



20  
25

# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO  
JULHO 2025

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Sobre o CEJAM

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

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

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

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

Visão:

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

Missão:

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

## Valores:

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

## Pilares Estratégicos:

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

### **1.2 Termo de colaboração n.º 01/2022**

O Hospital da Mulher Mariska Ribeiro é composto pelos serviços de emergência (no sistema de portas abertas 24h), ambulatoriais, cirúrgicos e de internação, com foco principal nas especialidades de Ginecologia e Obstetrícia; oferecendo também suporte aos recém-nascidos, contando com o Serviço de Neonatologia, equipada para o acompanhamento dos bebês

durante toda a internação, incluindo Unidade de Cuidados Intermediários Convencional, Canguru e Enfermaria Pediátrica. As instalações previstas no Termo de Colaboração Nº 01/2022, retratam 72 leitos obstétricos, 8 de ginecologia, 10 de UTI Neonatal, 11 da Unidade de cuidados intermediários Convencional, 4 da Unidade de cuidados intermediários Canguru, 6 para enfermaria pediátrica, 3 salas cirúrgicas, 6 salas PPP e 13 consultórios ambulatoriais.

A finalidade desse documento é gerar apontamentos e justificativas em relação às metas variáveis e físicas, tendo como base a prestação de contas do período de julho de 2024.

Considerando o Termo de Colaboração nº 01/2022, as metas variáveis são avaliadas para fins de pagamento a partir do primeiro trimestre. A avaliação e a pontuação dos indicadores e metas condicionam o valor do pagamento da variável de 5% do valor do contrato, divididas em 3 variáveis:

Variável 1 - Incentivo à gestão (7)

Variável 2 - Incentivo à unidade de saúde (13)

Variável 3 - Incentivo à equipe (2)

Além das metas variáveis, o Termo de Colaboração define metas físicas que são definidas no cronograma de desembolso, tais como procedimentos cirúrgicos (laqueadura tubária e outras cirurgias ginecológicas), consultas e exames ambulatoriais.

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

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

## 2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

### 2.1 METAS VARIÁVEIS

#### APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 1

			JULHO/2025	
INDICADOR VARIÁVEL 1 - INCENTIVO A GESTÃO	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de apresentação de AIH	Nº total de AIH apresentadas no mês	≥ 1	818	1,02%
	Nº total de internações por mês		801	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	12	1,59%
	Nº de AIH apresentadas		754	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	742	100%
	total de prontuários com alta		742	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	5	100%
	Nº de óbitos analisados		5	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	1.232.966,88	4,56%
	Valor total gasto no trimestre		27.057.196,12	
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%	132	99,2%
	Total de itens adquiridos		133	
7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade	95%	255	100,00%

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

## Indicador 2. Taxa de rejeição do AIH

Referente ao Indicador 2, Taxa de rejeição de AIH, impende informar que os valores de numerador 12 AIHs rejeitadas, e denominador, 754 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 **06/08/2025**, foi realizada a **reunião mensal da Comissão de Óbitos** do Hospital, na qual foram empregadas ferramentas avaliativas através da minuciosa análise de todos os prontuários físicos. Adicionalmente, qualificou-se os materiais necessários para investigação e debate dos casos em colaboração com as coordenações envolvidas.

Durante o período analisado, foram registrados **05 casos de óbito neonatal**, ambos classificados como precoce, e **02 casos de natimortos e 3 casos de neomortos**, sendo 01 ocorrido em ambiente extra-hospitalar e 04 em ambiente intra-hospitalar. Todos os detalhes referentes a esses casos, incluindo os diagnósticos de internação, estão documentados em ata anexa a este relatório.

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

## Indicador 5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos

No período em questão, os gastos do apoio à gestão contabilizaram **R\$ 1.232.966,88** considerando um o valor de **R\$ 27.057.196,12** do total utilizado, **resultando em um percentual de 4,56%**, assim, permanecendo **dentro da meta estabelecida para o indicador**.

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

TERMO DE COLABORAÇÃO 001/2022 - DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO						
POSIÇÃO TRIMESTRAL						
ITEM	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado
	MÊS 39	MÊS 39	MÊS 40	MÊS 40	MÊS 41	MÊS 41
Apoio à gestão CGE	79.707,98	51.876,26	79.707,98	55.143,71	79.707,98	82.525,96
Apoio à gestão da RUE	318.831,93	322.542,47	318.831,93	316.602,61	318.831,93	404.275,87
<b>Total APOIO À GESTÃO</b>	<b>398.539,91</b>	<b>374.418,73</b>	<b>398.539,91</b>	<b>371.746,32</b>	<b>398.539,91</b>	<b>486.801,83</b>
<i>Trimestral REALIZADO</i>	<b>1.232.966,88</b>					
Total Geral CRONOGRAMA	8.589.187,43		8.589.187,43		8.589.187,43	
Total Mensal REALIZADO	7.710.058,38		9.039.438,30		10.307.699,44	
<b>Resultado no Mês:</b>	<b>4,86%</b>		<b>4,11%</b>		<b>4,72%</b>	
<b>TRIMESTRAL</b>	<b>27.057.196,12</b>					
	<b>4,56%</b>					

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

No período em questão houve a precificação de 133 produtos, dos quais 132 itens estavam abaixo do preço da SMS, o que corresponde a um **percentual de 99%** das compras de itens abaixo da média, **dentro da meta preconizada.**

Após a análise dos números apresentados, cabe mencionar alguns aspectos de extrema relevância na comparação dos preços praticados pela entidade e preços publicados em registros públicos. A organização de Sociedade Civil realiza a modalidade de compra **tomada de preços** (lei 8.666) com utilização de plataforma eletrônica BIONEXO. O lote de compra é mensal e capaz de suprir a demanda de consumo da unidade, o que é capaz de realizar uma análise mais assertiva e maior entendimento acerca de quais produtos e insumos serão necessários. Assim, seguindo essa quantidade e tendo isso em estoque, há uma garantia muito maior do atendimento da demanda e baixo índice de perdas.

Além disso, também é possível analisar as sazonalidades a fim de encontrar um tamanho ideal de estoque de segurança. Com esses estoques, há maior garantia de que mesmo quando o comportamento fugir do esperado, ainda haja capacidade de atender a demanda. Isso faz com que os pedidos sejam entregues no tempo certo. Entretanto, é importante ressaltar que a análise da Gestão de Estoque também recai sobre o excesso dele, sendo possível a identificação do que poderia ser reduzido, focando o investimento em outras áreas.

Comparando os volumes de compra movimentados pela instituição e pelos órgãos públicos, nota-se que são infinitamente inferiores, o que interfere diretamente na composição do preço levando a uma comparação

desvantajosa para a Organização da Sociedade Civil.

A fins de auditoria do indicador, seguem anexas ao presente Relatório, a entrada de material médico e a entrada de medicamento no período em análise.

## Indicador 7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

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

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

### APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II

			JULHO/2025	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
Proporção de atendimentos com tempo médio entre Acolhimento/Classificação de Risco e atendimento médico abaixo dos tempos máximos de espera preconizados no protocolo	Total de pacientes atendidos dentro do tempo	90%	1.794	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.794	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	182	51,6 %
	Total de partos realizados		353	

% RNs elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na unidade Canguru	Número de RNs elegíveis internados na unidade Canguru superior a 5 dias	> 80%	0	0%
	Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru		0	
Incidência de Retinopatia da Prematuridade	Número de RN <1500g com ROP >3	<2,5%	1	12,5%
	Nº de RN admitidos <1500g		8	
Incidência de Displasia Broncopulmonar	RN <1500g de peso ao nascer dependente de O2 e IGC de 36 semanas	<20%	1	25,0%
	Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas		4	
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%	13	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		13	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	31	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		31	
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%	160	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		160	
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%	1	0,3%
	Nº total de nascimentos		358	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	343	97,2%

	Nº total de gestantes em Tp e parto		353	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	310	7,38
	Nº de saídas		42	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.149	2,30
	Nº de saídas na Obstetrícia		477	

**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 julho, **80,28% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 13,80% ginecológicas, 4,40% puérperas e 1,52% nas demais especialidades.** De todas as pacientes atendidas na emergência (1794), **69,96% eram gestantes com referência do HMMR**, enquanto as demais eram referências de outras maternidades da rede e outros municípios.

Com o intuito de garantir a conformidade na análise e representar com precisão o cenário do acolhimento, apresentamos a seguir uma tabela (via sistema eletrônico) que exibe o tempo médio de atendimento após a estratificação por cor de classificação de risco. Observamos que **87,15% 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
	10	0,86%	10	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
	59	3,29%	39	12 min	≤ 15 min.	100%
	382	21,29%	275	24 min	≤ 30 min.	100%
	1.247	69,50%	1.144	49 min	≤ 120 min.	100%
	107	5,35%	96	Encaminhado	Encaminhado	100%
<b>Total</b>	<b>1.794</b>	<b>100%</b>	<b>1.564</b>			

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 Julho de 2025, a unidade realizou 353 partos, sendo 171 partos vaginais (49,4%) e 182 cesarianas (51,65%).

Entre as cesarianas, 17% (35 casos) foram indicadas por alterações na avaliação do bem-estar fetal, como sofrimento fetal agudo, cardiocotografia 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 9% das cesarianas (18 casos). Além disso, 8% (17 mulheres) apresentavam histórico de mais de uma cesariana anterior.

A taxa de prematuridade no período foi de 13%. Vale destacar que, em julho, na unidade obstétrica, apenas 1 recém-nascido com peso igual ou superior a 2.500g apresentou índice de Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida — um importante indicador para avaliação de asfixia neonatal.

Dos partos realizados, 100% contaram com a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, conforme previsto na Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

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

A direção e as coordenações da maternidade têm desenvolvido diversas ações para incentivar o parto normal.

Segue link de acesso ao controle interno de parto cesárea:

[REGISTRO DE PARTO CESÁRIO](#)

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

Durante o período mencionado, não houve registros de admissões de bebês na Unidade Canguru que atendessem aos critérios estabelecidos para sua elegibilidade. Isso ocorreu devido à designação da unidade, a partir de 22 de março, para o atendimento exclusivo de pacientes necessitando de isolamento respiratório. Essa mudança foi feita em acordo com a prefeitura, seguindo as diretrizes de uma Nota Técnica para a configuração de leitos destinados ao tratamento de bronquiolite.

#### **Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade**

No período de julho a UTI neonatal **registrou apenas um caso de ROP III**, considerando 08 casos de recém-nascidos com peso <1500g admitidos no setor da UTI neonatal. O caso refere-se ao RN de Ana Paula de Sousa Conceição, cuja descrição pormenorizada encontra-se no item subsequente (indicador 5). conhecendo todos os fatores e sabendo que o paciente ficou sob oxigenioterapia por 7 semanas mesmo que ventilado sob as menores frações de oxigênio possíveis, reconhecemos que o risco de retinopatia da prematuridade está muito aumentado nesses casos. Este paciente evoluiu com retinopatia agressiva e foi submetido a administração de Anti IGF1 em 28/07/2024. Segue em acompanhamento com a oftalmologia, já apresentando involução da doença. Segue abaixo a relação dos casos do numerador e denominador no período.

**Casos Confirmados:**

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN ANA PAULA DE SOUSA CONCEIÇÃO	272132	07/06/2025	6/9	Feminino	1095 g	30s +1d

**Demais Pacientes Elegíveis:**

RN ANA LÍDIA XAVIER VIEIRA DA SILVA	276771	05/07/2025	9/9	Masculino	1320 g	28s
RN ALINE DE OLIVEIRA GOMES	277806	11/07/2025	8/8	Feminino	885 g	28s + 4d
RN IVANA NUNES SOARES (G1)	277879	12/07/2025	5/6/8	Masculino	1435	30s
RN IVANA NUNES SOARES (G2)	277880	12/07/2025	8/9	Masculino	1405 g	30s
RN KEMILY DA CRUZ DE SOUZA	277886	12/07/2025	5/7/9	Feminino	1085 g	28 s+ 5d
RN DE ALLYNE LUCIA TANCREDO RAMOS	280953	30/07/2025	-	Masculino	805 g	26+3d
RN DE VIVIANE DA SILVA CARDOSO DE OLIVEIRA	281092	31/07/2025	3/7	Masculino	1105 g	31+ 3d

**Indicador 5. Incidência de Displasia Broncopulmonar**

Uma das principais linhas de cuidado da nossa UTI neonatal é a prematuridade. Apesar de todos os cuidados realizados, algumas complicações inerentes à patologia podem eventualmente acontecer, principalmente naqueles que curam com maior gravidade. No mês de março 1 criança internada em nossa UTI atingiu idade corrigida de 36 semanas estando ventiladas em CPAP nasal, fechando o diagnóstico de broncodisplasia. Tal evento se justifica pela gravidade do caso e sobreposição de diversos fatores de risco desse paciente.

Trata-se do RN de Ana Paula de Sousa Conceição, prematuro 30 semanas, com peso de nascimento de 1095g, Apgar 6/9, intubado na sala de parto. Paciente evoluiu com sepse neonatal precoce e doença de membrana hialina, sendo realizada 1 dose de surfactante. Ficou em ventilação mecânica invasiva por 4 dias, e CPAP por 47 dias. Durante desmame de CPAP, evoluiu com piora infecciosa e necessitou retorno a ventilação, chegando a idade corrigida de 36

semanas, ainda dependente de oxigenoterapia. Com 37 semanas e 1 dia evoluiu para ar ambiente e encontra-se em treino de sucção para alta.

Tivemos quatro bebês com menos de 1500g que completaram 36 semanas no mês de julho sendo que este o relatado acima foi o único a fechar diagnóstico de broncodisplasia, sendo assim 25% dos casos.

**Casos Confirmados:**

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN ANA PAULA DE SOUZA CONCEIÇÃO	272132	07/06/2025	6/9	Feminino	1095g	30s+1

**Pacientes Elegíveis:**

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN JÉSSICA AZEVEDO SANTOS AYRES	271025	01/06/2025	8/9	Feminino	1255g	31s +1d
RN ADRIANA DE SOUZA PEREIRA	275633	28/06/2025	8/9	Feminino	1480 g	34s + 1d
RN ACELINA VITÓRIA RAMALHO	236367	02/07/2025	8/8	Feminino	1450 g	33+ 4d

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

No período vigente foram contabilizados 13 prescrições de corticoterapia antenatal referentes a **13 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 **31 pacientes**, em relação a **31 casos de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave** internadas na instituição. A planilha de auditoria encontra-se anexa ao Relatório.

**Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento**

No período avaliado houve um quantitativo de **08 AMIU realizadas**, em relação a **08 casos de abortamento com a devida indicação**. Para fins de investigação, relatamos o número do prontuário das pacientes que realizaram o procedimento em planilha anexa ao Relatório. Cumpre informar que todas as pacientes que realizaram wintercuretagem após aborto no período foram auditadas e não tiveram indicação de AMIU. Foram considerados para efeito de indicação de uso do AMIU "abortos retidos com menos de 12 semanas de idade gestacional provável, por medida de fundo de útero, ou outros métodos de cálculo, e dilatação de colo uterino inferior a 15 mm".

**Indicador 10. Taxa de asfixia perinatal**

No período de julho a unidade registrou **um caso** de asfixia perinatal, considerando 358 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,3% cumprindo a meta estabelecida**. Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN MILENA CARVALHO DOS SANTOS	281143	31/07/2025	1/4/4	Feminino	3235g	40s

**Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL**

No mês de julho, o indicador 12, que se refere ao tempo médio de permanência na UTI neonatal, **atingiu a meta estabelecida**. Mesmo tratando de um setor que recebe recém-nascidos prematuros ou a termo com condições clínicas que exigem cuidados especiais, o tempo médio de internação ficou dentro do esperado. Isso reflete a boa evolução clínica dos

bebês e o trabalho integrado da equipe multiprofissional, garantindo alta segura e oportuna.

## METAS DA VARIÁVEL 3

			JULHO/2025	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	385	88,7%
	Total de gestantes e puérperas em observação		434	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	383	99,5%
	Total de respostas efetivas		385	

### 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 **434 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **383 formulários com conceito de satisfação positivo**, correspondendo a aproximadamente **88% 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 99,5% no período avaliado**. Para fins de análise, segue abaixo a planilha disponível via drive, contendo a relação individual por usuário, bem como a distribuição quantitativa da pesquisa por dia em toda a unidade hospitalar.

[Pesquisa de Satisfação - HMMR](#)

Como ação complementar, a CEJAM desenvolveu o **Serviço de Atenção ao Usuário (SAU)**, canal destinado para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade. Também transmitiremos os elogios recebidos via **SAU** para os colaboradores com o objetivo de **incentivar os mesmos a orientarem aos usuários sobre a ferramenta de manifestação**.

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

Quanto ao processo acoplado com a prefeitura, a ouvidoria é responsável pelo recebimento e inserção dos apontamentos da **Ouvidoria da SMS, 1746**. Todas as ouvidorias e pesquisas de opinião são avaliadas e, quando necessário, são respondidas apurando os fatos e adotando as providências oportunas. Compartilhamos para conhecimento, o relatório referente ao mês de julho 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 julho e projeção do ano todo,

considerando que os ajustes e atualizações ocorrem na plataforma de maneira sistemática.

## [Oferta x Produção Ambulatório](#)

Nesse sentido, evidencia-se um elevado número de consultas ofertadas para todo o ano de 2025, **com atingimento de 113,6% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de julho**. 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 julho de 2025

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	JULHO/25
LT na ginecologia	>160	149
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	191
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	94
<b>Total de cirurgias na ginecologia</b>	<b>&gt;520</b>	434

Fonte: Planilha CC/MV

Neste mês, observamos que houve uma discreta redução nos cancelamentos por falta de pacientes, principalmente nas pacientes de laqueadura tubária. Quanto às pacientes de VHC, podemos dizer que a metade dos cancelamentos foi devido a causas clínicas das próprias pacientes, como pico hipertensivo, alterações de tireoide não relatadas anteriormente em consulta e queixa de dispnéia relatada somente em ambiente cirúrgico, impossibilitando assim a realização do procedimento. Ainda assim, nos aproximamos mais da meta estipulada do que no mês anterior.

## 3. AÇÕES DE MELHORIAS ESTRUTURAIS

### 3.1 AÇÕES DE MELHORIA REALIZADAS EM JULHO DE 2025

No mês de julho, as ações de melhoria do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro concentraram-se na etapa final de preparação para a visita de certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA). As atividades realizadas foram planejadas para assegurar que todos os processos, fluxos e protocolos institucionais estivessem alinhados aos padrões de qualidade exigidos.

Nesse período, conduzimos auditorias internas com o time de qualidade, envolvendo consultas, revisões e alinhamentos entre diferentes setores, com foco na identificação e resolução de não conformidades. O trabalho buscou não apenas corrigir eventuais falhas, mas também reforçar práticas assistenciais e administrativas que contribuem para a segurança do paciente e para a eficiência organizacional.

Também recebemos a visita da equipe de qualidade da Secretaria Municipal de Saúde, que realizou auditorias externas voltadas à verificação e validação dos ajustes implementados. Essa etapa foi fundamental para confirmar a aderência aos requisitos estabelecidos e fortalecer a organização para a avaliação oficial. As auditorias externas incluíram a análise detalhada de documentos, revisão de protocolos assistenciais, inspeção de áreas físicas e conferência da integração entre as equipes.

O mês foi marcado por uma mobilização intensa e colaborativa, reunindo profissionais de diversas áreas para garantir a excelência em todos os aspectos avaliados. Esse esforço conjunto resultou na conquista da

Certificação ONA Nível 2, um marco significativo para o hospital, refletindo o compromisso contínuo com a qualidade, a segurança do paciente e a melhoria constante dos serviços prestados.

As ações de melhoria subsequentes serão orientadas pelos resultados e recomendações gerados a partir dessa certificação, de modo a consolidar avanços e buscar novos patamares de excelência.

## ANEXOS

- ATA da Comissão de Óbitos
- Relatório de compras de material
- Relatório de compras de medicamentos
- Relação de corticoterapia utilizada
- Relação de sulfato de magnésio na Pré-eclâmpsia
- Relação AMIU
- Relatório Ouvidoria SMS - 1746
- Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia - LT
- Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia - VH
- Relação dos procedimentos cirúrgicos na ginecologia - DEMAIS CIRURGIAS



**Rio**

P R E F E I T U R A

---

**SAÚDE**

