



20
26

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
JANEIRO 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

			JANEIRO/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	695	0,97
	Nº total de internações por mês		717	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	8	1,07%
	Nº de AIH apresentadas		748	
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%	3	100%
	Nº de óbitos analisados		3	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	1.327.926,92	4,98%

	Valor total gasto no trimestre		26.644.539,94	
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%	111	97,4%
	Total de itens adquiridos		114	
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 1. Índice de apresentação de AIH

Referente ao Indicador 1, Índice de apresentação AIH, impende informar que os valores de numerador 695 AIHs apresentadas, e denominador, 717 referente ao nº de internações no período vigente. Nesse sentido, referente ao indicador supracitado, o mês de janeiro apresentou comportamento atípico em relação à série histórica. Observou-se um número expressivo de pacientes que permaneceram internadas na transição de competência, não sendo, portanto, contabilizadas para fins de apuração do indicador nesta competência específica, o que impactou diretamente o denominador analisado.

Adicionalmente, destaca-se que o quantitativo de laqueaduras pós parto normal realizadas no período foi inferior ao observado nos meses anteriores, repercutindo em uma redução no número de AIHs apresentadas. Essa variação no perfil assistencial do mês contribuiu para a oscilação do resultado final do indicador.

Ressalta-se que, ao longo do mês, foram implementadas ações estratégicas com foco na melhoria do desempenho e no alcance da meta pactuada. Contudo, mesmo diante dos esforços empreendidos, o resultado final apresentou diferença de 0,03 pontos abaixo da meta estabelecida,

configurando desempenho muito próximo à meta, porém tecnicamente fora do parâmetro definido.

Indicador 2. Taxa de rejeição do AIH

Referente ao Indicador 2, Taxa de rejeição de AIH, impende informar que os valores de numerador 8 AIHs rejeitadas, e denominador, 748 autorizações de internações hospitalares apresentadas, são referentes à Competência do mês de novembro, 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-definitivos/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 **04/02/2026**, 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 **03 óbitos**, distribuídos da seguinte forma: **02 óbitos fetais**, onde ambos **foram classificados como extra-hospitalares e 01 óbito neonatal**, sendo classificado como **neonatal precoce**.

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 janeiro, os **gastos referentes ao apoio à gestão** totalizaram **R\$1.327.926,92**, considerando o montante de **R\$26.644.539,94** utilizado no período. Dessa forma, o percentual apurado foi de **4,98%**, permanecendo dentro da meta estabelecida para o indicador.

TERMO DE COLABORAÇÃO 001/2022 - DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO						
POSIÇÃO TRIMESTRAL						
ITEM	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado
	MÊS 45	MÊS 45	MÊS 46	MÊS 46	MÊS 47	MÊS 47
Apoio à gestão CGE	79.707,98	46.126,23	79.707,98	79.069,59	79.707,98	56.717,21
Apoio à gestão da RUE	318.831,93	347.034,52	318.831,93	391.675,53	318.831,93	407.303,84
Total APOIO À GESTÃO	398.539,91	393.160,75	398.539,91	470.745,12	398.539,91	464.021,05
Trimestral REALIZADO	1.327.926,92					
Total Geral CRONOGRAMA	8.589.187,43		8.676.390,37		8.589.187,43	
Total Mensal REALIZADO	7.204.937,56		10.013.976,29		9.425.626,09	
Resultado no Mês:	5,46%		4,70%		4,92%	
TRIMESTRAL	26.644.539,94					
	4,98%					

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 114 produtos, dos quais 111 itens estavam abaixo do preço da SMS, o que corresponde a um **percentual de 97,4%** 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. Nesse sentido, obtivemos um percentual de 100% de conformidade no indicador analisado.

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

			JANEIRO/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%	1.894	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.894	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	210	55,26%
	Total de partos realizados		380	
% 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		0	

	unidade canguru			
Incidência de Retinopatia da Prematuridade	Número de RN <1500g com ROP >3	<2,5%	1	20%
	Nº de RN admitidos <1500g		5	
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		3	
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%	11	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		11	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	18	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		18	
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%	165	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		165	
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	14	100%
	Total de abortos		14	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	1	0,52%
	Nº total de nascimentos		387	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	375	98,7%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		380	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	278	7,94
	Nº de saídas		35	

Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.233	2,48
	Nº de saídas na Obstetrícia		498	

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 janeiro, **83,2% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 10,1% ginecológicas, 5,5% puérperas e 1,3% nas demais especialidades.** De todas as pacientes atendidas na emergência (1768), **69,25% 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 **91,6% dos atendimentos ocorreram dentro do tempo estipulado na meta geral.** No entanto, ao analisarmos especificamente cada cor de classificação de risco, **verificamos que todos os atendimentos respeitaram os tempos estabelecidos para cada categoria, alcançando assim 100% de conformidade dentro dos parâmetros definidos para cada nível de prioridade.**

Cor	Pacientes atendidos	% de atendimentos por cor	Pacientes dentro do tempo	Tempo Médio de espera	Tempo Máximo (META)	% atingido
	4	0,21%	4	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
	56	2,96%	43	13 min	≤ 15 min.	100%
	400	21,13%	318	20 min	≤ 30 min.	100%
	1.395	73,70%	1.330	46 min	≤ 120 min.	100%
	38	2,01%	38	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.893	100%	1.733			

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 Janeiro de 2026, a unidade realizou 380 partos, sendo 170 partos vaginais (45%) e 210 cesarianas (55%). Entre as cesarianas, 21% 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 22% das cesarianas, porém esse dado necessita de melhor aferição, dado que a recusa por muitas vezes apresenta dificuldade de registro. Além disso, aproximadamente 21% apresentavam histórico de mais de uma cesariana anterior. A taxa de prematuridade no período foi de 14%.

Vale destacar que, em janeiro, apenas um recém-nascido apresentou índice de Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida na obstetrícia, representando um índice de 0,4%, sendo este um importante indicador para avaliação de asfixia neonatal.

Dos partos realizados, 98% 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 Janeiro, 40% 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 27% das cesarianas do período e o Grupo 5 que, em sua totalidade, representou 29%.

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 manutenção da taxa de cesárea neste mês foi influenciada principalmente 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.

Apesar da elevação do indicador no período em análise, 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.

Sob outro enfoque, com o fito de mitigar a taxa que encontra-se recorrentemente alta, no mês de Janeiro, foi implementada uma comissão de monitoramento dos partos cesáreos. Nesse sentido, tal organização permite uma análise precisa das fragilidades encontradas na instituição quanto ao tipo de parto mencionado. Dessa forma, a partir de estudos minuciosos de todos os dados e itens gerenciados frente às cesarianas, a comissão busca a criação de medidas que possam reduzir a taxa efetivamente. Como ponto de partida, iniciamos um formulário padronizado para garantir que as gestantes recebam as devidas orientações no momento em que é indicada e oferecida a indução do parto. Neste formulário consta, além de todos os benefícios da indução do parto, um campo onde a gestante pode expressar o motivo de desejar uma cesariana em caso de recusa. Isso nos proporciona a possibilidade de conhecer melhor o perfil das nossas gestantes, criando ações educativas direcionadas para esse público. Em Janeiro também direcionamos atenção à qualidade das induções oferecidas no hospital. Assim, houve a melhoria no protocolo de indução da casa, aprimorando tecnologias e modificando a cultura médica da unidade que passará a receber orientações sobre métodos seguros, validados

cientificamente porém pouco utilizados na unidade, como o método mecânico e o método combinado. Modificamos ainda o momento de indicação e oferta da indução, tirando do setor de acolhimento (onde os atendimentos costumam ser mais pressionados por um grande volume) e passando para a enfermaria de gestantes, sob supervisão das rotinas e da coordenação da obstetrícia.

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 parto 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, não houve registro de admissões na unidade Canguru do hospital. Nesse sentido, os avanços que o Método Canguru traz aos recém-nascidos prematuros de baixo peso, aos seus pais e familiares

contribui de forma significativa na diminuição da morbimortalidade neonatal. Pensando nisso, a equipe da neonatologia tem trabalhado os conceitos do Método Canguru com as mães, porém ainda encontramos muitas dificuldades sociais nesta região em que o HMMR se encontra, impactando na 2ª etapa do método. Todos os 3 recém nascidos com indicação de transferência para enfermaria Canguru em janeiro apresentavam questões sociais que as impediram de acompanhar seus filhos durante a segunda fase do método. Manteremos esforços no próximo mês, trabalhando de forma precoce com as mães a importância de realizar o método nas suas três fases.

Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período de janeiro a UTI neonatal **registrou apenas um caso de ROP III**, considerando apenas 05 casos de recém-nascidos com peso <1500g admitidos no setor da UTI neonatal, assim permanecendo fora da meta estabelecida. Dessa forma, uma das principais patologias assistidas pela linha de cuidado da nossa UTI neonatal é a prematuridade extrema. Apesar de todos os cuidados realizados e protocolos bem estabelecidos, algumas complicações inerentes da patologia podem eventualmente acontecer, como a retinopatia da prematuridade. Durante o mês de fevereiro o RN de Samara Delgado de Carvalho - 1º Gemelar, prematuro de 28 semanas com peso de nascimento de 1310g, nascido e parto vaginal, Apgar 7/8, mãe sem receber esquema de corticóide, evoluiu com doença de membrana hialina grave necessitando de duas doses de surfactante. Conhecendo todos os fatores e sabendo que o paciente ficou sob oxigenioterapia por 7 semanas, mesmo que ventilado sob as menores frações de oxigênio possíveis, reconhecemos que o risco de retinopatia da prematuridade está muito aumentado nesses casos. Este paciente evoluiu com retinopatia grau 3 e foi submetido a fotocoagulação por laser em 14/01/2026. Segue em acompanhamento com a oftalmologia, já apresentando involução da doença.

Abaixo encontra-se a relação do caso confirmado e dos outros RNs supracitados:

Pacientes Confirmados:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN SAMARA DELGADO GI	296452	01/11/2025	6/7	Feminino	1310g	34s + 6d

Pacientes Elegíveis:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN THAUANE DA SILVA VIRGULINO	306228	03/01/2026	8/8	Masculino	1475g	32s+5d
RN CRISTIANE MAGALHÃES DE SOUZA	307287	09/01/2026	2/6	Masculino	1095g	28s + 6d
RN MARLENE SOUZA DE CASTRO	308512	16/01/2026	5/7	Masculino	850g	29s
RN PATRICIA SOUZA DA SILVA	309009	19/01/2026	7/9	Masculino	1495s	30s

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 janeiro tivemos três 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, evidencia-se que o indicador encontra-se dentro da meta estabelecida. 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 LARISSA CRISTINA DA SILVA NUNES	299470	19/11/2025	6/8	Feminino	640g	27s +4d
RN EMILY RODRIGUES	300046	23/11/2025	9/9	Masculino	950g	27s + 2d
RN THAUANE DA SILVA VIRGULINO	306228	03/01/2026	8/8	Masculino	1475g	32s+5d

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

No período vigente foram contabilizados 11 prescrições de corticoterapia antenatal referentes a **11 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 **18 pacientes**, em relação a **18 casos** de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave internadas na instituição, atingindo assim, o objetivo de contrato. A planilha de auditoria encontra-se anexa ao Relatório. Ressaltamos que o número ficou sutilmente abaixo da média de casos ao longo do ano, haja vista, o incremento no número de puérperas ao longo do mês, grupo que não é considerado para a análise.

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado houve um quantitativo de **14 AMIU realizadas**, em relação a **14 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 janeiro a unidade registrou **apenas um** casos de asfixia perinatal, considerando 387 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,26% cumprindo a meta estabelecida**. Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN LORENA ALVES SANTANA DOS SANTOS	309744	25/01/2026	3/4/7	Masculino	2795g	37s + 2d

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

No mês de janeiro, 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.

Média de permanência na UTI Neonatal	8 dias	0,075%	278	7,94
			35	

METAS DA VARIÁVEL 3

			JANEIRO/2026	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	398	78,8%
	Total de gestantes e puérperas em observação		505	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	396	99,5%
	Total de respostas efetivas		398	

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 **505 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **398 formulários, onde 396 foram preenchidos com conceito de**

satisfação positivo, correspondendo a aproximadamente **78,8% 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 janeiro 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 janeiro 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 2026, **com atingimento de 97,2% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de janeiro**. 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 e Procedimento cirúrgico em janeiro de 2026		
META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	JANEIRO/26
LT na ginecologia	>160	124
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	138
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	92
Total de cirurgias na ginecologia	>520	354

Fonte: Planilha CC/MV

No mês de Janeiro pudemos observar uma diminuição importante no número total de pacientes que realizaram cirurgia, com maior expressividade naquelas pacientes submetidas à histeroscopia cirúrgica tanto em ambiente ambulatorial quanto em ambiente cirúrgico. Observamos que, cada vez mais, as pacientes chegam ao ambulatório nominado como HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA com diagnóstico pronto e/ou exame de histeroscopia diagnóstica realizado noutra unidade e/ou somente para realização de exames pré-operatórios e risco cirúrgico diminuindo sobremaneira a realização do procedimento via ambulatorial. Nas outras cirurgias tivemos um mês com uma taxa de cancelamento mais alta que nos últimos por um maior número de faltas que esperamos que ocorra de forma sazonal (período de férias). Ainda temos pacientes cancelados por pico hipertensivo em sala cirúrgica apesar das exaustivas mudanças sobre questões sob as quais temos gerência e portanto, consideramos que as cirurgias canceladas por este motivo ocorreram por questões das próprias pacientes e não por falha no gerenciamento deste risco. As pacientes continuam tendo seus procedimentos confirmados via whatsapp e por telefonema; continuam recebendo orientações tanto verbais quanto por escrito sobre o dia e o horário de internação e as devidas orientações de uso de medicações habituais, salvo medicações específicas. Continuamos empenhados em atingir a meta cirúrgica de forma a gerenciar os riscos e com segurança, bater a meta estabelecida.

3. AÇÕES DE MELHORIAS ESTRUTURAIS

3.1 AÇÕES DE MELHORIA REALIZADAS EM JANEIRO DE 2026

No mês de janeiro, o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro deu continuidade ao fortalecimento das ações estratégicas voltadas à qualificação da

assistência obstétrica e neonatal, com ênfase na gestão orientada por dados, na melhoria contínua dos processos e na consolidação de práticas baseadas em evidências.

Um dos principais avanços do período foi o desenvolvimento estruturado do projeto institucional para redução da taxa de cesarianas, com foco prioritário no aprimoramento do registro e na análise qualificada dos dados relacionados às indicações cirúrgicas. A iniciativa incluiu a elaboração dos primeiros planos de ação internos, estabelecendo diretrizes para acompanhamento sistemático do indicador e definição de estratégias progressivas para sua redução, em consonância com as boas práticas obstétricas e com a promoção do parto seguro.

No campo da governança clínica, houve aprimoramento das análises críticas realizadas nas reuniões de RAC, com aprofundamento técnico das discussões e qualificação das avaliações dos indicadores assistenciais. Essa evolução fortalece a cultura de segurança, amplia a capacidade institucional de identificação de oportunidades de melhoria e contribui para decisões mais assertivas e fundamentadas.

Janeiro também marcou o início da preparação para a visita de manutenção da certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), prevista para março. As ações envolveram revisões e ajustes em processos assistenciais e administrativos, atualização de mapas de risco da unidade e reforço das rotinas de monitoramento, reafirmando o compromisso institucional com a qualidade, a segurança do paciente e a padronização das práticas.

Em relação ao manejo da dor no trabalho de parto, mesmo diante do crescimento expressivo das analgesias ao longo de 2025, o hospital manteve a busca pelo incremento responsável desse recurso. Foram desenvolvidas novas técnicas e estratégias de estímulo às analgesias peridurais, além da ampliação dos estudos voltados ao registro adequado,

acompanhamento sistemático e análise dos procedimentos realizados. Essas ações reforçam o compromisso com a humanização do parto, o protagonismo da mulher e a ampliação do acesso a métodos eficazes de alívio da dor.

As atividades desenvolvidas em janeiro consolidam o compromisso do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro com a melhoria contínua, a gestão baseada em evidências, a segurança assistencial e a integração entre ciência, humanização e responsabilidade institucional

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 de Posição de Estoque - Farmácia
- Relação de Movimentação - Farmácia



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

