



20
26

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
MARÇO 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

			MARÇO/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	799	0,98
	Nº total de internações por mês		813	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	3	0,45%
	Nº de AIH apresentadas		670	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	721	100%
	total de prontuários com alta		721	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	6	100%
	Nº de óbitos analisados		6	

Indicador 1. Taxa de apresentação de AIH

Referente ao Indicador 1 — Índice de Apresentação de AIH, cumpre informar que o numerador corresponde a 799 AIHs apresentadas, enquanto o denominador totaliza 813 internações no período em análise.

No mês de março, o indicador apresentou comportamento atípico em relação à série histórica. Verificou-se um volume significativo de pacientes que permaneceram internados na transição de competência, não sendo, portanto, contabilizados para fins de apuração nesta competência específica, o que impactou diretamente o denominador do indicador.

Destaca-se que, ao longo do período, foram implementadas ações estratégicas voltadas à melhoria do desempenho e ao alcance da meta pactuada. Ainda assim, o resultado final apresentou diferença de 0,02 pontos abaixo da meta estabelecida, configurando um desempenho muito próximo ao esperado, porém tecnicamente fora do parâmetro definido.

Indicador 2. Taxa de rejeição de AIH

Referente ao Indicador 2, Taxa de rejeição de AIH, impende informar que os valores de numerador 3 AIHs rejeitadas, e denominador, 670 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 **08/04/2026**, 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 **06 óbitos**, distribuídos da seguinte forma: **05 óbitos fetais**, onde **todos os foram classificados como extra-hospitalares e 01 óbito 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.

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II

			MARÇO/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%	1.942	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.942	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	176	48,6%
	Total de partos realizados		362	
% 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		4	
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		4	
Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-36 semanas IG	Gestantes atendidas em risco de parto prematuro que utilizaram corticoterapia antenatal	>90%	14	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		14	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	48	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		48	
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%	180	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		180	
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	12	100%
	Total de abortos		12	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	1	0,27%
	Nº total de nascimentos		364	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	350	96,8%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		362	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	290	7,84
	Nº de saídas		37	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.267	2,52

	Nº de saídas na Obstetrícia		502	
--	-----------------------------	--	-----	--

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 março, **81,7% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 11,3% ginecológicas, 5,4% puérperas e 1,6% nas demais especialidades.** De todas as pacientes atendidas na emergência (1768), **70,9% 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 **90,9% 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%
	73	3,76%	56	12 min	≤ 15 min.	100%
	391	20,13%	310	22 min	≤ 30 min.	100%
	1.440	74,15%	1.363	50 min	≤ 120 min.	100%
	30	1,55%	30	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.942	100%	1.767			

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 Março de 2026, a unidade realizou 362 partos, sendo 186 partos vaginais (51,4%) e 176 cesarianas (48,6%). Entre as cesarianas, 24,3% 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 19,5% das cesarianas. Além disso, aproximadamente 15,3% apresentavam histórico de mais de uma cesariana anterior. A taxa de prematuridade no período foi de 17%.

Vale destacar que, em março, apenas um recém-nascido apresentou índice de Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida na obstetrícia, representando um índice de 0,27%, sendo este um importante indicador para avaliação de asfixia neonatal.

Dos partos realizados, 96,7% 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 março, em torno de 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 29,1% das cesarianas do período e o Grupo 5 que, em sua totalidade, representou 34,8%.

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.

No mês de março, observou-se discreto aumento na taxa de cesarianas em comparação a março, totalizando 176 procedimentos em 362 partos realizados no período. Apesar dessa elevação pontual, a Comissão de Monitoramento dos Partos Cesáreos manteve a continuidade de suas atividades, reforçando o acompanhamento sistemático dos casos e a análise crítica das indicações obstétricas.

Durante o período, foram realizadas reuniões periódicas com discussão técnica entre os profissionais da assistência, possibilitando a identificação de fatores associados ao desfecho do parto e o aprimoramento das condutas adotadas. Persistem como eixos prioritários a qualificação do pré-natal na unidade, o fortalecimento das orientações às gestantes quanto às vias de parto e a melhoria na qualidade dos registros relacionados às indicações de cesariana.

Adicionalmente, foram mantidas as ações de incentivo às boas práticas obstétricas, com destaque para a ampliação da oferta de analgesia de parto, os espaços de educação em saúde (grupo de gestantes e curso de parto) e a participação da unidade em iniciativas voltadas à qualificação da assistência, como o projeto de incentivo à analgesia vinculado ao grupo de trabalho do Nascer no Brasil.

Dessa forma, embora se observe uma oscilação no indicador no mês em análise, a unidade segue comprometida com a redução gradual de

cesarianas desnecessárias, por meio do fortalecimento de processos assistenciais, qualificação do cuidado e alinhamento às diretrizes de segurança obstétrica.

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 apenas 04 casos de recém-nascidos com peso <1500g admitidos no setor da UTI neonatal. Abaixo encontra-se a relação dos 4 RNs supracitados:

Pacientes Elegíveis:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN MARIA ROSIANE DE SOUZA	3167335	08/03/2026	8/9	Masculino	1320g	33s+2d
RN EVELLYN VIANA DA SILVA ROSA	317784	14/03/2026	8/9	Masculino	1060g	28s
RN LARISSA FARIAS DOS SANTOS	318364	18/03/2026	9/10	Feminino	1130g	27s
RN CRISTIANE MARIA DA SILVA	314652	25/03/2026	3/7	Masculino	840g	27s + 6d

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 março 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 MARIA ROSIANE DE SOUZA	3167335	08/03/2026	8/9	Masculino	1320g	33s+2d
RN JULIANA MARIA RANGEL G1	311616	24/02/2026	7/9	Feminino	1430g	32s
RN JULIANA MARIA RANGEL G2	314653	24/02/202	4/9	Feminino	1430g	32s
RN EDUARDA FERNANDA RODRIGUES	312408	10/02/2026	5/9	Masculino	995g	29s

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

No período vigente foram contabilizados 14 prescrições de corticoterapia antenatal referentes a **14 gestantes com indicação de corticoterapia por risco de nascimento prematuro, correspondendo a 100% da meta preconizada.** Para fins de análise, reiteramos que o critério de administração antenatal de um ciclo único (duas doses) de corticoterapia está recomendado a mulheres grávidas entre 24 e 36 semanas com risco de parto prematuro, baseada na literatura e protocolos clínicos da própria Secretaria Municipal de Saúde. A planilha de auditoria se encontra anexa ao presente Relatório.

Indicador 7. Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave

No período avaliado foi utilizado Sulfato de Magnésio em **48 pacientes**, em relação a **48 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 **12 AMIU realizadas**, em relação a **12 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 março a unidade registrou apenas **um** casos de asfixia perinatal, considerando 364 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,27% cumprindo a meta estabelecida**. Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN SCARLAT PAULA ADIMIRAL	317929	15/03/2026	1/4/7	Feminino	3.195 g	40s

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

No mês de março, o tempo médio de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) alcançou o resultado de **7,84 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%	290	7,84
			37	

METAS DA VARIÁVEL 3

			MARÇO/2026	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	435	84,0%
	Total de gestantes e puérperas em observação		518	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	435	100%
	Total de respostas efetivas		435	

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 **518 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **435 formulários, onde 435 foram preenchidos com conceito de satisfação positivo**, correspondendo a aproximadamente **84% 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 março 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 março 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 120,5% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de março.**

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

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	MARÇO/26
LT na ginecologia	>160	124
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	190
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	108
Total de cirurgias na ginecologia	>520	422

Fonte: Planilha CC/MV

No mês de Março, observou-se aumento no volume total de cirurgias em relação a Fevereiro, de 357 para 422 procedimentos, indicando um incremento na produção cirúrgica.

Ao analisar os procedimentos por categoria, nota-se novamente o aumento no número das histeroscopias, de 150 para 190 no mês vigente, mantendo a tendência de maior encaminhamento para esse tipo de procedimento, possivelmente ainda influenciado pela dinâmica ambulatorial. Apesar de muitas pacientes virem encaminhadas com exames e risco cirúrgico para realização do procedimento sob sedação, observamos neste mês um aumento nos encaminhamentos para realização do procedimento a nível ambulatorial.

Em relação às cirurgias de laqueadura tubária (LT na ginecologia), também houve um leve aumento no quantitativo de procedimentos realizados, porém ainda distante da meta pretendida. Já as demais cirurgias aumentaram, assim como os outros procedimentos.

De forma geral, apesar da melhora no desempenho neste mês de Março, nenhuma das metas específicas foi atingida. A equipe segue empenhada na otimização do fluxo cirúrgico e 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 REALIZADAS EM MARÇO DE 2026

No mês de março, o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro deu continuidade às ações institucionais voltadas ao fortalecimento da qualidade assistencial e à consolidação de uma gestão baseada em evidências, mantendo o foco na melhoria contínua dos processos e na segurança da assistência obstétrica e neonatal.

Durante o período, destaca-se a realização da visita de recertificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), momento que mobilizou intensamente as equipes assistenciais e administrativas da unidade. O processo evidenciou o amadurecimento institucional quanto à padronização de fluxos, qualificação dos registros e fortalecimento das práticas voltadas à segurança do paciente, reforçando o compromisso da unidade com a manutenção dos padrões de qualidade exigidos, assim garantindo a recertificação da unidade em nível 2.

Paralelamente, no âmbito da gestão de recursos, foram iniciadas ações voltadas à otimização de custos e uso racional de insumos, incluindo a realização de cotações e a implementação de melhorias estruturais, como a substituição de dispensers de papel higiênico e de álcool em gel, visando maior eficiência, durabilidade e economicidade no consumo desses materiais.

No campo da governança clínica, as reuniões de análise crítica (RAC) permaneceram como importante instrumento para o monitoramento sistemático dos indicadores assistenciais, promovendo o debate técnico qualificado e subsidiando a tomada de decisão baseada em dados.

Em relação ao projeto institucional de redução da taxa de cesarianas, a comissão responsável deu seguimento à implementação das estratégias previamente definidas, avançando na consolidação das ações voltadas à qualificação da assistência ao parto e ao incentivo às boas práticas obstétricas.

As ações desenvolvidas ao longo de março reafirmam o compromisso do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro com a qualificação contínua da assistência, a sustentabilidade na gestão de recursos e o fortalecimento de uma cultura institucional orientada pela qualidade, segurança e humanização do cuidado.

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



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

