



20
26

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
FEVEREIRO 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 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 Pannel.

2.INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

2.1 METAS VARIÁVEIS

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 1

			FEVEREIRO/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	670	1,02
	Nº total de internações por mês		660	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	3	0,43%
	Nº de AIH apresentadas		693	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	592	100%
	total de prontuários com alta		592	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	8	100%
	Nº de óbitos analisados		8	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	1.396.715,67	5,08%

	Valor total gasto no trimestre		27.486.776,71	
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%	119	99,17%
	Total de itens adquiridos		120	
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 3 AIHs rejeitadas, e denominador, 693 autorizações de internações hospitalares apresentadas, são referentes à Competência do mês de dezembro, 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 **06/03/2026**, 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 **08 óbitos**, distribuídos da seguinte forma: **06 óbitos fatais**, onde **05 foram classificados como extra-hospitalares e 01 intra-hospitalar. Além disso, no mês de fevereiro também foi registrado 01 óbito neonatal precoce e 01 óbito neonatal tardio.**

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 mês de fevereiro, os **gastos referentes ao apoio à gestão** totalizaram **R\$1.396.715,67** , considerando o montante de **R\$27.486.776,71** utilizado no período. Dessa forma, o percentual apurado foi de **5,08%**, permanecendo fora da meta estabelecida para o indicador.

Nessa perspectiva, observa-se uma variação de 0,08 p.p. em relação ao limite de 5%, indicando leve extrapolação do parâmetro pactuado.

A diferença identificada decorre, principalmente, de ajustes pontuais no cronograma de execução financeira, com destaque para despesas de apoio à gestão vinculadas à RUE, que concentraram pagamentos referentes a competências anteriores, além de correções em lançamentos contábeis processadas neste mês.

O setor financeiro mantém-se à disposição para apoiar a unidade na revisão detalhada dos lançamentos e na identificação de possibilidades de otimização, com o objetivo de restabelecer o equilíbrio do indicador nos próximos períodos.

Considerando o caráter pontual dessas correções e a ausência de tendência estrutural de aumento, entende-se que o resultado permanece alinhado ao comportamento esperado do indicador, ainda que momentaneamente acima do limite estabelecido.

TERMO DE COLABORAÇÃO 001/2022 - DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO						
POSIÇÃO TRIMESTRAL						
ITEM	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado
	MÊS 46	MÊS 46	MÊS 47	MÊS 47	MÊS 48	MÊS 48
Apoio à gestão CGE	79.707,98	79.069,59	79.707,98	56.717,21	79.707,98	51.393,89
Apoio à gestão da RUE	318.831,93	391.675,53	318.831,93	407.303,84	318.831,93	410.555,61
Total APOIO À GESTÃO	398.539,91	470.745,12	398.539,91	464.021,05	398.539,91	461.949,50
Trimestral REALIZADO	1.396.715,67					
Total Geral CRONOGRAMA	8.676.390,37		8.589.187,43		8.589.187,43	
Total Mensal REALIZADO	10.013.976,29		9.425.626,09		8.047.174,33	
Resultado no Mês:	4,70%		4,92%		5,74%	
TRIMESTRAL	27.486.776,71					
	5,08%					

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 120 produtos, dos quais 119 itens estavam abaixo do preço da SMS, o que corresponde a um **percentual de 99,17%** 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 PARADIGMA. 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. Nesse sentido, obtivemos um percentual de 100% de conformidade no indicador analisado.

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 2025/2026", disponível via drive [Qualificação Prestadores de Serviço - HMMR 2024/2025](#), contendo a relação individual e mensal dos serviços prestados.

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II

			FEVEREIRO/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%	1.690	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.690	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	152	45,9%
	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		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%	15	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		15	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	18	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		18	
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%	173	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		173	
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	13	100%
	Total de abortos		13	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	2	0,59%
	Nº total de nascimentos		340	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	325	98,2%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		331	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	247	7,26
	Nº de saídas		34	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.035	2,42
	Nº de saídas na Obstetrícia		427	

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 fevereiro, **83,5% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 9,4% ginecológicas, 6,2% puérperas e 0,9% nas demais especialidades.** De todas as pacientes atendidas na emergência (1768), **68,8% 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 **88% 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	0,53%	9	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
	69	4,08%	47	15 min	≤ 15 min.	100%
	376	22,25%	280	23 min	≤ 30 min.	100%
	1.207	71,42%	1.122	48 min	≤ 120 min.	100%
	29	1,72%	29	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.690	100%	1.487			

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 Fevereiro de 2026, a unidade realizou 331 partos, sendo 179 partos vaginais (54%) e 152 cesarianas (46%). Entre as cesarianas, 21,8% 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 em média 11% das cesarianas, porém esse dado necessita de melhor aferição, dado que a recusa por muitas vezes apresenta dificuldade de registro. Além disso, aproximadamente 17,1% apresentavam histórico de mais de uma cesariana anterior. A taxa de prematuridade no período foi de 12,6%.

Vale destacar que, em fevereiro, apenas um recém-nascido apresentou índice de Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida na obstetrícia, representando um índice de 0,88%, sendo este um importante indicador para avaliação de asfixia neonatal.

Dos partos realizados, 98% contaram com a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, conforme previsto na Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Além disso, ressalta-se que o direito foi assegurado a 100% das pacientes.

No mês de fevereiro, em torno de 40% das gestantes internadas eram gestantes portadoras de comorbidades e foram classificadas como de alto risco. Além disso, destaca-se o Grupo 2 de Robson, que representou 34% das cesarianas do período e o Grupo 5 que, em sua totalidade, representou 32%.

Nesses grupos, fatores como vulnerabilidade social, aspectos culturais, deficiências na assistência pré-natal e questões socioeducacionais contribuem para a elevada taxa de cesarianas na unidade. O perfil epidemiológico das gestantes atendidas também torna pouco viável a manutenção da taxa de cesariana abaixo de 30%.

A taxa de cesárea vigente é influenciada, em grande parte, pelo comportamento do Grupo 2 de Robson, composto por gestantes nulíparas, com feto único, cefálico e ≥ 37 semanas, em trabalho de parto induzido ou que realizaram cesariana antes do início do trabalho de parto. O grupo 5 de Robson, aquelas gestantes com cesarianas prévias, também impacta

diretamente o indicador, visto que naquelas com mais de uma cesariana prévia está indicada a cirurgia e entre aquelas que possuem um cesariana prévia, existe uma imensa maioria que recusa indução.

Percebe-se ainda que o perfil da unidade, com quantitativo grande (em torno de 40% mensal) de gestações de alto risco impacta diretamente nas indicações de cesariana por alterações na vitalidade fetal, além do impacto que traz para o aumento do número de prematuros.

Por outro lado, com o fito de mitigar a taxa de cesarianas que se mantém recorrentemente elevada na série histórica, no mês de fevereiro a Comissão de Monitoramento dos Partos Cesáreos deu continuidade às suas atividades, consolidando o processo de acompanhamento sistemático dos casos e avançando na implementação de medidas voltadas à qualificação da assistência obstétrica. Nesse período, foram realizadas reuniões periódicas da comissão, nas quais se promoveram debates técnicos entre os profissionais envolvidos, permitindo uma análise mais aprofundada das práticas assistenciais da unidade e das principais fragilidades relacionadas ao desfecho do parto. Dessa forma, a partir das medidas estabelecidas e implementadas, evidenciou-se uma redução de aproximadamente 10% das cesarianas entre janeiro (55,2%) e fevereiro (45,9%).

A expressiva redução do indicador no período em análise reflete a ampliação da oferta de analgesia de parto, intensificação das orientações sobre parto vaginal, e fortalecimento das ações de educação permanente para estimular as boas práticas e reduzir cesarianas desnecessárias. Assim demonstrando o comprometimento da equipe com o manejo do indicador mencionado e contribuindo para a promoção de práticas obstétricas mais alinhadas às diretrizes de parto seguro, à redução de intervenções cirúrgicas desnecessárias e à melhoria dos desfechos maternos e neonatais.

No âmbito dessas discussões, alguns eixos específicos passaram a receber maior atenção analítica. Destaca-se, nesse sentido, a avaliação do pré-natal realizado na própria unidade, buscando compreender de que maneira o acompanhamento gestacional pode influenciar a via de parto e identificar oportunidades de fortalecimento das orientações e condutas ao longo do cuidado pré-natal. Paralelamente, a comissão também direcionou esforços para a análise do preenchimento dos termos e formulários institucionais relacionados às indicações obstétricas, com o objetivo de aprimorar a qualidade dos registros e garantir maior rastreabilidade das decisões clínicas.

A partir dessas discussões, foram implementadas medidas voltadas à padronização de processos e ao fortalecimento da cultura de registro qualificado na unidade, entendendo que a adequada documentação das indicações e das orientações fornecidas às gestantes constitui ferramenta fundamental para o monitoramento institucional, bem como para a elaboração de estratégias efetivas de redução da taxa de cesarianas.

Seguimos monitorando o indicador de forma contínua, ajustando fluxos e fortalecendo condutas para garantir segurança e assistência de qualidade às gestantes. Atualmente possuímos dois espaços de discussão de vias de parto (grupo de gestantes e curso de parto) onde as gestantes que tiverem interesse podem ainda durante a gestação tirar dúvidas sobre o parto e receber informações de qualidade sobre suas escolhas. Além disso a unidade no momento faz parto de um projeto de incentivo a oferta de analgesia ligado ao grupo de trabalho do Nascer no Brasil onde buscamos melhorar a oferta e a qualidade técnica dos procedimentos de alívio farmacológico da dor. 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](#)

[Plano de Ação Tx Cesárea](#)

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

Durante o período mencionado, houve registro de 01 admissão na unidade Canguru do hospital que permaneceu ao menos 5 dias. Nesse sentido, os avanços que o Método Canguru traz aos recém-nascidos prematuros de baixo peso, aos seus pais e familiares contribui de forma significativa na diminuição da morbimortalidade neonatal. Abaixo está a relação nominal de ambos os recém-nascidos:

NOME	PRONT	INTERN.	SAÍDA	DIAGNÓSTICO	PESO
RN BRUNA VICTÓRIA NEVES DA SILVA	866873	04/02/2026	15/02/2026	Baixo Peso	1670g

Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período de novembro a UTI neonatal **não registrou casos de ROP III**, considerando apenas 06 casos de recém-nascidos com peso <1500g admitidos no setor da UTI neonatal. Abaixo encontra-se a relação dos 6 RNs supracitados:

Pacientes Elegíveis:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN EVELYN MARIA G1	311616	04/02/2026	9/9	Masculino	1205g	35s+5d
RN JULIA BISPO	312101	07/02/2026	0/0/0	Feminino	695g	24s
RN EDUARDA FERNANDA	312408	09/02/2026	5/9	Masculino	995g	29s
RN JULIANA MARIA G1	314652	24/02/2026	7/9	Feminino	1430g	32s
RN JULIANA MARIA G2	314653	24/02/2026	4/9	Feminino	1430g	32s
RN NATHALIA LOHANI	315438	28/02/2026	3/4/5	Masculino	980g	25s+6d

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 fevereiro 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, evidencia-se que o indicador encontra-se dentro da meta estabelecida. 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 LARISSA CRISTINA DA SILVA NUNES	304789	24/12/2025	8/9	Feminino	1100g	30s +3d
RN EVELYN MARIA G1	311616	04/02/2026	9/9	Masculino	1205g	35s+5d

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

No período vigente foram contabilizados 15 prescrições de corticoterapia antenatal referentes a **15 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 **18 pacientes**, em relação a **18 casos** de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave internadas na instituição, atingindo assim, o objetivo de contrato. A planilha de auditoria encontra-se anexa ao Relatório. Ressaltamos que o número ficou sutilmente abaixo da média de casos ao longo do ano, haja vista, o incremento no número de puérperas ao longo do mês, grupo que não é considerado para a análise.

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado houve um quantitativo de **13 AMIU realizadas**, em relação a **13 casos de abortamento com a devida indicação**, assim, dentro da meta contratualizada. 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 fevereiro a unidade registrou **dois** casos de asfixia perinatal, considerando 340 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,59% cumprindo a meta estabelecida**. Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN MIRELA STHEFANI DE ANDRADE MEIRELES	313432	16/02/2026	1/4/7	Masculino	3145g	39s
RN JANAINA MIRANDA HERCULANO	313919	20/02/2026	1/3/5/5	Masculino	3430g	38s

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

No mês de fevereiro, o tempo médio de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) alcançou o resultado de **7,26 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	0,075%	247	7,26
			34	

METAS DA VARIÁVEL 3

			FEVEREIRO/2026	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	348	79,6%
	Total de gestantes e puérperas em observação		437	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	347	99,7%
	Total de respostas efetivas		348	

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 **437 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **348 formulários, onde 347 foram preenchidos com conceito de satisfação positivo**, correspondendo a aproximadamente **79,6% 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, 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 fevereiro 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 fevereiro 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 2026, **com atingimento de 79,5% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de fevereiro**. Com vistas ao resultado das metas físicas de oferta ambulatorial em fevereiro ter retornado 79,5%, a título de análise, vale ressaltar que o mês de fevereiro em específico apresenta valor abaixo da série histórica considerando o número reduzido de dias úteis do mês acrescido do número de feriados. Entretanto, ressalta-se que na análise anual da oferta ambulatorial o valor percentual das metas contratualizadas é superado. 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 fevereiro de 2026

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	FEVEREIRO/26
LT na ginecologia	>160	115
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	150
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	92
Total de cirurgias na ginecologia	>520	357

Fonte: Planilha CC/MV

No mês de fevereiro, observou-se que o total de cirurgias realizadas não apresentou variação expressiva em relação ao mês anterior. No entanto, houve aumento no número de histeroscopias quando comparado a janeiro. Nesse período, verificou-se maior encaminhamento de pacientes para realização de histeroscopia em nível ambulatorial. Ressalta-se, entretanto, que esse aumento possui caráter sazonal e não contratual, uma vez que o ambulatório mantém a mesma denominação (Histeroscopia Cirúrgica) e o mesmo perfil de pacientes atendidos.

Em relação aos demais procedimentos cirúrgicos, o volume permaneceu semelhante ao do mês anterior, com 11 registros de cancelamento ou falta, conforme apontado pelo indicador mensal de taxa de cancelamento cirúrgico.

Quanto às cirurgias de laqueadura tubária, observou-se discreta redução no número de procedimentos realizados, em decorrência de algumas faltas de pacientes, mesmo após a realização de contato prévio para confirmação.

Apesar de a meta cirúrgica não ter sido plenamente alcançada, a equipe permanece empenhada na adoção de estratégias para reduzir as taxas de cancelamento passíveis de intervenção, sempre considerando a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada.

3. AÇÕES DE MELHORIAS ESTRUTURAIS

3.1 AÇÕES DE MELHORIA REALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2026

No mês de fevereiro, o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro deu continuidade às ações institucionais voltadas ao fortalecimento da qualidade assistencial

e à consolidação de uma gestão baseada em evidências, mantendo o foco na melhoria contínua dos processos e na segurança da assistência obstétrica e neonatal.

Durante o período, tiveram prosseguimento as adequações de processos assistenciais e administrativos em preparação para a visita de manutenção da certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), prevista para o final de março. As equipes dos diferentes setores da unidade permaneceram mobilizadas na revisão de fluxos, atualização de documentos institucionais e aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e controle, reforçando a padronização das práticas e a conformidade com os requisitos de qualidade e segurança exigidos pelo processo de acreditação.

No âmbito da governança clínica, as reuniões de análise crítica (RAC) seguiram contribuindo para o acompanhamento sistemático dos indicadores assistenciais, fortalecendo o debate técnico e a identificação de oportunidades de melhoria. Esse espaço permanece fundamental para o alinhamento entre as equipes e para a tomada de decisões fundamentadas em dados e evidências.

Em relação ao projeto institucional de redução da taxa de cesarianas, a comissão responsável avançou no desenvolvimento das estratégias previamente estruturadas. Após a fase inicial de análise dos dados e construção dos planos de ação, a equipe passou a direcionar seus esforços para a implementação gradual das medidas debatidas, com o objetivo de promover mudanças qualificadas nos processos assistenciais e contribuir para a redução progressiva da taxa de cesarianas da unidade, sempre em consonância com as boas práticas obstétricas e com a promoção do parto seguro.

As ações desenvolvidas ao longo de fevereiro reafirmam o compromisso do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro com a qualificação permanente da

assistência, a consolidação de uma cultura institucional orientada pela qualidade e a integração entre gestão, evidências científicas e humanização do cuidado.

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
- Relação de Posição de Estoque - Farmácia
- Relação de Movimentação - Farmácia



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

