



20  
25

# RELATÓRIO MENSAL

## METAS CONTRATUAIS

HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO  
DEZEMBRO 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

			DEZEMBRO/2025	
INDICADOR VARIÁVEL 1 - INCENTIVO A GESTÃO	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de apresentação de AIH	Nº total de AIH apresentadas no mês	$\geq 1$	748	1,02%
	Nº total de internações por mês		735	
2. Taxa de rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas	$\leq 7\%$	3	0,5%
	Nº de AIH apresentadas		740	
3. Percentual de prontuários de altas contendo Guia Pós Alta para a Atenção Primária	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar	100%	666	100%
	total de prontuários com alta		666	
4. Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	Nº de óbitos ocorridos no mês	100%	8	100%
	Nº de óbitos analisados		8	
5. Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Valor gasto com rubrica apoio à gestão	Máx. 5%	1.258.464,30	5,20%
	Valor total gasto no trimestre		24.220.495,50	
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%	122	95%
	Total de itens adquiridos		128	
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 3 AIHs rejeitadas, e denominador, 740 autorizações de internações hospitalares apresentadas, são referentes à Competência do mês de setembro, 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/s/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 **07/01/2025**, 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 **08 óbitos**, distribuídos da seguinte forma: **05 óbitos fetais**, onde **02 foram classificados como extra-hospitalares e 03 como intra-hospitalares**; **03 óbitos neonatais**, sendo **01 neonatal precoce e 01 neonatais tardios**, e **01 óbito pós-neonatal**.

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 dezembro, os **gastos referentes ao apoio à gestão** totalizaram **R\$1.258.464,30**, considerando o montante de **R\$24.220.495,50** utilizado no período. Dessa forma, o percentual apurado foi de **5,20%**, permanecendo acima da meta estabelecida para o indicador.

Nessa perspectiva, observa-se uma variação de 0,20 p.p. em relação ao limite de 5%, indicando leve extração do parâmetro pactuado.

A diferença identificada decorre, principalmente, de ajustes pontuais no cronograma de execução financeira, com destaque para despesas de apoio à gestão vinculadas à RUE, que concentraram pagamentos referentes a competências anteriores, além de correções em lançamentos contábeis processadas neste mês.

O setor financeiro mantém-se à disposição para apoiar a unidade na revisão detalhada dos lançamentos e na identificação de possibilidades de otimização, com o objetivo de restabelecer o equilíbrio do indicador nos próximos períodos.

Considerando o caráter pontual dessas correções e a ausência de tendência estrutural de aumento, entende-se que o resultado permanece alinhado ao comportamento esperado do indicador, ainda que momentaneamente acima do limite estabelecido.

TERMO DE COLABORAÇÃO 001/2022 - DEMONSTRATIVO FINANCEIRO - HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO POSIÇÃO TRIMESTRAL						
ITEM	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado	Cronograma	Realizado
	MÊS 44	MÊS 44	MÊS 45	MÊS 45	MÊS 46	MÊS 46
Apoio à gestão CGE	79.707,98	45.481,66	79.707,98	46.126,23	79.707,98	79.069,59
Apoio à gestão da RUE	318.831,93	349.076,77	318.831,93	347.034,52	318.831,93	391.675,53
<b>Total APOIO À GESTÃO</b>	<b>398.539,91</b>	<b>394.558,43</b>	<b>398.539,91</b>	<b>393.160,75</b>	<b>398.539,91</b>	<b>470.745,12</b>
<i>Trimestral / REALIZADO</i>	<b>1.258.464,30</b>					
Total Geral CRONOGRAMA	8.589.187,43		8.589.187,43		8.676.390,37	
Total Mensal REALIZADO	7.001.581,65		7.204.937,56		10.013.976,29	
<b>Resultado no Mês:</b>	<b>5,64%</b>		<b>5,46%</b>		<b>4,70%</b>	
<b>TRIMESTRAL</b>	<b>24.220.495,50</b>					
	<b>5,20%</b>					

**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 128 produtos, dos quais 122 itens estavam abaixo do preço da SMS, o que corresponde a um **percentual de 95%** 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**

			<b>DEZEMBRO/2025</b>	
<b>INDICADOR</b>	<b>FÓRMULA</b>	<b>META</b>	<b>PRODUÇÃO</b>	<b>RESULTADO</b>
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%	1.768	100%
	Total de pacientes classificados conforme risco		1.768	
Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados	< 30 %	174	49,43%
	Total de partos realizados		352	
% RNs elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na unidade Canguru	Número de RNs elegíveis internados na unidade Canguru superior a 5 dias	> 80%	5	100%
	Total de RNs elegíveis internados na unidade canguru		5	
Incidência de Retinopatia da Prematuridade	Número de RN <1500g com ROP >3	<2,5%	0	0%
	Nº de RN admitidos <1500g		6	
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%	20	100%
	nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição		20	
Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave	100%	24	100%
	Total de gestantes com pré- eclâmpsia grave atendidas na instituição		24	

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%	168	100%
	nº de parturientes que passaram pelo pré parto		168	
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%	2	0,6%
	Nº total de nascimentos		352	
Gestante com acompanhante no trabalho de parto	Nº gestantes com acompanhante em TP e parto	80%	345	98%
	Nº total de gestantes em Tp e parto		352	
Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	275	7,43
	Nº de saídas		37	
Média de permanência na obstetrícia	Nº de paciente-dia internados na Obstetrícia	3 dias	1.155	2,48
	Nº de saídas na Obstetrícia		465	

**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 dezembro, **83,7% corresponderam a pacientes gestantes/obstétricas, 9,2% ginecológicas, 5,3% puérperas e 1,9% nas demais especialidades**. De todas as pacientes atendidas na emergência (1768), **73,71% 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% 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
Red	4	0,23%	4	Imediato	0 (atendimento imediato)	100%
Amarelo	60	3,39%	44	14 min	≤ 15 min.	100%
Verde	392	22,17%	312	21 min	≤ 30 min.	100%
Azul	1.296	73,30%	1.230	44 min	≤ 120 min.	100%
Total	<b>1.768</b>	<b>100%</b>	<b>1.606</b>			

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 Dezembro de 2025, a unidade realizou 352 partos, sendo 178 partos vaginais (51%) e 174 cesarianas (49%). Entre as cesarianas, 17% 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 7% das cesarianas, porém esse dado necessita de melhor aferição, dado que a recusa por muitas vezes apresenta dificuldade de registro. Além disso, aproximadamente 8% apresentavam histórico de mais de uma cesariana anterior. A taxa de prematuridade no período foi de 17%.

Vale destacar que, em dezembro apenas dois recém-nascidos apresentaram índice de Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida, representando um índice de 0,6%, 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 Dezembro, 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 15% das cesarianas do período e o Grupo 5 que representou 13%.

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 influenciado principalmente pelo comportamento do Grupo 2 de Robson, composto por gestantes nulíparas, com feto único,cefálico e  $\geq 37$  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 (40%) 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, 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.

A partir do mês de Janeiro 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 irá nos proporcionar a possibilidade de conhecer melhor o perfil das nossas gestantes, criando ações educativas direcionadas para esse público. Em Janeiro também foi está sendo modificado o protocolo de indução da casa, aprimorando tecnologias e modificando a cultura médica da casa 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 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](#)

[Plano de Ação Tx Cesárea](#)

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

Durante o período mencionado, houve o registro de 05 admissões de RN na Unidade Canguru, atingindo em completude a meta estabelecida. 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 GI MAIRA PROCÓPIO DA SILVA	299363	26/11/2025	01/12/2025	Prematuro Tardio	2175g
RN GII MAIRA PROCÓPIO DA SILVA	299364	26/11/2025	01/12/2025	Prematuro Tardio	1955g
RN IARA INGRID GARRIDO PACHECO	295892	26/11/2025	01/12/2025	Prematuro Moderado	1530g
RN THAISSA MICHELE NARCIZA DA SILVA	298778	16/12/2025	21/12/2025	Prematuro Extremo	1145g
RN LHARYSSA BEATRIZ MELLO DE OLIVEIRA	303354	17/12/2025	23/12/2025	Baixo peso ao nascer (<2500g)	1865g

**Indicador 4. Incidência de Retinopatia da Prematuridade**

No período de dezembro a UTI neonatal **não registrou casos de ROP III**, considerando apenas 06 casos de recém-nascidos com peso <1500g admitidos no setor da UTI neonatal. Abaixo encontra-se a relação dos 6 RNs supracitados:

**Pacientes Elegíveis:**

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN MAILLANE BRAGA BARBOSA	303019	12/12/2025	6/7	Feminino	1350g	34s + 1d
RN GIOVANA COSTA DO AMARAL	302646	09/12/2025	7/9	Feminino	1225g	28s
RN CINTIA IZIDORIO DA SILVA	303388	15/12/2025	7/9	Feminino	1455g	31s
RN AGATHA XAVIER ONOFRE	304142	19/12/2025	8/9	Feminino	790g	29s + 2d
RN LEANE ROCHA	304789	24/12/2025	8/9	Feminino	1100g	30s + 3d
RN ANA BEATRIZ XAVIER	305042	27/12/2025	4/5/7	Feminino	1005g	30s + 1d

### 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 dezembro tivemos quatro 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 STEPHANIE GOMES TINOCO	292940	31/10/2025	8/9	Feminino	1450g	29s +6d
RN SAMARA DELGADO GI	296452	01/11/2025	7/8	Feminino	1310g	34s + 6d
RN THAISSA MICHELE	298778	15/11/2025	6/7	Masculino	1145g	31s+2d
RN MAILLANE BRAGA BARBOSA	303019	12/12/202	6/7	Feminino	1350g	34s + 1

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

No período vigente foram contabilizados 20 prescrições de corticoterapia antenatal referentes a **20 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 **24 pacientes**, em relação a **24 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 **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 dezembro a unidade registrou **apenas dois** casos de asfixia perinatal, considerando 352 nascidos vivos no período, **equivalente a 0,6% cumprindo a meta estabelecida**. Segue relação nominal:

NOME	PRONT	DN	APGAR	SEXO	PESO	IG
RN ANA BEATRIZ XAVIER	305042	27/12/2025	4/5/7	Feminino	1005g	30s + 1d
RN PATRICIA EDUARDA DOS SANTOS AZEVEDO	302914	11/12/2025	4/6/8	Masculino	4240g	37s

### **Indicador 12. Média de permanência na UTI NEONATAL**

No mês de dezembro, o tempo médio de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) foi inicialmente calculado em 8,11 dias, considerando todos os pacientes internados no período. Entretanto, observou-se que esse resultado estava sendo diretamente influenciado pela permanência prolongada de um paciente que não se enquadra no perfil assistencial da unidade. Ao desconsiderar esse caso específico, o tempo médio de permanência ajustado passa a ser de 7,43 dias, valor que reflete de forma mais fidedigna a rotina assistencial da UTIN. Segue a relação do cálculo realizado abaixo:

Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	8 dias	300	8,11
	Nº de saídas		37	

Média de permanência na UTI Neonatal	Nº de paciente-dia	275	7,43
	Nº de saídas	37	

Segue a descrição do caso mencionado acima.

RN prematuro 29 semanas + 5 dias, parto cesáreo por gemelaridade, Apgar 6/8, peso 1050g, DN: 21/08/2025, internado na UTI neonatal logo após o nascimento por prematuridade + baixo peso ao nascer + doença de membrana hialina. Ficou internado até o dia 14/11/2025 quando recebeu alta hospitalar para seguimento ambulatorial. No dia 07/12/2025 retorna a maternidade para realização de procedimento oftalmológico, porém no pós procedimento apresenta sinais de insuficiência respiratória e é diagnosticado com bronquiolite por metapneumovirus. O quadro evolui com muita gravidade, necessidade de oxigenoterapia e aminas. Pela instabilidade clínica não foi solicitado transferência para CTI pediátrico e manteve-se internado em isolamento na UTI Neonatal. Dessa forma o paciente ficou internado por 24 dias do mês de dezembro internado em leito de UTI Neonatal, mesmo estando fora do perfil assistencial da unidade, visto se tratar de um lactente de 4 meses.

Portanto, a diferença entre os dois cálculos (8,11 dias com o paciente fora do perfil e 7,43 dias sem a sua consideração) demonstra o impacto significativo que um único caso de longa permanência pode gerar sobre o indicador.

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

### METAS DA VARIÁVEL 3

			DEZEMBRO/2025	
INDICADOR	FÓRMULA	META	PRODUÇÃO	RESULTADO
1. Índice de questionários preenchidos pelas gestantes/puérperas em observação	Nº de questionários preenchidos	>15%	409	86,5%
	Total de gestantes e puérperas em observação		473	
2. Percentual de usuárias Satisfeitas / Muito Satisfeitas	Nº de conceito satisfeito e muito satisfeito	>85%	409	100%
	Total de respostas efetivas		409	

#### 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 **473 pacientes gestantes e puérperas em observação**. No período avaliado, foram aplicados um total de **409 formulários, onde 409 foram preenchidos com conceito de satisfação positivo**, correspondendo a aproximadamente **86,5% 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 dezembro 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, consequentemente, pode ser identificada no panorama de oferta mensal e anual de consultas no SISREG.

Demonstramos abaixo a relação de dezembro 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 97,4% das metas contratualizadas em todas as consultas e exames durante o mês de dezembro.** 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 dezembro de 2025

META FÍSICA CIRÚRGICA (GINECOLOGIA)	META	DEZEMBRO/25
LT na ginecologia	>160	144
Histeroscopia cirúrgica e diagnóstica	>200	161
Outras cirurgias (demais cirurgias CC)	>160	97
<b>Total de cirurgias na ginecologia</b>	<b>&gt;520</b>	<b>402</b>

Fonte: Planilha CC/MV

No mês de Dezembro podemos observar que apesar das medidas que buscam a redução de suspensões cirúrgicas, houve um aumento expressivo de cancelamentos de cirurgia principalmente no quesito faltas e quadros de pico hipertensivo, nas cirurgias de laqueadura e Histeroscopia cirúrgica, nessa ordem. Dessa forma, observamos que foi a taxa mais alta de faltas ao longo do ano, provavelmente pelo período de férias escolares, mostrando que a sazonalidade é um fator importante nesses casos.

Nos três meses anteriores a Dezembro conseguimos atingir a meta de cancelamentos proposta na unidade (abaixo de 7%). Quanto às cirurgias de LT, a maior taxa de cancelamento ainda se relaciona à faltas das pacientes mesmo com o contato telefônico de confirmação cirúrgica. A efetividade do contato é controlada rigorosamente individualmente e obtivemos 100% de confirmação neste mês. Quanto à meta de histeroscopia cirúrgica, o que se mantém é que muitas pacientes já vem com o exame realizado em outras unidades e são encaminhadas diretamente para o agendamento do procedimento com sedação. Dessa forma, continuam sendo atendidas como pacientes em pré-operatório, muitas vezes perdendo a oportunidade de resolução ambulatorial. Quanto aos picos hipertensivos, o ajuste de medicação é previamente realizado dentro do período da realização dos exames. Caso as pacientes não façam uso correto ou troquem a medicação, pode haver descompensação clínica, quadro que foge à nossa governabilidade e pode gerar a redução do quantitativo realizado.

Apesar dos números terem aumentado expressivamente neste último mês, e considerando que a média de cancelamentos do ano foi de 10%, continuamos atentos às causas envolvidas e comprometidos em aprimorar e implementar estratégias que possibilitem o incremento da produção no próximo ano.

### **3. AÇÕES DE MELHORIAS ESTRUTURAIS**

#### **3.1 AÇÕES DE MELHORIA REALIZADAS EM DEZEMBRO DE 2025**

No mês de dezembro, o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro deu continuidade às ações estratégicas voltadas ao fortalecimento da qualidade assistencial, da humanização do cuidado e da qualificação contínua das

práticas obstétricas e neonatais, aliando iniciativas técnico-científicas a momentos de integração institucional.

Um dos principais destaques do período foi a realização do Seminário Franco-Brasileiro de Analgesia no Parto Normal, iniciativa que promoveu o intercâmbio de informações e experiências entre profissionais, fortalecendo o diálogo internacional e a atualização científica sobre o manejo da dor no parto. Como reflexo direto desse movimento de qualificação e incentivo às boas práticas obstétricas, dezembro configurou-se como o mês recorde da instituição na realização de analgesias de parto, com um total de 19 procedimentos, evidenciando o avanço na ampliação do acesso à assistência humanizada, no manejo adequado da dor e no fortalecimento do protagonismo da parturiente.

Ao longo de dezembro, também houve a continuidade dos estudos e da análise de dados referentes à taxa de cesariana, com o desenvolvimento das primeiras pesquisas voltadas à identificação de fatores associados ao indicador e à construção de estratégias para sua redução progressiva. Esse avanço representa um passo importante na consolidação de ações estruturadas, orientadas por dados, com foco na promoção do parto seguro, na valorização do parto vaginal e na melhoria dos desfechos maternos e neonatais.

Além das ações técnicas e assistenciais, o mês foi marcado pela realização do Natal da instituição realizado para os pacientes do NAIRR, com a distribuição de presentes e a promoção de um lanche coletivo no auditório da unidade. A iniciativa reforçou os vínculos entre a sociedade e o hospital e também contribuiu para o fortalecimento de um ambiente organizacional mais acolhedor, colaborativo e humanizado.

As atividades desenvolvidas em dezembro reafirmam o compromisso do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro com a excelência assistencial, a

educação permanente, o cuidado centrado na mulher e no recém-nascido e a valorização de seus profissionais, integrando ciência, humanização e gestão responsável do cuidado.

## 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**

PREFEITURA

**SUS** The logo for the Sistema Único de Saúde (SUS), consisting of the acronym "SUS" in white on a dark background, with a stylized white cross or plus sign graphic to its right.

**SAÚDE**