



20
26

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
MAIO 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 Painel.

2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

2.1 METAS VARIÁVEIS

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 1

			MAIO/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	765	1,05
	Nº total de internações por mês		731	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	2	0,27%
	Nº de AIH apresentadas		741	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	674	100%
	total de prontuários com alta		674	
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%	-	-
	Valor total gasto no trimestre		-	
6. Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em	Total de itens comprados abaixo da média	95%	-	-

saúde ou da SMS	Total de itens adquiridos		-	
7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade	95%	-	
	Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise		-	

Indicador 1. Taxa de apresentação de AIH

Referente ao Indicador 1 – Índice de Apresentação de AIH, cumpre informar que o numerador corresponde a 765 AIHs apresentadas, enquanto o denominador totaliza 731 internações no período em análise, permanecendo assim, dentro da meta estabelecida.

Indicador 2. Taxa de rejeição de AIH

Referente ao Indicador 2, Taxa de rejeição de AIH, impende informar que os valores de numerador 2 AIHs rejeitadas, e denominador, 741 autorizações de internações hospitalares apresentadas, são referentes à Competência do mês de abril, que é a última Competência divulgada pela SMS Rio no Relatório Definitivo da Produção Hospitalar, através da página <https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/producao/sih/relatorios-definitivo/s/resumo-aprovados/>, uma vez que a época da apresentação os valores da Competência vigente ainda não foram divulgados.

Indicador 4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos

No dia **03/06/2026**, 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**, onde 05 se enquadram como fetais, todos classificados como extra-hospitalares, e 03 óbitos no período neonatal (neomortos).

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**

Indicador 6. Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS

Indicador 7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

Conforme estabelecido no novo termo contratual, vigente a partir de março de 2026, os referidos indicadores **deixaram de compor os indicadores monitorados** e pactuados para acompanhamento contratual, não sendo mais considerado para fins de contabilização e avaliação de desempenho.

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II






INDICADOR	FÓRMULA	META	MAIO/2026	
			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%	1.705	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.705	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	180	48,3%
	Total de partos realizados		373	
% RNs elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na unidade Canguru	Número de RNs elegíveis internados na unidade Canguru superior a 5 dias	> 80%	0	100%
	Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru		0	
Incidência de Retinopatia da Prematuridade	Número de RN <1500g com ROP >3	<2,5%	0	0%
	Nº de RN admitidos <1500g		3	
Incidência de Displasia Broncopulmonar	RN <1500g de peso ao nascer dependente de O2 e IGC de 36 semanas	<20%	3	60%
	Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas		5	
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%	48	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		48	
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%	187	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré		187	

	parto			
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	8	100%
	Total de abortos		8	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	2	0,53%
	Nº total de nascimentos		375	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	360	96,2%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		373	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	296	8,97
	Nº de saídas		33	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.228	2,50
	Nº de saídas na Obstetrícia		491	

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 maio, **81,44% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 10,89% ginecológicas, 6,63% puérperas e 1,24% nas demais especialidades.** De todas as pacientes atendidas na emergência (1705), **78,71% 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 **91,02% 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	0,41%	8	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
	71	3,76%	52	12 min	≤ 15 min.	100%
	379	20,13%	297	20 min	≤ 30 min.	100%
	1.213	74,15%	1.161	44 min	≤ 120 min.	100%
	34	1,55%	34	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.705	100%	1.552			

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 Maio de 2026, a unidade realizou 373 partos, sendo 193 partos vaginais (51,7%) e 180 cesarianas (48,3%). Entre as cesarianas, 25,5% 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 13,3% das cesarianas. Além disso, aproximadamente 22,2% apresentavam histórico de mais de uma cesariana anterior. A taxa de prematuridade no período foi de 13,3%.

Vale destacar que, em maio, dois recém-nascidos apresentaram índice de Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida na obstetrícia, representando um índice de 0,5%, sendo este um importante indicador para avaliação de asfixia neonatal.

Dos partos realizados, 96,1% 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 maio, em torno de 63,3% 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 28,3% das cesarianas do período e o Grupo 5 que, em sua totalidade, representou 25,5%.

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.

Além disso, também no mês de maio, observou-se continuidade das ações voltadas ao monitoramento da taxa de cesarianas e à qualificação da assistência obstétrica, com manutenção do acompanhamento sistemático dos indicadores e fortalecimento das estratégias institucionais relacionadas à redução de cesarianas desnecessárias.

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, não houve registros de admissões de bebês na Unidade Canguru que atendessem aos critérios estabelecidos para sua elegibilidade. Isso ocorreu devido à designação da unidade, a partir de 02 de março, para o atendimento exclusivo de pacientes necessitando de isolamento respiratório. Essa mudança foi feita em acordo com a prefeitura, seguindo as diretrizes de uma Nota Técnica para a configuração de leitos destinados ao tratamento de bronquiolite.

Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período de novembro a UTI neonatal **não registrou casos de ROP III**, considerando 03 casos de recém-nascidos com peso <1500g admitidos no setor da UTI neonatal. Abaixo encontra-se a relação dos 3 RNs supracitados:

Pacientes Elegíveis:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN TAYNARA DOS SANTOS LIMA	327813	16/05/2026	5/8	Masculino	1405g	32
RN LEILA BEZERRA SILVA	328423	19/05/2026	3/8	Masculino	1285g	34s + 6d
RN DAYANE BERNARDO SIMÕES	329533	26/05/2026	3/5/7	Feminino	805g	31s + 1d

Indicador 5. Incidência de Displasia Broncopulmonar

A prematuridade é uma das principais linhas de cuidado da nossa UTI neonatal e 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 agosto tivemos cinco bebês com peso de nascimento inferior a 1500g que completaram 36 semanas sendo que 3 deles evoluíram com diagnóstico de broncodisplasia, ou seja 60% dos casos. Tal evento é pontual na nossa UTI, já que nos primeiros 4 meses desse ano não tivemos nenhum paciente com diagnóstico de broncodisplasia e se justifica pela extrema gravidade dos casos e sobreposição de diversos fatores de risco desses pacientes.

Trata-se dos seguintes pacientes:

RN DE EVELLYN VIANA DA SILVA ROSA - Prematuro de 28 semanas , PN: 1.060 g, mãe com corioamnionite, evoluiu com extrema gravidade, permaneceu 70 dias em ventilação mecânica invasiva, sendo 25 em ventilação de alta frequência e 18 dias de óxido nítrico. Ao completar 36 semanas de idade gestacional corrigida permanecia em ventilação mecânica. No momento em CPAP convencional.

RN DE KARINE DOS SANTOS - Prematuro de 31 semanas + 5 dias PN: 1.205 g, síndrome genética a esclarecer e persistência do canal arterial, está ventilada desde o nascimento. A doença de base e as condições clínicas decorrentes dela impossibilita a extubação.

RN DE CRISTIANE MARIA DA SILVA - Prematuro de 27 semanas + 6 dias , PN: 840g, permaneceu 56 dias em ventilação mecânica invasiva e 10 dias em CPAP. Ao completar 36 semanas de idade gestacional corrigida, permanecia em CPAP. Segue atualmente em desmame de CPAP.

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 **48 pacientes**, em relação a **48 casos** de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave internadas na instituição, atingindo assim, o objetivo de contrato. A planilha de auditoria e análise encontra-se anexa ao Relatório.

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado houve um quantitativo de **8 AMIU realizadas**, em relação a **8 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 maio a unidade registrou apenas **dois** casos de asfixia perinatal, considerando 375 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,53%, cumprindo a meta estabelecida.** Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN DAYANE BERNARDO SIMÕES	329533	26/05/2026	3/5/7	Feminino	805g	31s + 1d
RN VIVIANE GOMES DE SOUZA	325678	03/05/2026	3/5	Masculino	3.725g	38s + 2d

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

O aumento no tempo de permanência dos pacientes na UTI neonatal no mês de maio pode ser justificado pelo aumento importante de gravidade dos casos internados. Observamos um incremento significativo na complexidade dos casos, com condições clínicas muito adversas e aumento importante do tempo de ventilação dos neonatos, refletindo um cenário com diagnósticos severos, como prematuridade extrema e síndromes genéticas. Além disso, outra situação também dificultou a manutenção do TMP dentro da meta em maio. Trata-se da indisponibilidade da enfermagem Canguru desde março de 2026, que foi fechada em concordância com a Nota Técnica Conjunta de Bronquiólite da Secretaria Municipal de Saúde, reduzindo assim a oferta de leitos para pacientes com perfil de unidade intermediária, gerando superlotação na UCINCO e conseqüentemente dificuldade no giro de leito da UTI. Essa associação de fatores não permitiu que o tempo médio de permanência se mantivesse dentro da meta.

Média de permanência na UTI Neonatal	8 dias	0,075%	296	8,97
			33	

METAS DA VARIÁVEL 3

			MAIO/2026	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	378	75%
	Total de gestantes e puérperas em observação		501	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	378	100%
	Total de respostas efetivas		378	

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 **501 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **378 formulários, onde 378 foram preenchidos com conceito de satisfação positivo**, correspondendo a aproximadamente **75% das gestantes e puérperas internadas**, superando a meta preconizada.

No que tange ao percentual de usuárias internadas que se declararam satisfeitas e/ou muito satisfeitas durante a internação, **atingimos um índice de 100% no período avaliado**. Para fins de análise, segue abaixo a planilha disponível via drive, contendo a relação individual por usuário,

bem como a distribuição quantitativa da pesquisa por dia em toda a unidade hospitalar.

[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 maio das manifestações de ouvidoria cadastradas no 1746.

2.1 METAS FÍSICAS - PRODUÇÃO

Considerando a adequação do serviço para cumprimento das metas ambulatoriais pactuadas no Termo de Colaboração vigente, impende informar que a reestruturação do setor implicou na ampliação de agenda, RH e melhora da organização física, buscando celeridade e aperfeiçoamento da capacidade operacional no ambulatório, o que, conseqüentemente, pode ser identificada no panorama de oferta mensal e anual de consultas no SISREG. Demonstramos abaixo a relação de maio e projeção do ano todo, considerando que os ajustes e atualizações ocorrem na plataforma de maneira sistemática.

[Oferta x Produção Ambulatório 2026](#)

Nesse sentido, evidencia-se um elevado número de consultas ofertadas para todo o ano de 2026, **com atingimento de 103,6% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de maio.**

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

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	MAIO/26
LT na ginecologia	>160	106
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	111
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	102
Total de cirurgias na ginecologia	>520	319

Fonte: Planilha CC/MV

No mês de Maio, observou-se uma queda no volume total de cirurgias em relação a abril, de 381 para 319 procedimentos, principalmente no volume relacionado às Histeroscopias.

Ao analisar os procedimentos por categoria, nota-se uma queda no volume das histeroscopias, de 149 para 111 no mês vigente, o que foi motivo para preocupação e ação imediata. Observamos que grande parte desta redução aconteceu em relação à produção de procedimentos via ambulatorial visto que tivemos férias de uma das três médicas sem cobertura em todos os plantões e uma falha na disponibilização de vagas de SISREG para Histeroscopia cirúrgica, impactando diretamente o volume final de procedimentos.

Em relação às laqueaduras (LT na ginecologia), observamos uma redução mês a mês no quantitativo de procedimentos realizados uma vez que a fila para tal cirurgia diminuiu expressivamente no último semestre. Já as demais cirurgias mantiveram-se num quantitativo aproximado, mostrando que não há uma variabilidade muito grande nos meses.

De forma geral, apesar da piora no desempenho em Maio, a equipe segue empenhada na implementação de estratégias para redução de cancelamentos e melhor aproveitamento da capacidade instalada, mantendo como prioridade a segurança do paciente e a qualidade da assistência. Buscando sempre melhorar e otimizar nossa fila cirúrgica, podemos afirmar que a falha na regulação das pacientes de SISREG para Histeroscopia Cirúrgica foi devidamente ajustada e esperamos assim, observar um aumento no número de procedimentos já para o próximo mês.

3. AÇÕES DE MELHORIAS ESTRUTURAIS

3.1 AÇÕES DE MELHORIA ASSISTENCIAIS REALIZADAS EM MAIO DE 2026

O presente Relatório Técnico tem por finalidade registrar e evidenciar as principais atividades desenvolvidas durante o mês de maio no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, contemplando ações voltadas à Hotelaria Hospitalar, Segurança do Paciente, Qualidade Assistencial e melhoria dos processos institucionais.

Este documento apresenta, de forma consolidada, as iniciativas executadas no período, incluindo melhorias de infraestrutura e conforto aos usuários, capacitação das equipes, aquisição de tecnologias assistenciais, aprimoramento de protocolos institucionais e avaliação de processos relacionados à segurança e qualidade da assistência.

Além de atender às necessidades de acompanhamento gerencial e monitoramento das ações estratégicas da unidade, este relatório visa demonstrar os esforços empreendidos para a manutenção de ambientes seguros, humanizados e eficientes, contribuindo para a qualidade dos serviços prestados, a segurança dos pacientes e colaboradores, bem como para o cumprimento das diretrizes técnicas e regulatórias aplicáveis.

Durante o período, foi iniciado o projeto de revitalização das poltronas destinadas aos acompanhantes dos pacientes, contemplando inicialmente o setor de Alojamento Conjunto, onde cinco unidades passaram por reforma. A iniciativa tem como objetivo proporcionar maior conforto, segurança e melhor conservação dos ambientes assistenciais, estando prevista a continuidade das intervenções nos próximos meses.

Também foi realizada, em parceria com a SKYMED, a modernização dos dispensers de higiene, contribuindo para a padronização dos ambientes,

fortalecimento das práticas de controle de infecção e melhoria da experiência dos usuários.

Na área assistencial, foi concluída a aquisição do Óxido Nitroso, acompanhada da capacitação das equipes envolvidas para sua utilização segura e adequada, ampliando os recursos disponíveis para assistência aos pacientes.

Com foco no fortalecimento das ações de Segurança do Paciente, foi incorporada à auditoria mensal das Metas Internacionais de Segurança do Paciente a avaliação dos critérios relacionados à prevenção de Lesão por Pressão (LPP), abrangendo a avaliação e reavaliação de risco, utilização das escalas preconizadas, medidas preventivas, proteção contra lesões associadas a dispositivos médicos e adesão aos protocolos institucionais vigentes.

Adicionalmente, foi definida a realização de treinamento sobre o protocolo de Dermatite Associada à Incontinência (DAI) para a equipe da UTINEO, visando reforçar as práticas assistenciais relacionadas à prevenção e manejo adequado dessa condição.

No campo da gestão de processos e tecnologia da informação, foram realizadas reuniões entre a Direção, equipe de TI e setores assistenciais para discussão de vulnerabilidades identificadas no Sistema MV relacionadas ao fluxo de prescrições médicas. Os debates envolveram a análise de processos na emergência e limitações operacionais relacionadas ao aprazamento de medicamentos, com definição de encaminhamentos para desenvolvimento de soluções que promovam maior segurança, rastreabilidade e eficiência operacional.

As ações desenvolvidas ao longo do mês reforçam o compromisso institucional com a melhoria contínua dos processos, a excelência

assistencial, a segurança do paciente e a busca permanente por ambientes cada vez mais seguros, acolhedores e eficientes.

Evidências:



modelo atual





ANEXOS

- ATA da Comissão de Óbitos
- 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

