



20
26

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
JUNHO 2026

1. INTRODUÇÃO

1.1 Sobre o CEJAM

O Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico Obstetra, um dos seus fundadores e o 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

Com o lema “Prevenir é Viver com Qualidade”, é qualificado como Organização Social (OSS) em vários municípios, com reconhecida experiência na gestão de serviços de saúde, atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público.

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 80 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Embu das Artes, Cajamar e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Visão:

“Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional”

Missão:

"Ser instrumento transformador da vida das pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde"

Valores:

- Valorizamos a vida
- Estimulamos a cidadania
- Somos éticos
- Trabalhamos com transparência
- Agimos com responsabilidade social
- Somos inovadores
- Qualificamos a gestão

Pilares Estratégicos:

- Atenção Primária à Saúde
- Sinergia da Rede de Serviços
- Equipe Multidisciplinar
- Tecnologia da Informação
- Geração e Disseminação de Conhecimento

1.2 Termo de colaboração n.º 01/2022

O Hospital da Mulher Mariska Ribeiro é composto pelos serviços de emergência (no sistema de portas abertas 24h), ambulatoriais, cirúrgicos e de internação, com foco principal nas especialidades de Ginecologia e Obstetrícia; oferecendo também suporte aos recém-nascidos, contando com o Serviço de Neonatologia, equipada para o acompanhamento dos bebês durante toda a internação, incluindo Unidade de Cuidados Intermediários Convencional, Canguru e Enfermaria Pediátrica. As instalações previstas no Termo de Colaboração Nº 01/2022, retratam 72 leitos obstétricos, 8 de ginecologia, 10 de UTI Neonatal, 11 da Unidade de cuidados intermediários Convencional, 4 da Unidade de cuidados intermediários Canguru, 6 para enfermaria pediátrica, 3 salas cirúrgicas, 6 salas PPP e 13 consultórios ambulatoriais.

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

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

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

Variável 1 - Incentivo à gestão (4)

Variável 2 - Incentivo à unidade de saúde (13)

Variável 3 - Incentivo à equipe (2)

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

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

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

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

2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

2.1 METAS VARIÁVEIS

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 1

			JUNHO/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	753	1,00
	Nº total de internações por mês		750	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	3	0,39%
	Nº de AIH apresentadas		762	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	660	100%
	total de prontuários com alta		660	
4. Percentual de óbitos	Nº de óbitos ocorridos no	100%	7	100%

institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	mês			
	Nº de óbitos analisados		7	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	-	-
	Valor total gasto no trimestre		-	
6. Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	Total de itens comprados abaixo da média	95%	-	-
	Total de itens adquiridos		-	
7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade	95%	-	-
	Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise		-	

Indicador 1. Taxa de apresentação de AIH

Referente ao Indicador 1 — Índice de Apresentação de AIH, cumpre informar que o numerador corresponde a 753 AIHs apresentadas, enquanto o denominador totaliza 750 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 3 AIHs rejeitadas, e denominador, 762 autorizações de internações hospitalares apresentadas, são referentes à Competência do mês de maio, 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/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 **08/07/2026**, 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 **07 óbitos**, onde 05 se enquadram como fetais, sendo 04 extra-hospitalares e 01 intra-hospitalar, além de 02 óbitos no período neonatal, sendo 01 precoce e 01 pós-neonatal.

Além da ata, a Comissão é responsável pelo preenchimento da Ficha de Investigação Hospitalar (FIH), que é encaminhada à DVS/CAP 5.1, juntamente com os prontuários físicos, para dar prosseguimento às investigações.

- *Anexo 1: ATA Comissão de Óbito*

Conforme estabelecido no novo Termo de Colaboração, vigente a partir de março de 2026, os indicadores **Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos, Compra de itens abaixo do valor médio do Banco de Preços em Saúde ou da SMS e Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados** deixaram de compor o rol de indicadores pactuados para monitoramento e avaliação do desempenho contratual. Dessa forma, esses indicadores não são mais objeto de acompanhamento, contabilização ou avaliação para fins de apuração da parcela variável do contrato.

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II

			JUNHO/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%	1.746	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.746	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	161	44,11%
	Total de partos realizados		365	
% 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		2	
Incidência de Displasia Broncopulmonar	RN <1500g de peso ao nascer dependente de O2 e IGC de 36 semanas	<20%	0	0%
	Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas		2	
Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto	Gestantes atendidas em risco de parto prematuro que utilizaram corticoterapia	>90%	16	100%

premature 24-36 semanas IG	antenatal			
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		16	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	47	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		47	
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%	194	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		194	
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	15	100%
	Total de abortos		15	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	2	0,52%
	Nº total de nascimentos		382	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	342	93,7%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		365	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	296	7,46
	Nº de saídas		33	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.249	2,50
	Nº de saídas na Obstetrícia		499	

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 junho, **82,39% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 10,88% ginecológicas, 5,85% puérperas e 0,88% nas demais especialidades.** De todas as pacientes atendidas na emergência (1746), **70,07% 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 **89,46% 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
	4	0,23%	4	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
	57	3,26%	44	10 min	≤ 15 min.	100%
	358	20,50%	264	23 min	≤ 30 min.	100%
	1.288	73,33%	1.211	45 min	≤ 120 min.	100%
	39	2,23%	39	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.746	100%	1.562			

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

A Classificação de Robson é um sistema internacionalmente recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para análise e monitoramento das taxas de cesariana, constituindo uma ferramenta essencial para avaliação do perfil obstétrico da unidade, análise crítica dos resultados e direcionamento de estratégias voltadas à redução segura de cesarianas desnecessárias.

Em junho de 2026, a unidade realizou 365 partos, sendo 204 partos vaginais (55,9%) e 161 cesarianas (44,1%). A análise pela Classificação de Robson demonstra que esse resultado é fortemente influenciado pelo perfil das gestantes atendidas. Os Grupos 2 e 5 foram os principais responsáveis pelas cesarianas realizadas, representando, respectivamente, 34,97% e 29,45% do total de cesarianas. O Grupo 2 é composto por nulíparas submetidas à indução do trabalho de parto ou à cesariana antes do início do trabalho de parto, enquanto o Grupo 5 reúne gestantes com cesariana prévia, cuja condição frequentemente impõe limitação à tentativa de parto vaginal, especialmente nos casos de múltiplas cesarianas anteriores ou de recusa da indução do trabalho de parto.

Entre as indicações cirúrgicas, 21,7% das cesarianas ocorreram por alterações na avaliação do bem-estar fetal, incluindo sofrimento fetal agudo, cardiotocografia com padrão não tranquilizador, restrição de crescimento intrauterino e redução do volume de líquido amniótico. A recusa da indução do trabalho de parto ou o desejo expresso da gestante corresponderam a 12,4% das indicações, enquanto 17,3% das pacientes apresentavam histórico de múltiplas cesarianas anteriores. Destaca-se ainda a taxa de prematuridade de 11,2% no período, refletindo a complexidade assistencial da unidade.

O perfil obstétrico do hospital evidencia elevada complexidade, visto que aproximadamente 60,2% das gestantes internadas eram portadoras de comorbidades e classificadas como de alto risco. Esse cenário impacta diretamente as indicações de cesariana, especialmente por alterações da vitalidade fetal, além de contribuir para o aumento da prematuridade. Soma-se a esse contexto fatores como vulnerabilidade social, aspectos culturais, deficiências na assistência pré-natal e questões socioeducacionais, que também influenciam a elevada taxa de cesarianas observada e tornam

pouco factível a manutenção do indicador abaixo de 30%, considerando o perfil epidemiológico da população atendida.

Destaca-se que o pré-natal de alto risco qualifica a assistência prestada, embora não determine, por si só, a via de parto. Todas as gestantes elegíveis ao parto vaginal são avaliadas individualmente quanto à possibilidade de indução do trabalho de parto por métodos farmacológicos e/ou mecânicos, buscando favorecer a evolução segura para o parto normal sempre que houver condições clínicas e obstétricas adequadas.

Como importante indicador da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, ressalta-se que, no mês de junho, nenhum recém-nascido apresentou índice de Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida na obstetrícia, evidenciando bons desfechos relacionados à assistência ao parto e ao nascimento.

Em relação às boas práticas obstétricas, 94,4% dos partos ocorreram com a presença de acompanhante escolhido pela parturiente, conforme previsto na Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Ressalta-se, entretanto, que o direito ao acompanhante foi garantido a 100% das pacientes, sendo as ausências decorrentes de opção ou impossibilidade da própria gestante.

Durante o mês, observou-se a continuidade das ações voltadas ao monitoramento da taxa de cesarianas e à qualificação da assistência obstétrica, com manutenção do acompanhamento sistemático dos indicadores, discussão periódica dos casos, utilização da Classificação de Robson como ferramenta de análise e fortalecimento das estratégias institucionais voltadas à redução de cesarianas desnecessárias, sem comprometer a segurança materna e neonatal.

Anexos referentes ao controle interno de parto cesárea:

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

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

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

- Anexo 4: Ofício SMS nº 5506/2026

Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

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

Pacientes Elegíveis:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN RENATA MARGARIDA SOARES DE OLIVEIRA	331210	06/06/2026	6/7	Feminino	770g	25s + 1d
RN MONNIKE DE OLIVEIRA PINTO	332194	12/06/2026	8/9	Masculino	1280g	34s + 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 junho tivemos 02 bebês com peso de nascimento inferior a 1500g que completaram 36 semanas. Desse modo, afirma-se também que **nenhum** evoluiu com diagnóstico de broncodisplasia (0% dos casos). Segue a relação nominal

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN CAMILA VIEIRA LOPES RACCA	324644	27/04/2026	8/9	Masculino	810g	28s + 3d
RN THAYNARA DOS SANTOS LIMA	327813	16/05/2026	5/8	Masculino	1.405g	32s

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

No período vigente foram contabilizadas 16 prescrições de corticoterapia antenatal referentes a **16 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.

- *Anexo 5: Relação de uso de Corticoterapia*

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

No período avaliado foi utilizado Sulfato de Magnésio em **47 pacientes**, em relação a **47 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.

- *Anexo 6: Relação de uso de Sulfato de Magnésio*

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado houve um quantitativo de **30 casos de aborto na unidade. Nesse contexto foram realizados 15 procedimentos de AMIU**, em relação a **15 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 histeroscopia 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”.

- *Anexo 7: Relação AMIU*

Indicador 10. Taxa de asfixia perinatal

No período de junho a unidade registrou apenas **dois** casos de asfixia perinatal, considerando 382 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,52%, cumprindo a meta estabelecida**. Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN POLLYANA DOS SANTOS BARBOSA	332872	17/06/2026	3/5/7	Feminino	2.295g	38s
RN EDUARDA CRISTINA DA SILVA ALVES	955122	24/06/2026	3/6/8	Masculino	2850g	38s + 2d

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

No mês de junho, o tempo médio de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) alcançou o resultado de **7,46 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	276	7,46
		37	

METAS DA VARIÁVEL 3

			JUNHO/2026	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	427	84%
	Total de gestantes e puérperas em observação		511	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	427	100%
	Total de respostas efetivas		427	

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 **511 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **427 formulários, onde 427 foram preenchidos com conceito de satisfação positivo**, correspondendo a aproximadamente **84% das gestantes e puérperas internadas**, superando a meta preconizada.

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

- *Anexo 8: Pesquisa de Satisfação HMMR*

Como ação complementar, o CEJAM desenvolveu o **Serviço de Atenção ao Usuário (SAU)**, canal destinado para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados

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

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

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

2.1 METAS FÍSICAS - PRODUÇÃO

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

- *Anexo 9: Oferta x Produção Ambulatório*

Nesse sentido, evidencia-se um elevado número de consultas ofertadas para todo o ano de 2026, **com atingimento de 117,2% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de junho**.

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

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	JUNHO/26
LT na ginecologia	>160	107
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	137
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	136
Total de cirurgias na ginecologia	>520	380

Fonte: Planilha CC/MV

Em relação aos procedimentos cirúrgicos ginecológicos realizados na unidade no mês de junho, foram contabilizados 380 procedimentos, com destaque para as histeroscopias e demais cirurgias.

No período, houve ampliação da oferta de vagas e direcionamento de esforços para o ambulatório de pré-natal de alto risco, reforçando o acesso das pacientes ao acompanhamento especializado e contribuindo para a organização do fluxo assistencial da unidade.

Quanto à distribuição dos procedimentos, foram realizadas 137 histeroscopias, 107 laqueaduras tubárias (LT) e 136 procedimentos classificados como demais cirurgias ginecológicas.

De forma geral, a unidade manteve as ações voltadas à otimização da agenda cirúrgica, ao melhor aproveitamento da capacidade instalada e à garantia da qualidade e segurança da assistência prestada.

3.AÇÕES DE MELHORIAS REALIZADAS

3.1 AÇÕES DE MELHORIA ASSISTENCIAIS REALIZADAS EM JUNHO DE 2026

Educação Permanente e Qualificação Assistencial

Durante o período, a instituição manteve o fortalecimento das ações de Educação Permanente, promovendo capacitações voltadas à atualização técnico-científica, ao desenvolvimento das equipes e ao aprimoramento contínuo da assistência prestada.

No projeto **Terças de Atualizações Obstétricas**, foram realizados encontros abordando temas prioritários da assistência materna, contemplando **Tecnologias Não Farmacológicas para Alívio da Dor no Trabalho de Parto, Hemorragia Pós-Parto e Assistência ao Parto com Distócias**, fundamentados nas melhores evidências científicas e nos protocolos institucionais, contribuindo para a padronização das condutas e a segurança da assistência.

Foram realizadas **atualizações de protocolos e rotinas institucionais com a equipe médica**, reforçando o alinhamento das práticas assistenciais, a discussão de casos e a incorporação de diretrizes atualizadas na assistência obstétrica.

Como estratégia de educação em serviço, foi promovido o **Alerta Cor – Código Amarelo**, direcionado ao reconhecimento precoce da deterioração clínica e ao correto acionamento da resposta rápida. A atividade utilizou uma metodologia ativa, por meio de uma dinâmica de pescaria temática inspirada nas festas juninas, proporcionando maior interação entre os participantes e favorecendo a fixação do conteúdo.

Ainda no período, foi realizada **palestra sobre Qualidade e Segurança do Paciente**, direcionada a colaboradores de todos os níveis da instituição, contemplando equipes de liderança, assistenciais e de apoio. O encontro

reforçou os princípios da cultura de segurança, a importância da gestão de riscos, da comunicação efetiva, da notificação de incidentes, da atuação multiprofissional e da melhoria contínua dos processos assistenciais, fortalecendo o compromisso institucional com um cuidado cada vez mais seguro e centrado no paciente.

As ações desenvolvidas demonstram o compromisso da instituição com a Educação Permanente em Saúde, promovendo atualização contínua, fortalecimento da cultura de segurança, padronização das práticas assistenciais e qualificação dos profissionais, refletindo diretamente na qualidade do cuidado ofertado aos usuários do SUS.

Alerta Cor – Código amarelo





Terças de Atualização Obstétrica

- Hemorragia Pós-parto



- Assistência ao parto com distócias



- Tecnologias não invasivas para o trabalho de parto e parto



3.1 AÇÕES DE MELHORIA ESTRUTURAIS REALIZADAS EM JUNHO DE 2026

O presente Relatório Técnico tem por finalidade registrar as atividades desenvolvidas pelas equipes de Manutenção e Engenharia Clínica durante o mês de junho no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro.

O documento consolida as principais ações realizadas no período, incluindo manutenções preventivas e corretivas, melhorias de infraestrutura, inspeções técnicas, acompanhamento de fornecedores e atividades voltadas à segurança, confiabilidade e continuidade operacional dos sistemas prediais

e equipamentos médico-hospitalares, contribuindo para a qualidade da assistência e o atendimento às exigências técnicas e regulatórias.

Instalação da rede de esgoto da nova área de lavagem de container.



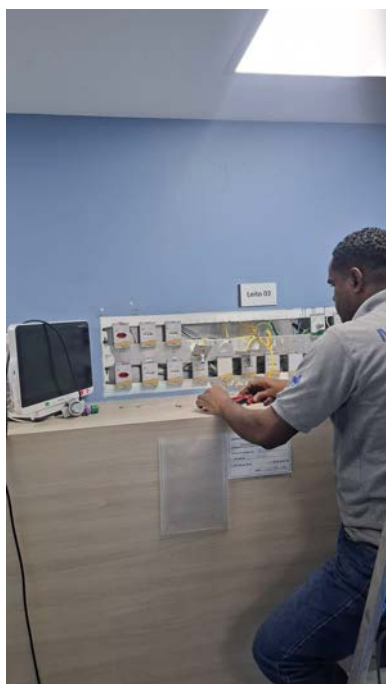
Acompanhamento de manutenção corretiva do elevador.



Reforma enfermaria 305, colagem de placa PET para aumento de durabilidade.



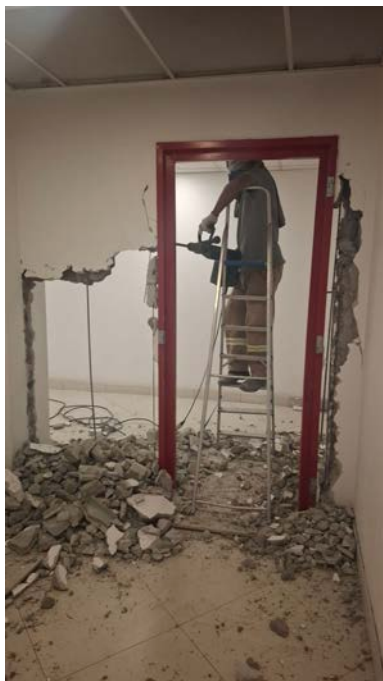
Revisão e reparo do sistema de gases medicinais da UTI.



Intervenção na passagem de veículos, reparo estrutural da rua.



Obra de adequação para licença dos bombeiros.



Trabalho em conjunto manutenção e engenharia clínica na manutenção dos aquecedores.



Troca de cilindros na UTI



Reparo de mobiliário.



Apoio a engenharia clínica, reparo da Osmose



Reparo de mobiliário; cadeiras.



Reparo de mobiliário; cadeira do papai.



Troca do sistema da caixa acoplada do sanitário.



Manutenção e limpeza do Fancoil do ambulatório.



Manutenção e limpeza do fancoil da sala cirúrgica 01

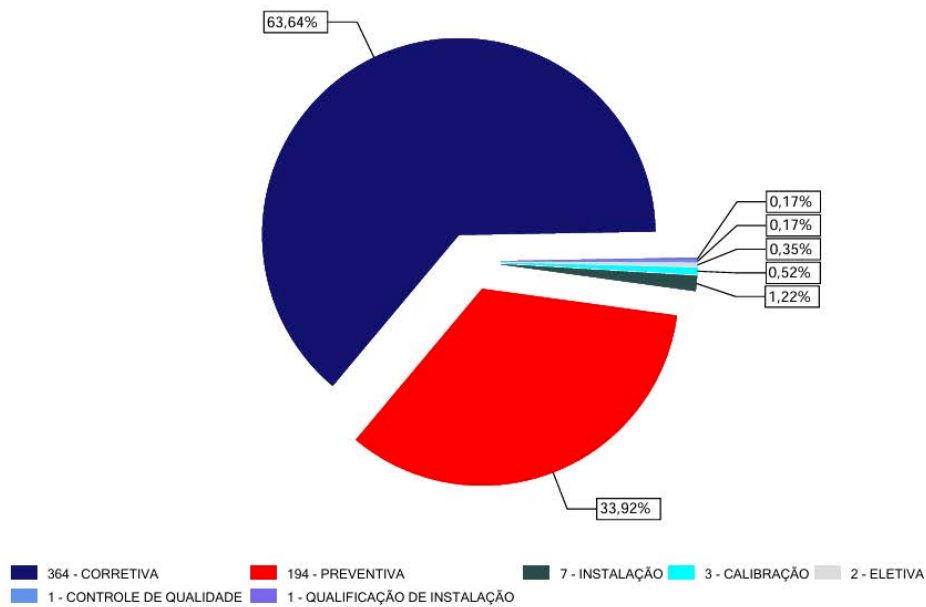


Coleta de amostra do solo próximo ao tanque de Diesel para teste de contaminação.



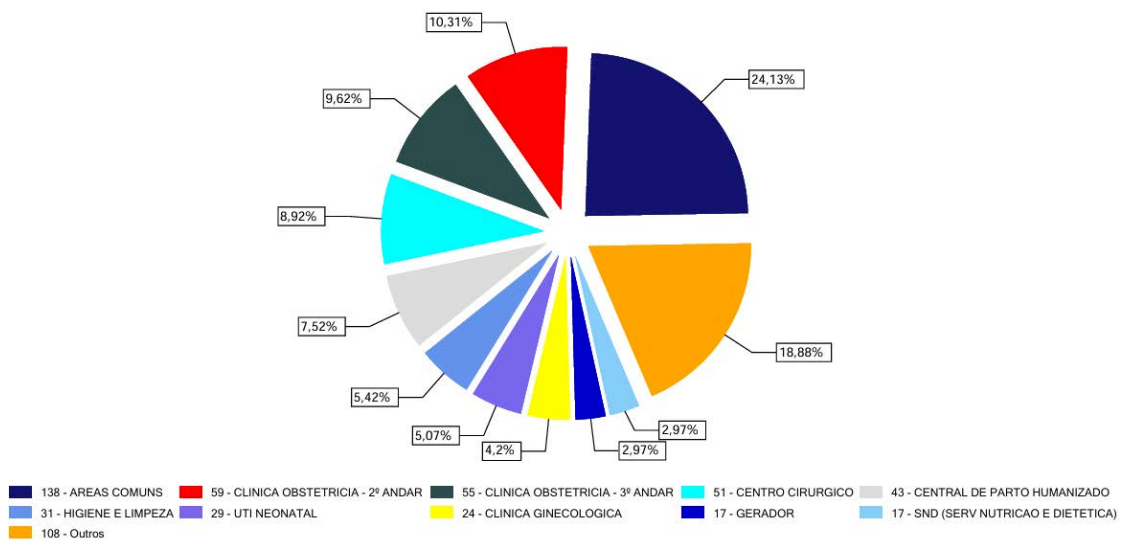
Produção do setor:

Tipo de manutenção



Total de Itens: 572,00

Centro de custo



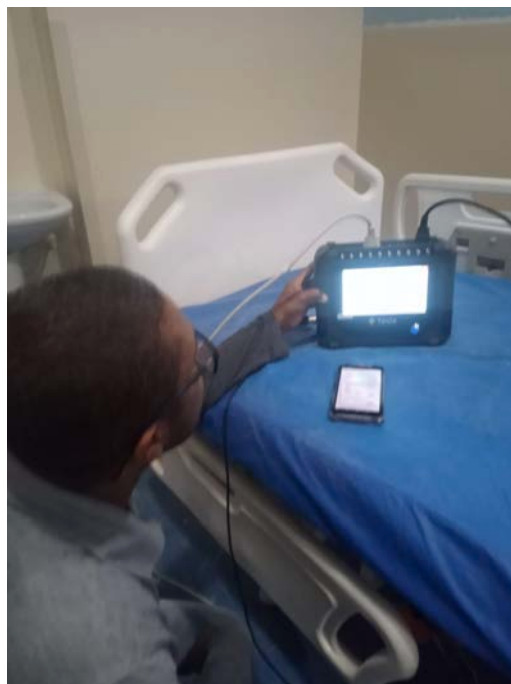
Total de Itens: 572,00

4. ENGENHARIA CLÍNICA

Manutenção corretiva de equipamentos médicos



Teste de segurança elétrica em equipamentos



Ensaio de proteção radiológica



Ronda diária em setores críticos



Manutenção preventiva em equipamentos médicos



Troca de rodízios de camas hospitalares

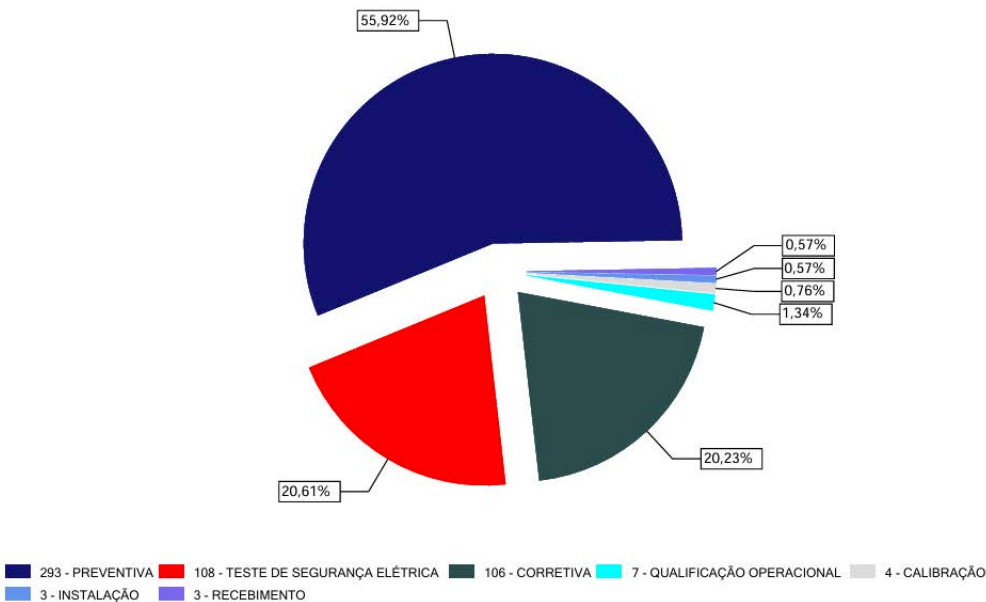


Manutenção em equipamentos da CME



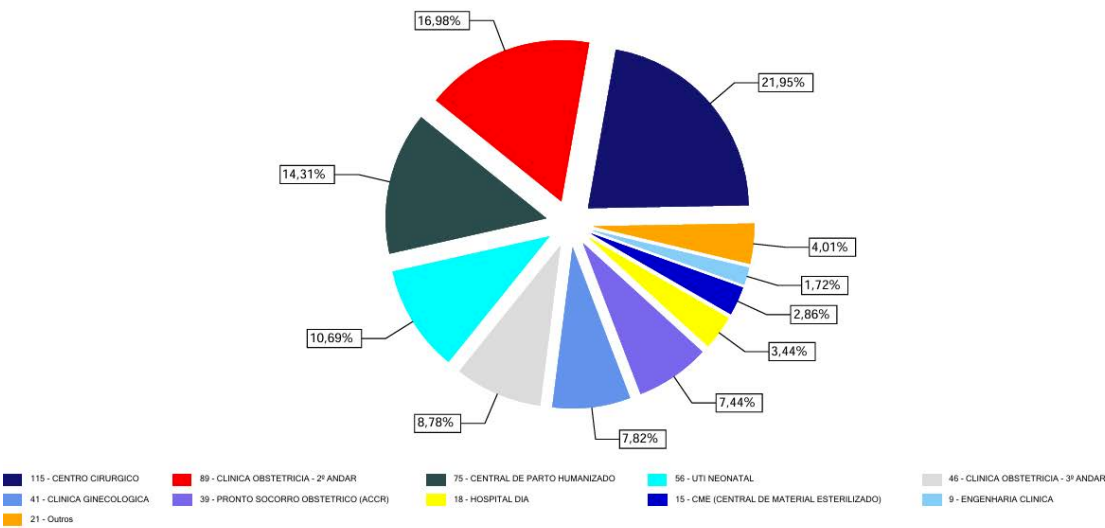
Produção do setor:

Tipo de manutenção



Total de Itens: 524,00

Centro de custo

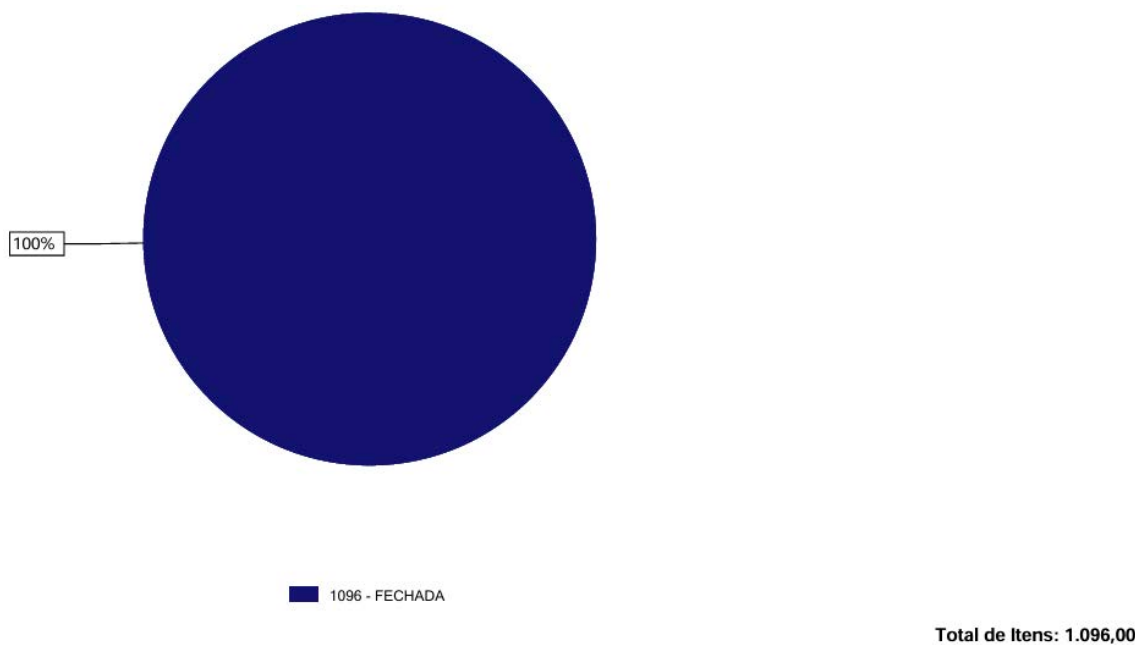


Total de Itens: 524,00

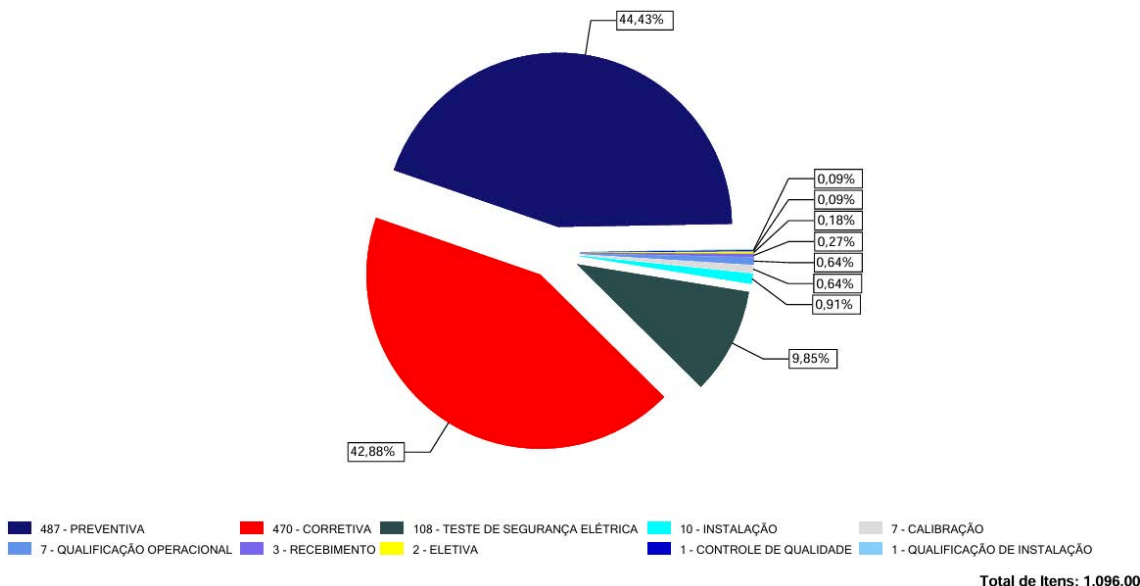
Conclusão

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

Quantitativo consolidado de ordens de serviço abertas x fechadas



Quantitativo consolidado de tipo de ordens de serviço



ANEXOS

- 1- ATA da Comissão de Óbitos
- 2- Registro de Parto Cesáreo
- 3- Plano de Ação Cesarianas 2026
- 4- Ofício SMS nº 5506/2026
- 5- Relação de uso de Corticoterapia
- 6- Relação de Sulfato de Magnésio
- 7- Relação AMIU
- 8- Relatório Ouvidoria SMS - 1746
- 9- Oferta x Produção Ambulatório 2026
- 10- Presença RAC Protocolos
- 11- Presença RAC Farmácia
- 12- Presença RAC Engenharia

- 13- Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia - LT
- 14- Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia - VH
- 15- Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia - DEMAIS
CIRURGIAS
- 16- Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

