



20
25

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
NOVEMBRO 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

			NOVEMBRO/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	740	1,01%
	Nº total de internações por mês		732	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	$\leq 7\%$	4	0,5%
	Nº de AIH apresentadas		797	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	653	100%
	total de prontuários com alta		653	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	7	100%
	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%	1.215.241,03	5,57%
	Valor total gasto no trimestre		21.816.173,54	
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%	142	93%
	Total de itens adquiridos		152	
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 4 AIHs rejeitadas, e denominador, 797 autorizações de internações hospitalares apresentadas, são referentes à Competência do mês de setembro, 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 **09/12/2025**, 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 **07 óbitos**, distribuídos da seguinte forma: **03 natimortos**, todos **classificados como extra-hospitalares**; **03 óbitos neonatais**, sendo **01 neonatal precoce** e **02 neonatais tardios**, e **01 óbito 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.

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

No mês de novembro, os **gastos referentes ao apoio à gestão** totalizaram **R\$1.215.241,03**, considerando o montante de **R\$21.816.173,54** utilizado no período. Dessa forma, o percentual apurado foi de **5,57%**, permanecendo acima da meta estabelecida para o indicador.

Nessa perspectiva, observa-se uma variação de 0,57 p.p. em relação ao limite de 5%, indicando leve extração do parâmetro pactuado.

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

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

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

TERMO DE COLABORAÇÃO 001/2022 - DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
POSIÇÃO TRIMESTRAL

ITEM	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado				
	MÊS 43	MÊS 43	MÊS 44	MÊS 44	MÊS 45	MÊS 45				
Apoio à gestão CGE	79.707,98	42.138,95	79.707,98	45.481,66	79.707,98	46.126,23				
Apoio à gestão da RUE	318.831,93	385.382,90	318.831,93	349.076,77	318.831,93	347.034,52				
Total APOIO À GESTÃO	398.539,91	427.521,85	398.539,91	394.558,43	398.539,91	393.160,75				
<i>Trimestral REALIZADO</i>	1.215.241,03									
Total Geral CRONOGRAMA	8.589.187,43		8.589.187,43		8.589.187,43					
Total Mensal REALIZADO	7.609.654,33		7.001.581,65		7.204.937,56					
Resultado no Mês:	5,62%		5,64%		5,46%					
TRIMESTRAL	21.816.173,54									
	5,57%									

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 152 produtos, dos quais 142 itens estavam abaixo do preço da SMS, o que corresponde a um **percentual de 93,4%** das compras de itens abaixo da média, **dentro da meta preconizada**.

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

em estoque, há uma garantia muito maior do atendimento da demanda e baixo índice de perdas.

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

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

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

Indicador 7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

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

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

			NOVEMBRO/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%	1.776	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.776	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	192	54,39%
	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%	6	100%
	Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru		6	
Incidência de Retinopatia da Prematuridade	Número de RN <1500g com ROP >3	<2,5%	0	0%
	Nº de RN admitidos <1500g		7	
Incidência de Displasia Broncopulmonar	RN <1500g de peso ao nascer dependente de O2 e IGC de 36 semanas	<20%	0	0%
	Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas		2	
Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-36 semanas IG	Gestantes atendidas em risco de parto prematuro que utilizaram corticoterapia antenatal	>90%	16	100%
	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%		100%

	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição			
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%	150	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		150	
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	11	100%
	Total de abortos		11	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	2	0,6%
	Nº total de nascimentos		357	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	343	97%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		353	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	270	7,94
	Nº de saídas		34	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.124	2,52
	Nº de saídas na Obstetrícia		446	

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 novembro, **83,5% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 9,2% ginecológicas, 5,5% puérperas e 1,8% nas demais especialidades.** De todas as pacientes atendidas na emergência (1794), **75,04% 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 **90% 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
Red	11	0,62%	11	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
Amarelo	55	3,10%	44	10 min	≤ 15 min.	100%
Verde	369	20,78%	287	20 min	≤ 30 min.	100%
Verde	1.276	71,88%	1.187	48 min	≤ 120 min.	100%
Azul	65	3,66%	65	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.776	100%	1.594			

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 Novembro de 2025, a unidade realizou 353 partos, sendo 161 partos vaginais (45,6%) e 192 cesarianas (54,4%). Entre as cesarianas, 21,3% 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 21,3% das cesarianas. Além disso, aproximadamente 19% apresentavam histórico de mais de uma cesariana anterior. A taxa de prematuridade no período foi de 11,9%.

Vale destacar que, em novembro, apenas dois recém-nascidos com peso igual ou superior a 2.500g apresentaram índice de Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida, representando um índice de 0,6%, sendo este um importante indicador para avaliação de asfixia neonatal.

Dos partos realizados, 97% contaram com a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, conforme previsto na Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Apenas 10 partos aconteceram sem a presença do acompanhante por questões relacionadas à própria paciente e seus familiares, pois o direito lhe foi assegurado.

No mês de Novembro, grande parte das gestantes que internaram na unidade eram portadoras de diabetes ou hipertensão gestacional, configurando aproximadamente 50% de gestações de alto risco. Além disso, destaca-se o Grupo 2 de Robson, que representou 37,5% das cesarianas do período.

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%.

O aumento da taxa de cesárea neste mês foi influenciado principalmente pelo comportamento do Grupo 2 de Robson, composto por gestantes nulíparas, com feto único, céfálico e ≥ 37 semanas, em trabalho de parto induzido ou que realizaram cesariana antes do início do trabalho de parto.

Apesar da elevação do indicador, reforçamos que a unidade ampliou a oferta de analgesia de parto, intensificou as orientações sobre parto vaginal, e fortaleceu as ações de educação permanente com a equipe para estimular as boas práticas e reduzir cesarianas desnecessárias.

Seguimos monitorando o indicador de forma contínua, ajustando fluxos e fortalecendo condutas para garantir segurança e assistência de qualidade às gestantes. Atualmente possuímos dois espaços de discussão de vias de parto (grupo de gestantes e curso de parto) onde as gestantes que tiverem interesse podem ainda durante a gestação tirar dúvidas sobre o parto e receber informações de qualidade sobre suas escolhas. Além disso a unidade no momento faz parte de um projeto de incentivo a oferta de analgesia ligado ao grupo de trabalho do Nascer no Brasil onde buscamos melhorar a oferta e a qualidade técnica dos procedimentos de alívio farmacológico da dor. O objetivo é manter a tendência de redução gradual das cesarianas desnecessárias, alinhando a prática assistencial às recomendações nacionais e internacionais de segurança obstétrica.

Segue link de acesso ao controle interno de parto cesárea:

[REGISTRO DE PARTO CESÁREO](#)

[Plano de Ação Tx Cesárea](#)

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

Durante o período mencionado, houve o registro de 06 admissões de RN na Unidade Canguru. Nesse sentido, os mesmos atendem aos critérios estabelecidos

para sua elegibilidade pois permaneceram no mínimo 5 dias internados na unidade para ganho de peso. Dessa forma, a relação nominal do RN encontra-se abaixo:

NOME	PRONT	INTERN.	SAÍDA	DIAGNÓSTICO	PESO
RN ANA LICI BARBOSA DA SILVA GI	296520	04/11/2025	20/11/2025	Prematuro Tardio	1915g
RN ANA LICI BARBOSA DA SILVA GII	296521	04/11/2025	20/11/2025	Prematuro Tardio	1810g
RN CAROLINA CRISTINA DOS SANTOS	296516	14/11/2025	21/11/2025	Prematuro Tardio	1465g
RN GI MAIRA PROCOPIO DA SILVA	299363	26/11/2025	01/12/2025	Prematuro Moderado	1955g
RN GII MAIRA PROCÓPIO DA SILVA	299364	26/11/2025	01/12/2025	Prematuro Moderado	1955g
RN IARA INGRID GARRIDO PACHECO	295892	26/11/2025	01/12/2025	Prematuro Moderado	1530g

Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período de novembro a UTI neonatal **não registrou casos de ROP III**, considerando apenas 07 casos de recém-nascidos com peso <1500g admitidos no setor da UTI neonatal. Abaixo encontra-se a relação dos 7 RNs supracitados:

Pacientes Elegíveis:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN SAMARA DELGADO DE CARVALHO G1	296452	01/11/2025	7/8	Feminino	1310g	28s + 6d
RN SAMARA DELGADO DE CARVALHO G2	296453	01/11/2025	5/6	Feminino	1145g	28s + 6d
RN CAROLINA CRISTINA DOS SANTOS	296516	01/11/2025	9/9	Feminino	1465g	34s + 6d
RN LUCIANA PRISCILA MELLO PEREIRA	297144	05/11/2025	8/9	Masculino	920g	32s
RN THAISSA MICHELE NARCIZA DA	298778	15/11/2025	6/7	Masculino	1145g	31s + 2d

SILVA						
RN LARISSA CRISTINA DA SILVA NUNES	299470	19/11/2025	6/8	Feminino	640g	27s + 4d
RN EMILLY RODRIGUES MOREIRA CANDIDO	300046	23/11/2025	9/9	Masculino	950g	27s + 2d

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 novembro tivemos dois bebês com peso de nascimento inferior a 1500g que completaram 36 semanas sendo que **nenhum** evoluiu com diagnóstico de broncodisplasia (0% dos casos). Dessa forma, encontra-se abaixo a relação nominal dos pacientes que são elegíveis aos critérios iniciais de análise de Displasia Broncopulmonar

Pacientes Elegíveis:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN DE AMANDA SENA	292940	10/10/2025	8/9	Feminino	1020g	32s
RN DE CAROLINA CRISTINA	296516	01/11/2025	9/9	Feminino	1465g	34s + 6d

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

No período vigente foram contabilizados 14 prescrições de corticoterapia antenatal referentes a **14 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 **29 pacientes**, em relação a **29 casos** de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave internadas na instituição. A planilha de auditoria encontra-se anexa ao Relatório. Ressaltamos que o número ficou abaixo da meta atual em função de uma redução do número de pacientes com casos de pré-eclâmpsia confirmados no mês de novembro e um leve incremento de pacientes puerperais que realizaram a medicação, porém não se enquadram na relação de elegibilidade para contagem no indicador, fato que refletiu diretamente no resultado do período em análise.

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado houve um quantitativo de **11 AMIU realizadas**, em relação a **11 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 novembro a unidade registrou **apenas dois** casos de asfixia perinatal, considerando 357 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,6% cumprindo a meta estabelecida**. Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN GABRIELA FURTADO FONTES LAMBLET	300497	26/11/2025	2/6	Feminino	3585g	40s + 2d
RN MARA MELO FIGUEIREDO	298789	15/11/2025	1/5/7	Masculino	2715g	41s

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

No mês de novembro, o tempo médio de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) alcançou **7,94 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.

Seguem abaixo os cálculos realizados para consolidação do resultado.

Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	270	7,94
	Nº de saídas	34	

Reforçamos ainda que a equipe da UTI neonatal permanece comprometida em oferecer atendimento seguro e de qualidade, mantendo práticas

alinhadas às melhores evidências e buscando constantemente a redução dos tempos de internação, quando clinicamente possível.

METAS DA VARIÁVEL 3

			NOVEMBRO/2025	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	371	82,3%
	Total de gestantes e puérperas em observação		451	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	370	99,7%
	Total de respostas efetivas		371	

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 **451 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **371 formulários, onde 370 foram preenchidos com conceito de satisfação positivo**, correspondendo a aproximadamente **82,3% 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 novembro das manifestações de ouvidoria cadastradas no 1746.

2.1 METAS FÍSICAS - PRODUÇÃO

Considerando a adequação do serviço para cumprimento das metas ambulatoriais pactuadas no Termo de Colaboração vigente, impende informar que a reestruturação do setor implicou na ampliação de agenda, RH e melhora da organização física, buscando celeridade e aperfeiçoamento da capacidade operacional no ambulatório, o que, consequentemente, pode ser identificada no panorama de oferta mensal e anual de consultas no SISREG. Demonstramos abaixo a relação de novembro 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 99% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de novembro.** 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 novembro de 2025

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	NOVEMBRO/25
LT na ginecologia	>160	133
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	168
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	100
Total de cirurgias na ginecologia	>520	401

Fonte: Planilha CC/MV

No mês de Novembro podemos observar que, apesar de não termos atingido a meta cirúrgica em sua totalidade, a taxa de cancelamento de cirurgias mantém-se ainda reduzida em relação aos meses anteriores. Nos últimos três meses seguimos alcançando a meta de cancelamentos proposta na unidade (abaixo de 7%). Quanto às cirurgias de LT, a maior taxa de cancelamento ainda se relaciona à faltas das pacientes mesmo com o contato telefônico de confirmação de cirurgia. É comum que haja mais faltas nessa época do ano, mas consideramos isso dentro da sazonalidade esperada.

Quanto à meta de histeroscopia cirúrgica, o que identificamos é que muitas pacientes já vem com a Histeroscopia Diagnóstica realizada em outras unidades e são encaminhadas diretamente para realização apenas de exames pré-operatórios, risco cirúrgico e agendamento do procedimento com sedação. Dessa forma, continuam sendo atendidas como pacientes em pré-operatório, muitas vezes perdendo a oportunidade de resolução ambulatorial. Isso acontece pelo nome dado ao ambulatório (Histeroscopia Cirúrgica) por decisão da própria SMS.

Apesar dos números terem se aproximado da meta instituída, mas permaneceram abaixo, continuamos atentos às causas envolvidas e comprometidos em aprimorar e implementar estratégias que possibilitem o incremento da produção nos próximos meses.

3. AÇÕES DE MELHORIAS ESTRUTURAIS

3.1 AÇÕES DE MELHORIA REALIZADAS EM NOVEMBRO DE 2025

No mês de novembro, o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro avançou em diversas frentes estruturantes voltadas ao aprimoramento da qualidade assistencial, da segurança do paciente e da humanização do cuidado. O período foi especialmente marcado pelo fortalecimento de práticas internas, pela consolidação de projetos estratégicos e pela ampliação das ações educativas dirigidas às equipes multiprofissionais.

Um dos principais destaques do mês foi o aumento de 33% na realização de analgesia de parto, resultado de esforços contínuos para ampliar o acesso das gestantes à assistência humanizada e ao manejo adequado da dor. Esse avanço reflete diretamente o compromisso institucional com o protagonismo da parturiente, a melhoria da experiência do nascimento e a adoção de práticas alinhadas às recomendações de boas práticas obstétricas.

Outra iniciativa de relevância foi a realização do Evento Novembro Roxo, dedicado à conscientização sobre a prematuridade e à valorização da neonatologia enquanto campo essencial do cuidado materno-infantil. O encontro contou com palestrantes convidados e momentos formativos voltados à atualização das equipes sobre os desafios, a importância da identificação precoce de riscos e as estratégias de cuidado integral ao recém-nascido prematuro. Além de ampliar conhecimentos, o evento contribuiu para o fortalecimento da cultura institucional de sensibilização e educação permanente.

Ainda em novembro, deu-se início ao ciclo de auditorias internas, etapa preparatória para a visita de manutenção prevista nos processos de certificação e melhoria contínua. As auditorias têm como objetivo avaliar fluxos, identificar oportunidades de aperfeiçoamento e reforçar a aderência

às normas que orientam a qualidade assistencial. Esse movimento reforça a maturidade institucional no monitoramento de práticas, na padronização de processos e na construção de uma cultura sólida de segurança.

Por fim, a unidade iniciou estudos internos voltados à análise e qualificação da taxa de cesárea, com foco na coleta sistemática de dados e na identificação dos fatores que influenciam o indicador. Essa iniciativa busca embasar ações futuras que promovam a redução progressiva da taxa, estimulando a adoção de boas práticas obstétricas e contribuindo para a melhoria dos resultados maternos e neonatais.

As ações realizadas em novembro demonstram o compromisso contínuo do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro com a excelência assistencial, o aprimoramento de processos e a consolidação de práticas que fortalecem o cuidado seguro, humanizado e baseado em evidências.

ANEXOS

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



Rio

PREFEITURA

SUS The logo for the Sistema Único de Saúde (SUS), consisting of the acronym 'SUS' in white on a dark background, with a stylized white cross or plus sign graphic to its right.

SAÚDE