



20
25

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
JUNHO 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

			JUNHO/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	756	1,02%
	Nº total de internações por mês		744	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	15	1,8%
	Nº de AIH apresentadas		825	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	657	100%
	total de prontuários com alta		657	
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%	1.095.866,98	4,49%
	Valor total gasto no trimestre		24.399.541,45	
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%	129	97%
	Total de itens adquiridos		133	
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 15 AIHs rejeitadas, e denominador, 825 autorizações de internações hospitalares apresentadas, são referentes à Competência do mês de março, 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 **02/07/2025**, 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 **02 casos de óbito neonatal**, ambos classificados como precoce, e **04 casos de natimortos e 2 casos de neomortos**, sendo 03 ocorridos em ambiente extra-hospitalar e 03 em ambiente intra-hospitalar. 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\$ 1.095.866,98** considerando um o valor de **R\$ 24.399.541,45** do total utilizado, **resultando em um percentual de 4,49%**, assim, permanecendo **dentro da meta estabelecida para o indicador**.

A fim de transparência do resultado, segue abaixo a composição dos gastos com apoio à gestão prestação de contas período de junho de 2025 e o reflexo trimestral:

TERMO DE COLABORAÇÃO 001/2022 - DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO						
POSIÇÃO TRIMESTRAL						
ITEM	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado
	MÊS 38	MÊS 38	MÊS 39	MÊS 39	MÊS 40	MÊS 40
Apoio à gestão CGE	79.707,98	32.711,11	79.707,98	51.876,26	79.707,98	55.143,71
Apoio à gestão da RUE	318.831,93	316.990,82	318.831,93	322.542,47	318.831,93	316.602,61
Total APOIO À GESTÃO	398.539,91	349.701,93	398.539,91	374.418,73	398.539,91	371.746,32
<i>Trimestral REALIZADO</i>	1.095.866,98					
Total Geral CRONOGRAMA	8.589.187,43		8.589.187,43		8.589.187,43	
Total Mensal REALIZADO	7.650.044,77		7.710.058,38		9.039.438,30	
Resultado no Mês:	4,57%		4,86%		4,11%	
TRIMESTRAL	24.399.541,45					
	4,49%					

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 133 produtos, dos quais 129 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

Com o propósito de proporcionar uma análise dos dados que sejam fiel às informações requisitadas, o setor de gestão de indicadores desta unidade desenvolveu uma nova ferramenta, cuja implementação se deu a partir de fevereiro de 2024. Tal iniciativa visa aprimorar a qualificação dos dados, promovendo uma avaliação criteriosa, estratificação e análise dos fornecedores.

Para garantir a qualidade do serviço prestado pelos envolvidos, realiza-se uma auditoria mensal, na qual se avalia minuciosamente a qualidade dos serviços. Com vistas a assegurar maior transparência no processo, segue anexa a planilha "Qualificação Prestadores de Serviço - HMMR 2024/2025", disponível via drive [Qualificação Prestadores de Serviço - HMMR 2024/2025](#), contendo a relação individual e mensal dos serviços prestados.

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II

			JUNHO/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%	1.700	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.700	

Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	142	44,65 %
	Total de partos realizados		318	
% 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		6	
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		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%	22	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		22	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	34	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		34	
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%	4	100%
	Total de abortos		4	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	1	0,31%
	Nº total de nascimentos		318	

Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	310	97,5%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		318	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	306	9,56
	Nº de saídas		32	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	998	2,30
	Nº de saídas na Obstetrícia		433	

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 junho, **79,67% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 13,63% ginecológicas, 5,90% puérperas e 0,8% nas demais especialidades.** De todas as pacientes atendidas na emergência (1700), **66,82% 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 **89,71% 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
	8	0,47%	8	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
	66	3,88%	49	08 min	≤ 15 min.	100%
	332	19,53%	258	18 min	≤ 30 min.	100%
	1.187	69,82%	1.103	48 min	≤ 120 min.	100%
	107	6,29%	107	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.700	100%	1.525			

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 Junho de 2025, a unidade realizou 318 partos, sendo 176 partos vaginais (55%) e 142 cesarianas (44,65%).

Entre as cesarianas, 25% (35 casos) 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 16% das cesarianas (24 casos). Além disso, 7% (11 mulheres) apresentavam histórico de mais de uma cesariana anterior e 7% (10 registros) envolviam gestantes com apresentação pélvica.

A taxa de prematuridade no período foi de 14%. Vale destacar que, em junho, nenhum 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, 100% 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.

A direção e as coordenações da maternidade têm desenvolvido diversas ações para incentivar o parto normal. Como resultado, no último mês foi observada uma redução significativa na taxa de cesarianas.

Segue link de acesso ao controle interno de parto cesárea:

[REGISTRO DE PARTO CESÁREO](#)

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 junho a UTI neonatal **não registrou casos de ROP III**, considerando 06 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 JESSICA AZEVEDO	271025	01/06/2025	8/9	Feminino	1255 g	31s +2d
RN PAULA DE SOUZA	272132	07/06/2025	5/8	Feminino	1095 g	30s + 1d
RN DAIANE DE JESUS	273120	13/06/2025	3/7	Masculino	1150 g	29s
RN ESTELA DE SOUZA	275059	25/06/2025	8/8	Masculino	1430	29s+2d
RN LARISSA BATISTA	273942	18/06/2025	8/9	Feminino	1025 g	29s
RN ADRIANA DE SOUZA	275633	28/06/2025	8/9	Feminino	1480 g	34 s+ 1d

Indicador 5. Incidência de Displasia Broncopulmonar

No mês de junho, a UTI Neonatal **não registrou casos de displasia broncopulmonar**, porém tivemos 02 pacientes que se enquadram nos critérios.

Segue relação de pacientes:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN LORENA SOARES	263529	19/04/2025	5/8	Feminino	855g	26s
RN LETÍCIA VITÓRIA	268445	18/05/2025	6/8	Feminino	1220g	31+4

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

No período aludido foram contabilizados 22 prescrições de corticoterapia antenatal referentes a **22 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 **34 pacientes**, em relação a **34 casos de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave** internadas na instituição. A planilha de auditoria encontra-se anexa ao Relatório.

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado houve um quantitativo de **09 AMIU realizadas**, em relação a **09 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 junho a unidade registrou apenas um casos de asfixia perinatal, considerando 324 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,31% cumprindo a meta estabelecida**. Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN CAROLINE GAMA	271861	06/06/2025	4/6/7	Masculino	1755g	28s + 3d

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

No mês de junho, o **indicador 12**, que se refere ao tempo médio de permanência na UTI neonatal, **não atingiu a meta estabelecida**. 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 junho, **onze bebês tiveram internação acima de 8 dias**, incluindo casos que seguem internados pela doença de base. Cumpre informar que além dos casos dos recém-nascidos que apresentaram alguma condição clínica importante ao nascimento (prematuridade, cardiopatia complexa e laringomalácia, por exemplo), também estamos recebendo

pacientes diagnosticados com quadros graves de bronquiolite, referenciados da rede, necessitando dos cuidados da equipe multidisciplinar e utilização de recursos e tecnologias disponíveis na UTI, e com isso, interferindo no tempo médio de permanência da Unidade.

NOME	PRONTUÁRIO
RN JESSICA AZEVEDO SANTOS	271065
RN ELISANGELA DOS SANTOS CASTRO	254429
RN ANA PAULA SOUSA CONCEIÇÃO	272132
RN GABRIELA PIRES DOS SANTOS ALMEIDA	231026
RN DAIANE DE JESUS ATALIBA RIBEIRO	273942
RN LARISSA BATISTA DA SILVA	273942
RN SARAH REIS BELCHIOR	274271
RN ESTELA SOUZA SILVESTRE	275359
RN LUANA VIEIRA DA SILVA	273483
RN ISABELA DA SILVA ÁREA	270844
RN CRISTIANE DE SOUZA FERREIRA	268345

METAS DA VARIÁVEL 3

			JUNHO/2025	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	381	86%
	Total de gestantes e puérperas em observação		441	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	379	99,5%
	Total de respostas efetivas		381	

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 **518 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **396 formulários com conceito de satisfação positivo**, correspondendo a aproximadamente **78% 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 99,7% 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 junho das manifestações de ouvidoria cadastradas no 1746.

2.1 METAS FÍSICAS - PRODUÇÃO

Considerando a adequação do serviço para cumprimento das metas ambulatoriais pactuadas no Termo de Colaboração vigente, impende informar que a reestruturação do setor implicou na ampliação de agenda, RH e melhora da organização física, buscando celeridade e aperfeiçoamento da capacidade operacional no ambulatório, o que, consequentemente, pode ser identificada no panorama de oferta mensal e anual de consultas no SISREG. Demonstramos abaixo a relação de junho 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 113,6% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de junho**. 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 junho de 2025

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	JUNHO/25
LT na ginecologia	>160	134
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	188
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	80
Total de cirurgias na ginecologia	>520	402

Fonte: Planilha CC/MV

Neste mês, observamos um impacto significativo na meta de procedimentos de laqueadura tubária devido a dois fatores principais: ausência de pacientes no dia do procedimento, mesmo após confirmação prévia na véspera, e suspensão de cirurgias por intercorrências clínicas, especialmente picos hipertensivos identificados no pré-operatório. Em relação às cirurgias de histeroscopia cirúrgica (VHC), também registramos suspensões pelo mesmo motivo — elevações pressóricas — mesmo em pacientes em uso regular de medicação anti-hipertensiva conforme prescrição. Esses casos demandaram reagendamento após avaliação e compensação clínica, reforçando a necessidade de acompanhamento mais próximo dessas pacientes no período prévio à cirurgia, com vistas a minimizar impactos nas metas assistenciais.

Em relação às faltas, cabe destacar que todas as pacientes ausentes haviam confirmado presença na véspera da cirurgia por meio de contato telefônico. Ainda assim, optaram por não comparecer, o que impossibilitou qualquer previsão ou ação preventiva por parte da equipe.

O serviço de agendamento cirúrgico realiza contato para confirmação das cirurgias a todas as pacientes agendas 24h antes da internação, com confirmação via telefone e via Whatsapp, e busca ativa no caso de não comparecimento.

3. AÇÕES DE MELHORIAS ESTRUTURAIS

3.1 AÇÕES DE MELHORIA REALIZADAS EM JUNHO DE 2025

Em junho de 2025, como parte do plano de ação para aprimorar os processos institucionais, foram estabelecidas diversas ações corretivas e preventivas em diferentes setores. Na Agência Transfusional, foi destacado o atendimento ao cronograma institucional e a necessidade de validação dos planos de contingência. No setor de Farmácia, houve a implementação do fluxo de farmacovigilância por meio de treinamentos e registro sistematizado das notificações em planilhas. Em Assistência Nutricional, foram revisados os materiais apresentados para a ONA, incluindo a totalidade dos serviços prestados e o modelo de cardápio adaptado para pacientes diabéticos.

No setor de Análises Clínicas, atualizaram-se os cronogramas de treinamento e os POPs vencidos, garantindo a conformidade com os padrões estabelecidos. O Diagnóstico por Imagem reforçou a capacitação da equipe através de planos de treinamento e implantação de plano de contingência. Na Gestão de Equipamentos, foi implantado um software de gerenciamento de serviços de manutenção, além da adequação dos documentos aos padrões exigidos. Na Infraestrutura, padronizou-se o cronograma de manutenção predial e ampliou-se o escopo das rondas técnicas.

No setor de Limpeza e Desinfecção, foram revisados os processos internos e as planilhas de monitoramento para melhoria contínua. Já na Central de Material e Esterilização, reforçou-se o acompanhamento mensal das quebras de acordos operacionais, com inserção de escala de trabalho e definição de responsabilidades na apresentação institucional. Por fim, no Processamento de Roupas e Enxoval, foram inseridos o plano de

contingência do setor e a descrição de cargos e escala dos profissionais envolvidos, fortalecendo a organização e a transparência dos processos.

Além das ações já realizadas, reforçamos o compromisso de seguir promovendo melhorias contínuas ao longo do mês de julho. As próximas iniciativas serão priorizadas de acordo com as exigências da ONA, buscando não apenas atender aos critérios de acreditação, mas também fortalecer a qualidade assistencial e a segurança do paciente, garantindo um aprimoramento global dos processos e do hospital como um todo.

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

