



20
25

RELATÓRIO MENSAL

METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
OUTUBRO 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

			OUTUBRO/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	797	1,07%
	Nº total de internações por mês		742	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	≤ 7%	13	1,67%
	Nº de AIH apresentadas		778	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	692	100%
	total de prontuários com alta		692	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	9	100%
	Nº de óbitos analisados		9	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	1.226.613,21	5,40%
	Valor total gasto no trimestre		22.716.570,46	
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	95,7%
	Total de itens adquiridos		116	
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 13 AIHs rejeitadas, e denominador, 778 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-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 **05/10/2025**, 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 **01 caso de óbito neonatal**, este intrahospitalar e classificado como precoce, além de **08 casos de natimortos**, sendo 05 classificados como extra hospitalar e 03 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\$ 1.226.613,21** considerando um o valor de **R\$ 22.716.570,46** do total utilizado, **resultando em um percentual de 5,4%**, assim, permanecendo **fora da meta estabelecida para o indicador.**

Nesse viés, o percentual de gasto administrativo em relação ao total de gastos apresentou uma pequena variação de 0,04 p.p. acima da meta estabelecida (5%).

A pequena diferença observada deve-se, principalmente, a ajustes pontuais no cronograma de execução financeira, especialmente em despesas de apoio à gestão vinculadas à RUE, que concentraram pagamentos de competências anteriores e ajustes de lançamentos contábeis neste trimestre.

O setor financeiro permanece à disposição para atuar em conjunto com a unidade, aprofundando a análise dos lançamentos e identificando oportunidades de otimização, a fim de garantir o equilíbrio dos indicadores nos próximos períodos.

Considerando o valor marginal da variação e o caráter pontual dos ajustes, entende-se que o resultado está em conformidade com o comportamento esperado do indicador, sem representar tendência de aumento estrutural no gasto administrativo.

TERMO DE COLABORAÇÃO 001/2022 - DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO						
POSIÇÃO TRIMESTRAL						
ITEM	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado
	MÊS 42	MÊS 42	MÊS 43	MÊS 43	MÊS 44	MÊS 44
Apoio à gestão CGE	79.707,98	45.661,99	79.707,98	42.138,95	79.707,98	45.481,66
Apoio à gestão da RUE	318.831,93	358.870,94	318.831,93	385.382,90	318.831,93	349.076,77
Total APOIO À GESTÃO	398.539,91	404.532,93	398.539,91	427.521,85	398.539,91	394.558,43
Trimestral REALIZADO	1.226.613,21					
Total Geral CRONOGRAMA	8.589.187,43		8.589.187,43		8.589.187,43	
Total Mensal REALIZADO	8.105.334,48		7.609.654,33		7.001.581,65	
Resultado no Mês:	4,99%		5,62%		5,64%	
TRIMESTRAL	22.716.570,46					
	5,40%					

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 116 produtos, dos quais 111 itens estavam abaixo do preço da SMS, o que corresponde a um **percentual de 95,7%** das compras de itens abaixo da média, **dentro da meta preconizada**.

Após a análise dos números apresentados, cabe mencionar alguns aspectos de extrema relevância na comparação dos preços praticados pela entidade e preços publicados em registros públicos. A organização de Sociedade Civil realiza a modalidade de compra **tomada de preços** (lei 8.666) com utilização de plataforma eletrônica PARADIGMA. O lote de compra é mensal e capaz de suprir a demanda de consumo da unidade, o que é capaz de realizar

uma análise mais assertiva e maior entendimento acerca de quais produtos e insumos serão necessários. Assim, seguindo essa quantidade e tendo isso em estoque, há uma garantia muito maior do atendimento da demanda e baixo índice de perdas.

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

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

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

Indicador 7. Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

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

Para garantir a qualidade do serviço prestado pelos envolvidos, realiza-se uma auditoria mensal, na qual se avalia minuciosamente a qualidade dos serviços. Com vistas a assegurar maior transparência no processo, segue anexa a planilha "Qualificação Prestadores de Serviço - HMMR 2024/2025", disponível via drive [Qualificação Prestadores de Serviço - HMMR 2024/2025](#), contendo a relação individual e mensal dos serviços prestados.

APONTAMENTOS METAS DA VARIÁVEL II

			OUTUBRO/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%	1.860	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.860	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	153	45,27 %
	Total de partos realizados		338	
% RNs elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na unidade Canguru	Número de RNs elegíveis internados na unidade Canguru superior a 5 dias	> 80%	2	100%
	Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru		2	
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		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%	12	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		12	

Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	11	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		11	
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%	179	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		179	
AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	100%	11	100%
	Total de abortos		11	
Taxa de Asfixia Perinatal	Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7	<2%	1	0,3%
	Nº total de nascimentos		336	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	336	99%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		338	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	282	8,06
	Nº de saídas		29	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.119	2,57
	Nº de saídas na Obstetrícia		435	

Indicador 1. Proporção de atendimentos com tempo médio entre Acolhimento/Classificação de Risco e atendimento médico abaixo dos tempos máximos de espera preconizados no protocolo.

Cumpre informar que das pacientes atendidas no mês de outubro, **82,8% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 10,8% ginecológicas, 4,7% puérperas e 1,7% nas demais especialidades.** De todas as pacientes atendidas na emergência (1794), **77,94% 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 **89,57% 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	0,38%	7	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
	40	2,15%	29	10 min	≤ 15 min.	100%
	376	20,22%	294	21 min	≤ 30 min.	100%
	1.372	73,76%	1.271	51 min	≤ 120 min.	100%
	65	3,49%	65	Encaminhado	Encaminhado	100%
Total	1.860	100%	1.666			

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 Outubro de 2025, a unidade realizou 338 partos, sendo 185 partos vaginais (54,7%) e 153 cesarianas (45,3%).

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 17% das cesarianas. Além disso, 11% apresentavam histórico de mais de uma cesariana anterior.

A taxa de prematuridade no período foi de 10%. Vale destacar que, em outubro, nenhum 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, 99% 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. O perfil epidemiológico das gestantes atendidas também torna pouco viável a manutenção da taxa de cesariana abaixo de 30%. No mês de outubro, aproximadamente 86% das gestantes que internaram na unidade eram portadoras de diabetes ou

hipertensão gestacional, configurando uma maioria absoluta de gestações de alto risco.

Além disso, 65% das cesarianas realizadas se enquadram nas classificações de Robson grupo 2 e grupo 5, que refletem as recusas de indução associadas às mulheres com história prévia de cesariana. Nesses grupos, fatores culturais, experiências negativas anteriores e uma associação do parto vaginal a uma experiência traumática, influenciam uma inclinação desse público para cesariana.

A unidade segue monitorando atentamente esse indicador e implementando medidas para incentivar o parto vaginal seguro, como a ampliação da oferta de analgesia, maior estímulo às orientações no pré-natal, expansão das opções de indução do trabalho de parto e promoção de atividades educativas para gestantes. Atualmente possuímos dois espaços de discussão de vias de parto (grupo de gestantes e curso de parto) onde as gestantes que tiverem interesse podem ainda durante a gestação tirar dúvidas sobre o parto e receber informações de qualidade sobre suas escolhas. Além disso a unidade no momento faz parte de um projeto de incentivo a oferta de analgesia ligado ao grupo de trabalho do Nascer no Brasil onde buscamos melhorar a oferta e a qualidade técnica dos procedimentos de alívio farmacológico da dor. O objetivo é manter a tendência de redução gradual das cesarianas desnecessárias, alinhando a prática assistencial às recomendações nacionais e internacionais de segurança obstétrica.

Segue link de acesso ao controle interno de parto cesárea:

[REGISTRO DE PARTO CESÁREO](#)

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

Durante o período mencionado, houve o registro 02 admissões de RN na Unidade Canguru. Nesse sentido, os mesmos atendem aos critérios estabelecidos para sua elegibilidade pois permaneceram no mínimo 5 dias internados na unidade para ganho de peso. Dessa forma, a relação nominal do RN encontra-se abaixo:

NOME	PRONT	INTERN.	SAÍDA	DIAGNÓSTICO	PESO
RN CINTIA DOS SANTOS DA SILVA DA COSTA MOREIRA	292643	17/10/2025	22/10/2025	Prematuro Moderado	1705g
RN RAQUEL ALMEIDA SANTOS DA SILVA	292492	17/10/2025	22/10/2025	Prematuro Moderado	1755g

Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade

No período de outubro 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 NATACHA DE SOUZA LUCIANO	292698	09/10/2025	2/5/7	Masculino	760g	26s + 1d
RN AMANDA DE SENA CAVALCANTE	292940	10/10/2025	8/9	Feminino	1830g	32s
RN CLAUDETE BORGES	295317	25/10/2025	7/8	Masculino	660g	26 + 1d
RN STEPHANIE GOMES	296262	31/10/2025	8/9	Feminino	1405g	29s + 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 outubro 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, encontra-se abaixo a relação nominal dos pacientes que são elegíveis aos critérios iniciais de análise de Displasia Broncopulmonar

Pacientes Elegíveis:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN MILENA LIMA DIAS G1	284602	21/08/2025	6/8	Masculino	1050g	29s + 5d
RN BRUNA MIKELY	285270	25/08/2025	8/9	Masculino	870g	30s + 5d
RN DANIELE DE SOUZA	286028	29/08/2025	6/8	Feminino	910 g	28s + 4d

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

No período vigente foram contabilizados 12 prescrições de corticoterapia antenatal referentes a **12 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 **11 pacientes**, em relação a **11 casos** de gestantes com Pré-Eclâmpsia Grave internadas na instituição. A planilha de auditoria encontra-se anexa ao Relatório. Ressaltamos que o número ficou abaixo da meta atual em função de uma redução do número de pacientes com casos de pré-eclâmpsia confirmados no mês de outubro e um leve incremento de pacientes puerperais que realizaram a medicação, porém não se enquadram na relação de elegibilidade para contagem no indicador, fato que refletiu diretamente no resultado do período em análise.

Indicador 9. AMIU realizadas nas Mulheres em processo de abortamento

No período avaliado houve um quantitativo de **11 AMIU realizadas**, em relação a **11 casos de abortamento com a devida indicação**. Para fins de investigação, relatamos o número do prontuário das pacientes que realizaram o procedimento em planilha anexa ao Relatório. Cumpre informar que todas as pacientes que realizaram wintercuretagem após aborto no período foram auditadas e não tiveram indicação de AMIU. Foram considerados para efeito de indicação de uso do AMIU “abortos retidos com menos de 12 semanas de idade gestacional provável, por medida de fundo de útero, ou outros métodos de cálculo, e dilatação de colo uterino inferior a 15 mm”.

Indicador 10. Taxa de asfixia perinatal

No período de outubro a unidade registrou **apenas um** caso de asfixia perinatal, considerando 336 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,3% cumprindo a meta estabelecida**. Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN CLAUDIA DO NASCIMENTO RUSSI SAMPAIO	294983	23/10/2025	3/6/7	Feminino	1745g	35s

Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL

No mês de outubro, o tempo médio de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) foi inicialmente calculado em **8,49 dias**, considerando todos os pacientes internados no período. Entretanto, ao realizar uma análise detalhada, observou-se que esse resultado estava sendo diretamente influenciado pela permanência prolongada de um paciente que não se enquadra no perfil assistencial da unidade e que ocupou um leito por 30 dias do mês. Ao desconsiderar esse caso específico, o tempo médio de permanência ajustado passa a ser de **8,06 dias**, valor que ainda supera as metas de contrato, entretanto, reflete de forma mais fidedigna o tempo de permanência da UTIN na unidade. Segue a relação do cálculo realizado abaixo:

Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	297	8,49
	Nº de saídas	35	

Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	282	8,06
	Nº de saídas	35	

Identificamos que oito pacientes ultrapassaram a meta de permanência na UTI neonatal do HMMR em outubro, sendo cinco recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer, com necessidade de internação por questões relacionadas exclusivamente à prematuridade.

Entre os recém-nascidos a termo que ultrapassaram a meta, um caso se referiu ao RN de Beatriz da Rocha Alves da Costa – Prontuário 291437,

paciente com malformações congênitas graves, incluindo cardiopatia e neuropatia.

Outro caso se referiu ao RN de Chaiane Beatriz Pereira de Souza – Prontuário 293951, paciente proveniente da Maternidade Herculano Pinheiro para realização de hipotermia terapêutica e neuromonitoramento devido ao diagnóstico de asfixia ao nascer. Ressalto que esse diagnóstico representa um cenário dramático em neonatologia, necessitando rápida intervenção para minimizar os danos e as sequelas neurológicas. Além disso, vale ressaltar que disponibilizamos de leito próprio para este tipo de terapia e por se tratar de um recurso escasso no município, sempre que possível, será disponibilizado para as demandas da rede.

E, por último, o RN de Sara Rafaelly Correa Dutra – Prontuário 278105, com perfil de internação de terapia intensiva pediátrica, com diagnóstico de doença neurológica grave, sem proposta terapêutica e sem possibilidade de desospitalização. Este paciente foi excluído da apuração do tempo médio de permanência da UTI, para maior precisão do indicador.

Ressalto que dos oito casos analisados, apenas dois recém-nascidos permanecem internados, ambos para cuidados referentes às necessidades esperadas dentro do manejo da prematuridade.

Uma das principais linhas de cuidado da UTI neonatal do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro é a prematuridade extrema, haja vista o volume de mulheres provenientes do pré-natal de alto risco, que apresentam comorbidades que elevam as chances de parto prematuro. O perfil de admissão e a gravidade dos recém-nascidos muda ao longo dos meses, concentrando em alguns momentos recém-nascidos com maior complexidade e gravidade. Por fim, é importante citar também que constantemente temos pacientes com longa permanência na UTI, já em perfil pediátrico, aguardando exames e transferências. Esse conjunto de

fatores não permitiu que o tempo médio de permanência se mantivesse dentro da meta.

Reforçamos ainda que a equipe da UTI neonatal permanece comprometida em oferecer atendimento seguro e de qualidade, mantendo práticas alinhadas às melhores evidências e buscando constantemente a redução dos tempos de internação, quando clinicamente possível.

METAS DA VARIÁVEL 3

			OUTUBRO/2025	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	394	89,1%
	Total de gestantes e puérperas em observação		442	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	394	100%
	Total de respostas efetivas		394	

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 **442 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **394 formulários, onde 394 foram preenchidos com conceito de satisfação positivo**, correspondendo a aproximadamente **89,1% 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 outubro 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 outubro 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 97% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de outubro**. 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 outubro de 2025

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	OUTUBRO/25
LT na ginecologia	>160	135
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	190
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	95
Total de cirurgias na ginecologia	>520	420

Fonte: Planilha CC/MV

No mês de Outubro podemos observar que, apesar de não termos atingido a meta física em sua totalidade, a taxa de cancelamento de cirurgias

apresentou redução expressiva em relação aos meses anteriores (14% para 5%), principalmente em relação a alterações clínicas (como pico hipertensivo), após o plano de ação instituído para este fim. Quanto às cirurgias de LT, a maior taxa de cancelamento se relaciona à faltas das pacientes mesmo tendo atingido a meta de 100% de contato telefônico confirmando o procedimento na véspera. Além disso, temos um fator agravante que é a alta taxa de absenteísmo no ambulatório de LT (44,7%), o que mostra que a procura pelo procedimento tem diminuído, e que poderia corroborar para as faltas no dia do procedimento.

Quanto à meta de histeroscopia cirúrgica, o que observamos é que muitas pacientes já vem com a Histeroscopia Diagnóstica já realizada em outras unidades e são encaminhadas diretamente para realização apenas de exames pré-operatórios, risco cirúrgico e agendamento do procedimento com sedação. Logo, são atendidas como pacientes em pré-operatório, muitas vezes perdendo a oportunidade de resolução ambulatorial, diminuindo assim a quantidade de procedimentos contabilizados.

Apesar dos números terem se aproximado da meta instituída, permanecemos atentos às causas envolvidas e comprometidos em aprimorar os fluxos, fortalecer o vínculo com as pacientes e implementar estratégias que possibilitem o incremento da produção nos próximos meses.

3. AÇÕES DE MELHORIAS ESTRUTURAIS

3.1 AÇÕES DE MELHORIA REALIZADAS EM OUTUBRO DE 2025

No mês de outubro, o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro deu continuidade ao seu compromisso com a qualidade assistencial, a inovação e a humanização do cuidado. O período foi marcado pela atualização do sistema

MV, que passou a operar em sua nova versão, trazendo melhorias na agilidade, integração e segurança das informações. A equipe de T.I da unidade realizou ajustes e capacitações internas para garantir a adaptação dos fluxos e o uso otimizado das novas funcionalidades do sistema.

Em celebração ao Outubro Rosa, o hospital promoveu um evento especial voltado à conscientização sobre a saúde da mulher, com palestras e rodas de conversa conduzidas por lideranças da sociedade e profissionais de referência. A ação reforçou a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama, além de dissertar sobre temas importantes como violência contra a mulher e empreendedorismo feminino.

Durante o mês, também foram realizados treinamentos internos voltados à consolidação da cultura de notificação, utilizando o sistema Epimed como ferramenta estratégica para o monitoramento e aprimoramento contínuo da segurança do paciente. As atividades buscaram capacitar as equipes frente à importância e efetividade do registro de eventos e da análise crítica dos processos assistenciais.

Por fim, a unidade manteve os estudos e ações internas voltados à ampliação da oferta de analgesia de parto, reforçando o compromisso institucional com o alívio da dor, a humanização do nascimento e a melhoria contínua da experiência materna.

Essas iniciativas reafirmam o papel do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro durante o mês como referência em cuidado seguro, transparente e centrado na paciente, mantendo o foco permanente na excelência e na inovação em saúde pública.

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



Rio

P R E F E I T U R A

SAÚDE

