



20
26

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
ABRIL 2026

1. INTRODUÇÃO

1.1 Sobre o CEJAM

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

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

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

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

Visão:

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

Missão:

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

Valores:

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

Pilares Estratégicos:

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

1.2 Termo de colaboração n.º 01/2022

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

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

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

Variável 1 - Incentivo à gestão (7)

Variável 2 - Incentivo à unidade de saúde (13)

Variável 3 - Incentivo à equipe (2)

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

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

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

2. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS CONTRATUAIS

2.1 METAS VARIÁVEIS

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL 1

			ABRIL/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	741	1,01
	Nº total de internações por mês		733	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	10	1,25%
	Nº de AIH apresentadas		799	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	657	100%
	total de prontuários com alta		657	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	2	100%
	Nº de óbitos analisados		2	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	-	-
	Valor total gasto no trimestre		-	
6. Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em	Total de itens comprados abaixo da média	95%	-	-

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

Indicador 1. Taxa de apresentação de AIH

Referente ao Indicador 1 – Índice de Apresentação de AIH, cumpre informar que o numerador corresponde a 741 AIHs apresentadas, enquanto o denominador totaliza 733 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 10 AIHs rejeitadas, e denominador, 799 autorizações de internações hospitalares apresentadas, são referentes à Competência do mês de fevereiro, 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 **06/05/2026**, 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 **02 óbitos**, ambos classificados como natimortos extra-hospitalares.

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

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

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

Indicador 7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

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

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II






			ABRIL/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%	1.788	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.788	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	183	49,9%
	Total de partos realizados		367	
% 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		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		0	
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%	17	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		17	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	43	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		43	
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%	176	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré		176	

	parto			
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	4	100%
	Total de abortos		4	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	3	0,8%
	Nº total de nascimentos		369	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	353	96,2%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		367	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	279	9,0
	Nº de saídas		31	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.243	2,57
	Nº de saídas na Obstetrícia		484	

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 abril, **81,06% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 11,28% ginecológicas, 5,61% puérperas e 2,05% nas demais especialidades.** De todas as pacientes atendidas na emergência (1768), **68,32% 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 **89,54% dos atendimentos ocorreram dentro do tempo estipulado na meta geral**. No entanto, ao analisarmos especificamente cada cor de classificação de risco, **verificamos que todos os atendimentos respeitaram os tempos estabelecidos para cada categoria, alcançando assim 100% de conformidade dentro dos parâmetros definidos para cada nível de prioridade**.

Cor	Pacientes atendidos	% de atendimentos por cor	Pacientes dentro do tempo	Tempo Médio de espera	Tempo Máximo (META)	% atingido
	8	0,41%	8	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
	57	3,76%	35	15 min	≤ 15 min.	100%
	385	20,13%	303	20 min	≤ 30 min.	100%
	1.440	74,15%	1.214	48 min	≤ 120 min.	100%
	41	1,55%	30	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.788	100%	1.601			

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 Abril de 2026, a unidade realizou 367 partos, sendo 184 partos vaginais (50,1%) e 183 cesarianas (49,8%). Entre as cesarianas, 23,3% 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 em média 11,4% das cesarianas. Além disso, aproximadamente 35,8% apresentavam histórico de mais de uma cesariana anterior. A taxa de prematuridade no período foi de 17,9%.

Vale destacar que, em abril, três recém-nascidos apresentaram índice de Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida na obstetrícia, representando um índice de 0,8%, sendo este um importante indicador para avaliação de asfixia neonatal.

Dos partos realizados, 95,1% contaram com a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, conforme previsto na Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Além disso, ressalta-se que o direito foi assegurado a 100% das pacientes.

No mês de abril, em torno de 55,19% das gestantes internadas eram gestantes portadoras de comorbidades e foram classificadas como de alto risco. Além disso, destaca-se o Grupo 2 de Robson, que representou 40,2% das cesarianas do período e o Grupo 5 que, em sua totalidade, representou 27,1%.

Nesses grupos, fatores como vulnerabilidade social, aspectos culturais, deficiências na assistência pré-natal e questões socioeducacionais contribuem para a elevada taxa de cesarianas na unidade. O perfil

epidemiológico das gestantes atendidas também torna pouco viável a manutenção da taxa de cesariana abaixo de 30%.

A taxa de cesárea vigente é influenciada, em grande parte, pelo comportamento do Grupo 2 de Robson, composto por gestantes nulíparas, com feto único, cefálico e ≥ 37 semanas, em trabalho de parto induzido ou que realizaram cesariana antes do início do trabalho de parto. O grupo 5 de Robson, aquelas gestantes com cesarianas prévias, também impacta diretamente o indicador, visto que naquelas com mais de uma cesariana prévia está indicada a cirurgia e entre aquelas que possuem um cesariana prévia, existe uma imensa maioria que recusa indução.

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

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

Durante o período, foram realizadas reuniões periódicas da Comissão de Monitoramento dos Partos Cesáreos, promovendo discussões técnicas sobre os principais fatores associados às indicações cirúrgicas e oportunidades de melhoria nos fluxos assistenciais. O principal foco do mês esteve na retomada do projeto de redução de cesarianas, com análise mais aprofundada dos fluxos de exames complementares, especialmente cardiotocografia (CTG) e ultrassonografia obstétrica, buscando avaliar a adequação das solicitações, o impacto desses exames na tomada de decisão clínica e possíveis ajustes nos processos.

Além disso, foi iniciada a construção de roteiros assistenciais para as consultas de pré-natal de gestantes com comorbidades, com o objetivo de padronizar condutas, qualificar o acompanhamento ambulatorial e fortalecer o manejo adequado dessas pacientes ao longo da gestação.

Outro ponto de destaque no período foi o estímulo à utilização da técnica combinada de indução do parto com balão intracervical associado ao misoprostol, estratégia que vem sendo reforçada junto às equipes como alternativa para ampliar as possibilidades de evolução para o parto vaginal em casos elegíveis, alinhada às boas práticas obstétricas e à redução de intervenções desnecessárias.

Paralelamente, permaneceram as ações de incentivo às boas práticas obstétricas e o acompanhamento contínuo dos resultados assistenciais, reafirmando o compromisso da unidade com a qualificação do

Segue link de acesso ao controle interno de parto cesárea:

[REGISTRO DE PARTO CESÁRIO](#)

[Plano de Ação Tx Cesárea](#)

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

Durante o período mencionado, não houve registros de admissões de bebês na Unidade Canguru que atendessem aos critérios estabelecidos para sua elegibilidade. Isso ocorreu devido à designação da unidade, a partir de 02 de março, para o atendimento exclusivo de pacientes necessitando de isolamento

respiratório. Essa mudança foi feita em acordo com a prefeitura, seguindo as diretrizes de uma Nota Técnica para a configuração de leitos destinados ao tratamento de bronquiolite.

Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período de novembro a UTI neonatal **não registrou casos de ROP III**, considerando 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 YASMIM DE CASTRO E SOUZA	323308	17/04/2026	2/4	Feminino	625g	25s+2d
RN RENATA FERREIRA	323027	16/04/2026	4/8	Masculino	770g	25s + 1d
RN BRENDA FARIAS G1	324276	24/04/2026	8/9	Masculino	1425g	31s + 1d
RN BRENDA FARIAS G2	324277	25/03/2026	4/6/7	Masculino	1360g	31s + 1
RN CAMILA VIEIRA	324622	27/04/2026	8/9	Masculino	810g	28s + 3d
RN JESSICA GOMES	324666	27/04/2026	7/8	Masculino	1440g	33s
RN KARINE DOS SANTOS	322196	11/04/2026	7/9	Masculino	1205g	32s + 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 abril não tivemos bebês com peso de nascimento inferior a 1500g que completaram 36 semanas. Portanto, afirma-se também que **nenhum** evoluiu com diagnóstico de broncodisplasia (0% dos casos).

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

No período vigente foram contabilizados 17 prescrições de corticoterapia antenatal referentes a **17 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 **43 pacientes**, em relação a **43 casos** de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave internadas na instituição, atingindo assim, o objetivo de contrato. A planilha de auditoria e análise encontra-se anexa ao Relatório.

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado houve um quantitativo de **4 AMIU realizadas**, em relação a **4 casos de abortamento com a devida indicação**, assim, dentro da meta contratualizada. Para fins de investigação, relatamos o número do prontuário das pacientes que realizaram o procedimento em planilha anexa ao Relatório. Cumpre informar que todas as pacientes que realizaram wintercuretagem após aborto no período foram auditadas e não tiveram indicação de AMIU. Foram

considerados para efeito de indicação de uso do AMIU “abortos retidos com menos de 12 semanas de idade gestacional provável, por medida de fundo de útero, ou outros métodos de cálculo, e dilatação de colo uterino inferior a 15 mm”.

Indicador 10. Taxa de asfixia perinatal

No período de abril a unidade registrou apenas **um** casos de asfixia perinatal, considerando 364 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,81%, cumprindo a meta estabelecida.** Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN ISABELLE ALBUQUERQUE	321249	05/04/2026	2/4/6	Feminino	2.865g	39s + 3d
RN ELAINE DALPIASI RIBEIRO	321988	10/04/2026	5/6/8	Feminino	2.495g	35s + 5d
RN BRENDA FARIAS G2	324277	25/03/2026	4/6/7	Masculino	1360g	31s + 1

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

No mês de abril, o **indicador 12**, que se refere ao tempo médio de permanência na UTI neonatal, **não atingiu a meta estabelecida.** Por se tratar de um setor voltado para os cuidados de RN prematuros ou mesmo bebês nascidos a termo que possuem algum problema que interfere no seu desenvolvimento, o tempo de permanência na UTI neonatal pode variar de

poucos dias até alguns meses, segundo as necessidades e características de cada bebê.

A UTI neonatal do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro trabalha com linhas de cuidado voltadas aos recém nascidos de alto risco em suas mais diversas patologias, como prematuridade de diversas idades gestacionais, asfixia perinatal, angústia respiratória do recém nascido, dentre outras, assistindo bebês com diferentes escores de gravidade. No entanto, o perfil de admissão e a gravidade dos recém nascidos muda ao longo dos meses, concentrando em alguns momentos recém nascidos com maior complexidade e gravidade. Nos primeiros 3 meses de 2026 observamos um maior número de internações de casos com menor gravidade necessitando de períodos de internação mais curtos na UTI e alcançamos a meta em todo o primeiro trimestre. Em abril observamos um aumento significativo da gravidade e da complexidade dos pacientes. Tivemos 7 internações de bebês com menos de 1500g, o que representa 20% das internações neste mês. Esses pacientes demandam maior tempo de internação em UTI neonatal pela complexidade e riscos associados à patologia.

Associado a este fator, verificamos ainda uma taxa de mortalidade de zero no mês de abril, ou seja, mesmo com aumento significativo do perfil de gravidade, nenhum paciente veio a óbito, elevando por conseguinte a taxa de permanência.

Média de permanência na UTI Neonatal	8 dias	0,075%	279	9,0
			31	

METAS DA VARIÁVEL 3

			ABRIL/2026	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	405	82,65%
	Total de gestantes e puérperas em observação		496	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	404	99,8%
	Total de respostas efetivas		405	

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 **496 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **405 formulários, onde 404 foram preenchidos com conceito de satisfação positivo**, correspondendo a aproximadamente **81,65% 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 99,8% 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 abril 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 abril e projeção do ano todo, considerando que os ajustes e atualizações ocorrem na plataforma de maneira sistemática.

[Oferta x Produção Ambulatório 2026](#)

Nesse sentido, evidencia-se um elevado número de consultas ofertadas para todo o ano de 2026, **com atingimento de 102,6% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de abril.**

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

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	ABRIL/26
LT na ginecologia	>160	116
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	149
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	116
Total de cirurgias na ginecologia	>520	381

Fonte: Planilha CC/MV

No mês de Abril, observou-se uma queda no volume total de cirurgias em relação a abril, de 422 para 381 procedimentos, principalmente no volume relacionado às Histeroscopias cirúrgicas.

Ao analisar os procedimentos por categoria, nota-se uma queda no volume das histeroscopias, de 190 para 149 no mês vigente, e a maioria dos cancelamentos ocorreu por pico hipertensivo, mesmo em pacientes com risco cirúrgico ASA 2 nos levando a crer que elas não estavam compensadas clinicamente no momento do risco. Com o levantamento dos dados, observamos que aproximadamente 50% dos cancelamentos foram por pico hipertensivo e quase 30% foram por faltas das pacientes, ainda que tenhamos uma taxa de 100% de contato para a confirmação do procedimento realizado.

Em relação às laqueaduras (LT na ginecologia), também houve uma leve queda no quantitativo de procedimentos realizados, mas nada expressivo. Já as demais cirurgias aumentaram, de 108 para 116, mostrando que contemplamos mais pacientes com outras patologias neste período.

De forma geral, apesar da piora no desempenho em Abril, a equipe segue empenhada na implementação de estratégias para redução de cancelamentos e melhor aproveitamento da capacidade instalada, mantendo como prioridade a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

3. AÇÕES DE MELHORIAS ESTRUTURAIS

3.1 AÇÕES DE MELHORIA ASSISTENCIAIS REALIZADAS EM ABRIL DE 2026

No mês de abril, o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro manteve o avanço das ações institucionais voltadas à qualificação da assistência e ao aprimoramento contínuo dos processos assistenciais, com destaque para a retomada mais intensiva do projeto de redução da taxa de cesarianas, que se consolidou como uma das principais frentes estratégicas do período.

Durante o mês, foram realizadas análises mais aprofundadas dos fluxos assistenciais relacionados à indicação de cesariana, com foco na avaliação dos exames complementares utilizados na tomada de decisão clínica, especialmente cardiotocografia (CTG) e ultrassonografia obstétrica. O objetivo foi identificar oportunidades de melhoria nos critérios de solicitação, nos tempos de resposta e na adequação desses exames ao contexto clínico, contribuindo para decisões mais assertivas e alinhadas às boas práticas obstétricas.

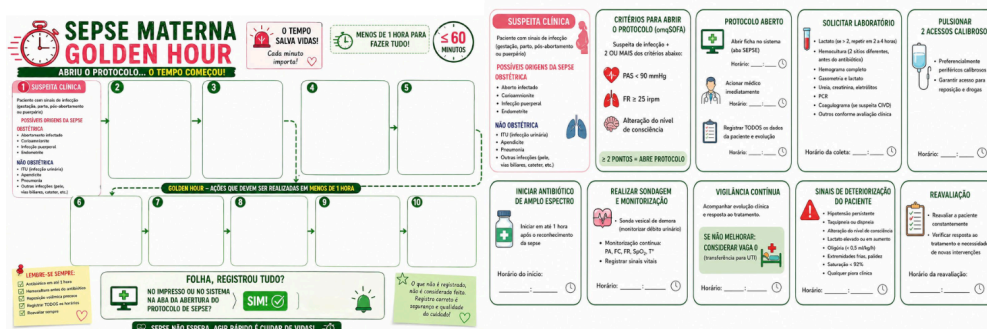
Como reflexo das ações implementadas, observou-se redução nos grupos 2 e 4 da Classificação de Robson, resultado relevante no monitoramento institucional da taxa de cesarianas, indicando avanços na condução dos partos de gestantes nulíparas e múltiparas submetidas à indução do parto ou cesarianas antes do trabalho de parto. Esse movimento reforça o impacto positivo das estratégias adotadas pela equipe multiprofissional e o compromisso da unidade com uma assistência obstétrica mais segura e baseada em evidências.

Além disso, foram promovidos ajustes nos planejamentos de consultas ambulatoriais e nos fluxos de acompanhamento das gestantes, buscando maior organização da agenda assistencial, otimização do acesso e melhor direcionamento dos atendimentos conforme o perfil clínico das pacientes.

No campo da segurança do paciente, também foi realizado treinamento institucional voltado ao protocolo de sepse, com foco na implementação e fortalecimento do Alerta Cor. A capacitação ocorreu ao longo de três dias consecutivos, contemplando todas as equipes multiprofissionais da unidade, com o objetivo de padronizar condutas, ampliar a identificação precoce dos sinais de sepse e fortalecer a resposta assistencial em situações de risco, promovendo maior segurança e agilidade no cuidado às pacientes.

As reuniões de análise crítica (RAC) permaneceram como ferramenta essencial para o acompanhamento dos indicadores institucionais e discussão de oportunidades de melhoria, fortalecendo a cultura de monitoramento contínuo e tomada de decisão baseada em dados.

As ações desenvolvidas ao longo de abril reforçam o compromisso do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro com a excelência assistencial, a qualificação dos processos internos e a promoção de um cuidado obstétrico cada vez mais seguro, humanizado e eficiente.



3.2 AÇÕES DE MELHORIAS DE INFRAESTRUTURA REALIZADAS EM ABRIL DE 2026

- Pintura do banheiro e enfermaria 207





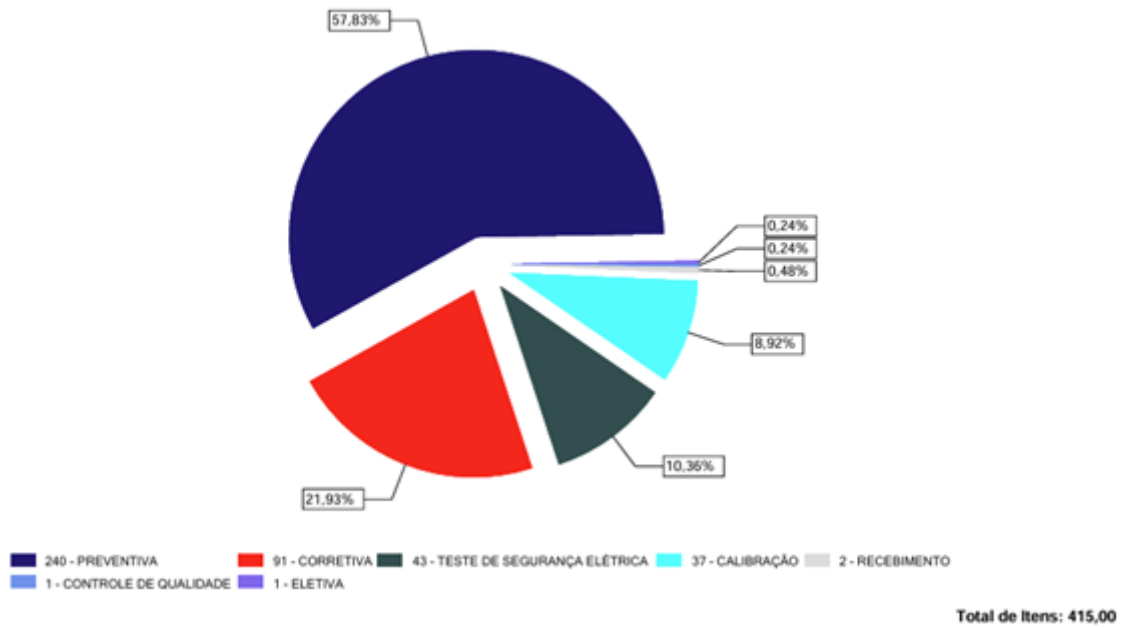
- Pintura de banheiro com tinta epóxi da enfermaria 205



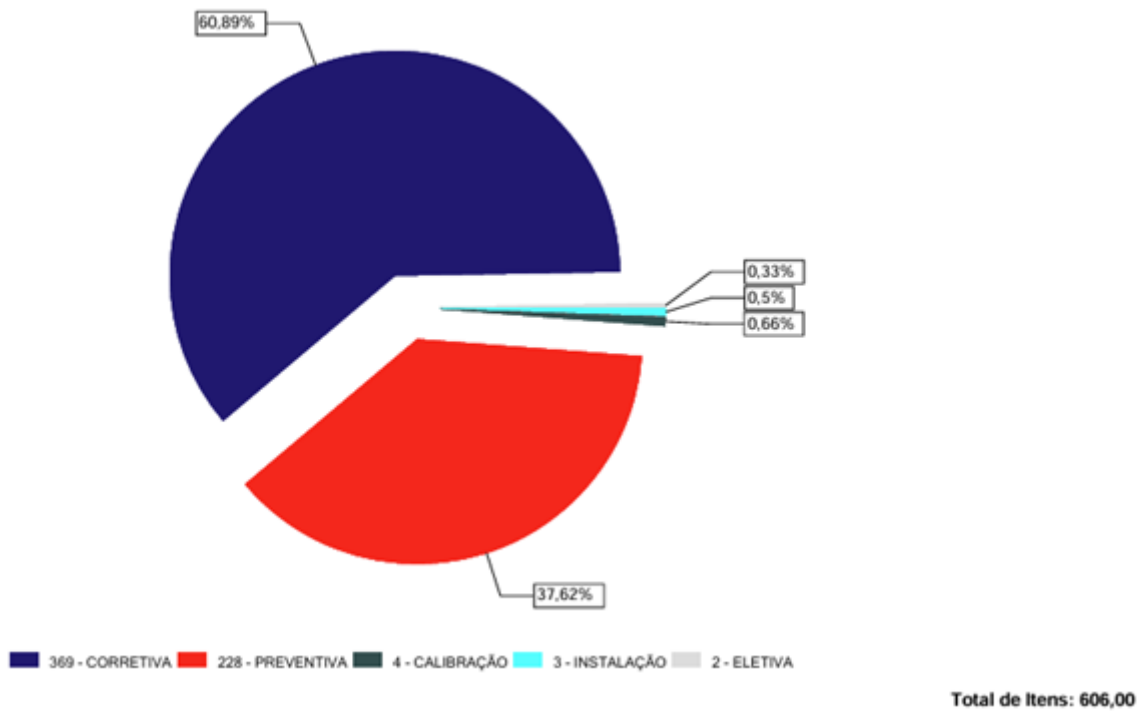
- Construção da área de lavagem dos containers do depósito de resíduos em atendimento a exigência da licença ambiental. (Em andamento)



- Ordens de serviço da engenharia clínica - Abril



- Ordens de serviço da manutenção - Abril



ANEXOS

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



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

