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

No período vigente foram contabilizados 19 prescrições de corticoterapia antenatal referentes a **19 gestantes com indicação de corticoterapia por**

risco de nascimento prematuro, correspondendo a 100% da meta preconizada. 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 foi utilizado Sulfato de Magnésio em **12 pacientes**, em relação a **12 casos** de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave internadas na instituição. A planilha de auditoria encontra-se anexa ao Relatório. Ressaltamos que o número ficou abaixo da meta atual em função de uma redução do número de pacientes com casos de pré-eclâmpsia confirmados no mês de setembro e um leve incremento de pacientes puerperais que realizaram a medicação, porém não se enquadram na relação de elegibilidade para contagem no indicador, fato que refletiu diretamente no resultado do período em análise.

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado houve um quantitativo de **19 AMIU realizadas**, em relação a **19 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 setembro a unidade registrou **apenas um** caso de asfixia perinatal, considerando 333 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,3% cumprindo a meta estabelecida**. Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN THALIA FELIPE RIBEIRO	29009	24/08/2025	1/5/8	Feminino	3650g	40s+5s

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

No mês de setembro, o tempo médio de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) foi inicialmente calculado em **9,45 dias**, considerando todos os pacientes internados no período. Entretanto, ao realizar uma análise detalhada, observou-se que esse resultado estava sendo diretamente influenciado pela permanência prolongada de um paciente que não se enquadra no perfil assistencial da unidade e que ocupou um leito por 20 dias do mês. Ao desconsiderar esse caso específico, o tempo médio de permanência ajustado passa a ser de **8,41 dias**, valor que ainda supera as metas de contrato, entretanto, reflete de forma mais fidedigna o tempo de permanência da UTIN na unidade. Segue a relação do cálculo realizado abaixo:

Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	274	9,45
	Nº de saídas	29	

Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	244	8,41
	Nº de saídas	29	

Segue a relação do caso abaixo:

RN SARA RAFAELLY CORRÊA DUTRA, a termo, 41 semanas 2 dias, parto vaginal, Apgar 9/9, peso 3680g, DN: 14/07/2025, internado na UTI neonatal no primeiro dia de vida por desconforto respiratório. Foi colocado em CPAP e observou-se estridor inspiratório importante. Durante a internação não foi possível o desmame de oxigenioterapia, pois o RN apresentava taquidispnéia importante quando retirado o dispositivo de pressão positiva. No dia 28/07/2025 foi solicitado junto ao Instituto Fernandes Figueira a realização de broncoscopia, que só foi realizada no dia 21/08/2025. O exame evidenciou o diagnóstico de paralisia de cordas vocais bilateral, com indicação de traqueostomia. No dia 22/08/2025 o RN foi inserido no Sistema Estadual de Regulação para realização de traqueostomia e encontra-se em fila até o presente momento, sem previsão de realizar o procedimento cirúrgico. Dessa forma o paciente permaneceu internado todo o mês de agosto na UTIN, aguardando exame e procedimento cirúrgico, estando fora do perfil de nossa unidade.

Além disso, uma das principais linhas de cuidado da UTI neonatal do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro é a prematuridade extrema, haja vista o volume de mulheres provenientes do pré-natal de alto risco, que apresentam comorbidades que elevam as chances de parto prematuro. Obviamente o perfil de admissão e a gravidade dos recém nascidos muda ao longo dos meses, concentrando em alguns momentos recém nascidos com maior complexidade e gravidade. Ao longo do mês de agosto tivemos 8 internações de RN com menos de 1500g, sendo 5 deles com menos de

1000g, o que impactou diretamente no perfil de gravidade e no tempo de permanência do mês de setembro, já que esses pacientes demandam estadia prolongada em leito de UTI. Ao longo desse ano esse cenário já ocorreu outras vezes, impactando fortemente no cumprimento da meta de tempo de permanência da UTI.

Por fim, é importante citar também que constantemente temos pacientes com longa permanência na UTI, já em perfil pediátrico, aguardando exames e transferências. Em setembro, como mencionado, tivemos um paciente aguardando revisão de broncoscopia e realização de traqueostomia por 20 dias. Esse conjunto de fatores não permitiu que o tempo médio de permanência se mantivesse dentro da meta.

Reforçamos ainda que a equipe da UTIN permanece comprometida em oferecer atendimento seguro e de qualidade, mantendo práticas alinhadas às melhores evidências e buscando constantemente a redução dos tempos de internação, quando clinicamente possível.

METAS DA VARIÁVEL 3

			SETEMBRO/2025	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	438	90,9%
	Total de gestantes e puérperas em observação		482	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	435	99,3%
	Total de respostas efetivas		438	

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 **482 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **438 formulários, onde 435 foram preenchidos com conceito de satisfação positivo**, correspondendo a aproximadamente **90,9% 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 99,3% 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 setembro 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 setembro 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 2025, **com atingimento de 122% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de setembro**. 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 setembro de 2025

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	SETEMBRO/25
LT na ginecologia	>160	137
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	168
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	107
Total de cirurgias na ginecologia	>520	412

Fonte: Planilha CC/MV

No mês de setembro, evidencia-se uma redução de 50% no quantitativo de cirurgias ginecológicas canceladas quando comparado a média dos 3 últimos meses (28 cancelamentos), resultado significativo diante desse contexto, nos quais os índices foram mais altos. Nesse sentido, é importante ressaltar que ainda houve falta de pacientes agendadas apesar da confirmação na véspera por telefone e whatsapp, principalmente pacientes agendadas para realização de laqueadura tubária. Observamos uma discreta diminuição de pacientes canceladas por pico pressórico neste mês após plano de ação com médicos do ambulatório em relação às pacientes descompensadas (ASA 3), além de cancelamentos de pacientes com quadro de angina. Ainda assim, apesar do incremento quando comparado ao mês passado, ainda não foi possível cumprir a meta estabelecida. Reforçamos com a equipe ambulatorial sobre contra referenciamento de pacientes fora do perfil da unidade, incluindo as descompensadas de doenças de base (HAC, DM), passado de angina e dispneia não previamente relatados. Devido ao número de cirurgias realizadas abaixo da meta, estamos elaborando ações para aumentar o quantitativo de procedimentos realizados visando o atingimento de metas contratuais. Dessa forma, reforçamos nosso compromisso em aprimorar os fluxos assistenciais, reduzir cancelamentos e assegurar o cumprimento das metas contratuais, sempre priorizando a segurança e a qualidade do atendimento às pacientes.

3. AÇÕES DE MELHORIAS ESTRUTURAIS

3.1 AÇÕES DE MELHORIA REALIZADAS EM SETEMBRO DE 2025

No mês de setembro, o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro participou do Dia Mundial da Segurança do Paciente, promovido pela SUBHUE/SMS no auditório do Hospital Municipal Souza Aguiar, apresentando a experiência da unidade com a acreditação e os avanços alcançados a partir da conquista da ONA 2.

Também foram iniciadas ações voltadas para adequação de fluxos e documentos internos em função da atualização do sistema MV, que trará maior agilidade e melhorias nos processos internos. Além disso, iniciou-se um planejamento interno para a ampliação da oferta e realização de analgesia pós-parto, com o fito de ampliar o acesso das pacientes a técnicas de alívio da dor durante o pós-parto, promovendo maior conforto, humanização e qualidade no cuidado materno.

Encerrando o mês, foi realizado o Seminário de Accountability 2025, no qual a unidade apresentou à Secretaria Municipal de Saúde seus principais dados gerenciados e os resultados do primeiro semestre. O encontro foi um momento estratégico para compartilhar conquistas, evidenciar avanços nos indicadores e fortalecer a cultura de transparência na gestão hospitalar. A iniciativa reafirma o compromisso do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro com a melhoria contínua, a prestação de contas e a busca por excelência no cuidado oferecido à população.

Para o mês de outubro, novas ações de melhoria já estão planejadas, reforçando o compromisso da unidade com a inovação, a humanização do

atendimento e a manutenção de elevados padrões de qualidade e segurança para todas as pacientes.

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

