



20
25

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
AGOSTO 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

			AGOSTO/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	756	1,05%
	Nº total de internações por mês		717	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	8	0,98%
	Nº de AIH apresentadas		818	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	662	100%
	total de prontuários com alta		662	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	4	100%
	Nº de óbitos analisados		4	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	1.263.081,08	4,56%
	Valor total gasto no trimestre		27.452.472,22	
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%	127	95,5%
	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 08 AIHs rejeitadas, e denominador, 818 autorizações de internações hospitalares apresentadas, são referentes à Competência do mês de junho, 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 **03/09/2025**, 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 **02 casos de óbito neonatal**, ambos classificados como precoce sendo classificados como extrahospitalar, e **02 casos de natimortos** intrahospitalares. 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\$ 1.263.081,08** considerando um o valor de **R\$ 27.452.472,22** do total utilizado, **resultando em um percentual de 4,6%**, 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 agosto 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 40	MÊS 40	MÊS 41	MÊS 41	MÊS 42	MÊS 42
Apoio à gestão CGE	79.707,98	55.143,71	79.707,98	82.525,96	79.707,98	45.661,99
Apoio à gestão da RUE	318.831,93	316.602,61	318.831,93	404.275,87	318.831,93	358.870,94
Total APOIO À GESTÃO	398.539,91	371.746,32	398.539,91	486.801,83	398.539,91	404.532,93
<i>Trimestral REALIZADO</i>	1.263.081,08					
Total Geral CRONOGRAMA	8.589.187,43		8.589.187,43		8.589.187,43	
Total Mensal REALIZADO	9.039.438,30		10.307.699,44		8.105.334,48	
Resultado no Mês:	4,11%		4,72%		4,99%	
TRIMESTRAL	27.452.472,22					
	4,60%					

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 127 itens estavam abaixo do preço da SMS, o que corresponde a um **percentual de 95,5%** 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

			AGOSTO/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%	1.855	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.855	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	146	44,9 %
	Total de partos realizados		325	
% 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	20,0%
	Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas		5	
Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-36 semanas IG	Gestantes atendidas em risco de parto prematuro que utilizaram corticoterapia antenatal	>90%	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%	15	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		15	
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%	167	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		167	
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	18	100%

abortamento	Total de abortos		18	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	4	1,2%
	Nº total de nascimentos		328	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	317	97,5%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		325	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	281	7,39
	Nº de saídas		38	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.075	2,57
	Nº de saídas na Obstetrícia		419	

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.

Cumpra informar que das pacientes atendidas no mês de agosto, **79,4% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 14,5% ginecológicas, 5,0% puérperas e 1,0% nas demais especialidades.** De todas as pacientes atendidas na emergência (1794), **69,9% 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 **89,2% 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
	7	0,3%	7	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
	47	2,5%	32	12 min	≤ 15 min.	100%
	383	20,6%	296	24 min	≤ 30 min.	100%
	1.284	69,2%	1.185	49 min	≤ 120 min.	100%
	107	5,7%	134	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.855	100%	1.654			

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 Agosto de 2025, a unidade realizou 325 partos, sendo 179 partos vaginais (56%) e 146 cesarianas (44%).

Entre as cesarianas, 16% 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 16% das cesarianas. Além disso, 11% apresentavam histórico de mais de uma cesariana anterior.

A taxa de prematuridade no período foi de 6%. Vale destacar que, em agosto, apenas 01 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, 97,5% 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 agosto 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 Daiane de Jesus Ataliba Ribeira, cuja descrição pormenorizada encontra-se no item subsequente (indicador 5).

Casos Confirmados:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN DAIANE DE JESUS ATALIBA RIBEIRO	273120	13/06/2025	3/7	Masculino	1130 g	29s

Demais Pacientes Elegíveis:

RN FABRÍCIA QUIRINO DIAS DA SILVA	282845	11/08/2025	9/9	Masculino	1320 g	28s
RN ILDA CRISTINA DA SILVA SOUZA	284040	18/08/2025	PARTO EXTERN O	Feminino	1090 g	34s
RN MILENA DE LIMA DIAS (G I)	284602	21/08/2025	6/8	Masculino	1050 g	29s + 5d
RN MILENA DE LIMA DIAS (G II)	284603	21/08/2025	6/7	Masculino	960 g	29s + 5d

RN GISELE DA SILVA GALDINO	284837	23/08/2025	5/7	Feminino	1045 g	27 s+ 5d
RN PRISCILA RAIRES SANTOS	284973	24/08/2025	1/4/5	Feminino	880 g	27s
RN DANIELE SOUSA NASCIMENTO	206028	29/08/2025	6/6	Feminino	910 g	28+ 4d

Indicador 5. Incidência de Displasia Broncopulmonar

A prematuridade atualmente 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 agosto tivemos cinco bebês com peso de nascimento inferior a 1500g que completaram 36 semanas sendo que **somente um** evoluiu com diagnóstico de broncodisplasia (20% dos casos) e retinopexia. Tal evento se justifica pela gravidade do caso e sobreposição de diversos fatores de risco desse paciente.

Trata-se do RN de Daiane de Jesus Ataliba Ribeiro, prematuro de 29 semanas, parto cesáreo por eclâmpsia. Nasceu com 1130g, deprimido, com escore de Apgar 3 e 7, 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 17 dias, e CPAP por 42 dias. Durante desmame de CPAP, evoluiu com piora infecciosa e apnéias, o que atrasou a resolução do quadro ventilatório, chegando a idade corrigida de 36 semanas, ainda dependente de oxigenoterapia. Com 37 semanas e 3 dias evoluiu para ar ambiente e com 39 semanas e 4 dias recebeu alta, pesando 2600g, recebendo dieta por via oral, para acompanhamento ambulatorial.

Ainda sobre esse mesmo caso, conhecendo todos os fatores e sabendo que o paciente ficou sob oxigenioterapia por 8 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 prematuro evoluiu com retinopatia agressiva e foi submetido a administração de Anti IGF1 em

13/08/2025. Segue em acompanhamento ambulatorial com a oftalmologia, já apresentando involução da doença. Este foi o único caso de retinopatia agressiva com necessidade de intervenção em nossa unidade em agosto de 2025.

Casos Confirmados:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN DAIANE DE JESUS ATALIBA RIBEIRO	273120	13/06/2025	3/7	Masculino	1130g	29s

Pacientes Elegíveis:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN IVANA NUNES SOARES (G1)	277879	12/07/202	5/6/8	Masculino	1435g	30s
RN IVANA NUNES SOARES (G2)	277880	12/07/202	8/9	Masculino	1405g	30s
RN ESTELA SOUZA SILVESTRE	275059	25/06/2025	8/8	Masculino	1430 g	29s + 2d
RN DE VIVIANE DA SILVA CARDOSO DE OLIVEIRA	281092	31/07/2025	3/7	Masculino	1105 g	31+ 3d

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 **15 pacientes**, em relação a **15 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 de aproximadamente 15% no volume de internações na obstetrícia, o que refletiu diretamente na diminuição dos casos confirmados de Pré-Eclâmpsia.

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado houve um quantitativo de **18 AMIU realizadas**, em relação a **18 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 agosto a unidade registrou **dois casos** de asfixia perinatal, considerando 328 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,6% cumprindo a meta estabelecida**. Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN PRISCILA RAIRES DOS SANTOS	284973	24/08/2025	1/4/5	Feminino	880g	27s
RN JANE DA SILVA LIMA	282571	09/08/2025	4/6/8	Masculino	3730g	40s

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

No mês de agosto, o tempo médio de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) foi inicialmente calculado em **8,1 dias**, considerando todos os pacientes internados no período. Entretanto, ao realizar uma análise criteriosa, observou-se que esse resultado estava sendo diretamente influenciado pela permanência prolongada de um paciente que não se enquadra no perfil assistencial da unidade. Ao desconsiderar esse caso específico, o tempo médio de permanência ajustado passa a ser de **7,3 dias**, valor que reflete de forma mais fidedigna a rotina assistencial da UTIN. Segue a relação do cálculo realizado abaixo:

Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	311	8,18
	Nº de saídas	38	

Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	281	7,39
	Nº de saídas	38	

Segue a relação do caso abaixo:

RN a termo, 41 semanas 2 dias, parto vaginal, Apgar 9/9, peso 3680g, DN: 14/07/2025, internado na UTI neonatal no primeiro dia de vida por desconforto respiratório. Foi colocado em CPAP e observou-se estridor inspiratório importante. Durante a internação não foi possível o desmame de oxigenioterapia, pois o RN apresentava taquidispnéia importante quando

retirado o dispositivo de pressão positiva. No dia 28/07/2025 foi solicitado junto ao Instituto Fernandes Figueira a realização de broncoscopia, que só foi realizada no dia 21/08/2025. O exame evidenciou o diagnóstico de paralisia de cordas vocais bilateral, com indicação de traqueostomia. No dia 22/08/2025 o RN foi inserido no Sistema Estadual de Regulação para realização de traqueostomia e encontra-se em fila até o presente momento, sem previsão de realizar o procedimento cirúrgico. Dessa forma o paciente permaneceu internado todo o mês de agosto na UTIN, aguardando exame e procedimento cirúrgico, estando fora do perfil de nossa unidade.

Portanto, a diferença entre os dois cálculos (8,18 dias com o paciente fora do perfil e 7,39 dias sem a sua consideração) demonstra o impacto significativo que um único caso de longa permanência pode gerar sobre o indicador. Ressaltamos que a exclusão foi realizada de forma justificada e comprovada por meio do anexo junto a este relatório, uma vez que esse tipo de caso não representa a realidade da assistência neonatal prestada pela unidade.

Reforçamos ainda que a equipe da UTIN 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

			AGOSTO/2025	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	349	82,3%
	Total de gestantes e puérperas em observação		424	

2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	349	100%
	Total de respostas efetivas		349	

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 **424 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **349 formulários, todos com conceito de satisfação preenchido como 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, 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 agosto 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 agosto 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 115,5% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de agosto**. 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 agosto de 2025

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	AGOSTO/25
LT na ginecologia	>160	133
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	182
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	85
Total de cirurgias na ginecologia	>520	400

Fonte: Planilha CC/MV

No mês de agosto foram registrados dezesseis cancelamentos de procedimentos, sendo cinco por falta de material cirúrgico, cinco por falta do paciente e seis decorrentes de impossibilidade clínica das pacientes. Entre estas últimas situações, destacaram-se intercorrências como crise hipertensiva, taquicardia e relato de histórico de angina dentro do próprio centro cirúrgico, o que impossibilitou a realização da cirurgia em segurança. Tais fatores impactaram diretamente na produção de Histeroscopia Cirúrgica, uma vez que, além das condições clínicas imprevistas, também ocorreram falhas no instrumental cirúrgico que não puderam ser solucionadas de prontidão, comprometendo o cumprimento do mapa cirúrgico previamente planejado. Quanto às demais cirurgias, observou-se ainda a ausência de pacientes, mesmo após confirmação prévia por telefone e WhatsApp, associada a casos adicionais de impossibilidade clínica que levaram ao cancelamento dos procedimentos. Essas intercorrências, somadas, contribuiram para a redução da produção final em relação às metas estabelecidas para o período, apesar do empenho constante das equipes assistenciais e administrativas em mitigar seus efeitos.

3. AÇÕES DE MELHORIAS ESTRUTURAIS

3.1 AÇÕES DE MELHORIA REALIZADAS EM AGOSTO DE 2025

No mês de agosto, as ações de melhoria do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro tiveram como foco a consolidação dos avanços obtidos com a certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e o fortalecimento de práticas de qualidade e segurança do paciente.

Foi realizada análise retroativa dos relatórios de auditoria da ONA e do PROADI, permitindo identificar conformidades e oportunidades de aprimoramento. A partir dessas análises, foram revistos fluxos e protocolos que apresentavam fragilidades, assegurando maior alinhamento às boas práticas assistenciais e administrativas.

No âmbito do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), foi desenvolvido o planejamento para a ação institucional no Dia Mundial de Segurança do Paciente, reforçando a cultura de segurança em toda a organização. Além disso, iniciou-se o planejamento de capacitação referente ao novo módulo de segurança do paciente do sistema Epimed, a ser implementado nos próximos meses, garantindo maior qualificação das equipes e aprimoramento do monitoramento de indicadores assistenciais.

Paralelamente, tiveram início os estudos técnicos e de planejamento visando a obtenção de aprovação e recursos destinados a novas obras internas, contemplando a adequação de uma nova sala de procedimentos no Hospital Dia, voltada a ampliar a capacidade de atendimentos cirúrgicos e otimizar o fluxo de vídeo-histeroscopias e cirurgias ginecológicas, bem como a construção de uma nova escada de emergência em atendimento às exigências do CBMERJ, com o objetivo de reforçar a segurança estrutural, assegurar a conformidade legal e oferecer condições adequadas de evacuação em situações de emergência.

Essas ações evidenciam o compromisso contínuo do hospital em oferecer um atendimento seguro, qualificado e eficiente, alinhado às melhores práticas de gestão e assistência. O cronograma das obras encontra-se em fase de estudo e planejamento técnico, com previsão de execução progressiva a partir da definição orçamentária.

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
- Extra - Justificativa Tempo Médio de Permanência UTI Neonatal



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

