

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Hospital e Maternidade Leonor  
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva  
Materna**

**Convênio n.º00023/2022**

**Dezembro**

**2023**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**GOVERNADOR**

Tarcísio Gomes de Freitas

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Eleuses Paiva

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA "DR. JOÃO AMORIM"**



**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Mário Santoro Júnior

**DIRETOR TÉCNICO**

Renato Tardelli

**SUPERVISOR TÉCNICO REGIONAL**

Adriana Cristina Alvares

**COORDENADOR DE ENFERMAGEM**

Cintia Ramos dos Santos Haziot

## SUMÁRIO

<b>1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL</b>	<b>5</b>
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	5
1.2 Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros - Convênio n.º 00023/2022	6
<b>2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>	<b>6</b>
<b>3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>6</b>
<b>4. FORÇA DE TRABALHO</b>	<b>7</b>
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT	7
4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT	8
4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas	9
4.3.1 Absenteísmo	10
4.3.2 Turnover	11
4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	11
<b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>	<b>11</b>
5.1 Indicadores - Quantitativos	12
5.1.1 Saídas	12
5.1.2 Taxa de Ocupação	13
5.2 Indicadores - Qualitativos	14
5.2.1 Média de Permanência	14
5.2.2 Paciente Dia	15
5.2.3 Taxa de Mortalidade	15
5.2.4 Taxa de Reinternação	16
5.3 Indicadores - Segurança do Paciente	17
5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)	17
5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)	18
5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	19
5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	20
5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	21
5.3.6 Índice de úlcera por pressão	22
5.3.7 Incidência de Extubação Acidental	23
5.3.8 Incidência de Flebite	24
5.3.9 Adesão às metas de Identificação do Paciente	25
5.3.10 Evolução dos Prontuários	26

<b>6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO</b>	<b>27</b>
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	27
6.1.1 Avaliação do Atendimento	27
6.1.2 Avaliação do Serviço	28
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	28
<b>7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO</b>	<b>29</b>

## 1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

### 1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - 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 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 120 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Peruíbe, 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

- Humanização;
- Atenção à Saúde;
- Equipe Multidisciplinar;
- Geração e Disseminação de Conhecimento;
- Tecnologia da Informação;
- Ecossistema em Saúde.

### Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

## 1.2 Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros - Convênio n.º 00023/2022

O convênio visa o gerenciamento técnico/administrativo de **06 (seis) leitos em Terapia Intensiva Materno no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros**, de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas, bem como a manutenção adequada dos equipamentos destinados à Unidade, para o funcionamento ininterrupto do serviço.

## 2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas na unidade são monitoradas por sistema informatizado (S4SP) e planilhas de excel para consolidação dos dados.

## 3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 a 31 de dezembro de 2023**.

## 4. FORÇA DE TRABALHO

### 4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

A equipe de trabalho efetiva é composta por 23 colaboradores contratados por processo seletivo (CLT).

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo	Assistente Administrativo (40h)	1	1	✓
Assistencial	Coordenador de Enfermagem (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36)	2	3	↑
	Enfermeiro (36h) - noturno	3	3	✓
	Técnico de Enfermagem (36h)	7	8	↑
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	7	7	✓
<b>Total</b>		<b>21</b>	<b>23</b>	↑

Fonte: São Paulo - HMLMB - 2022

**Análise Crítica:** Mediante o quadro acima, verificamos que 109% da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho, o efetivo supera o previsto por conta da contratação de (01) um técnico de enfermagem para cobertura de férias, (01) uma enfermeira para cobertura de férias, (01) um técnico de enfermagem para cobertura de licença maternidade e (01) um técnico de enfermagem para cobertura de licença INSS.

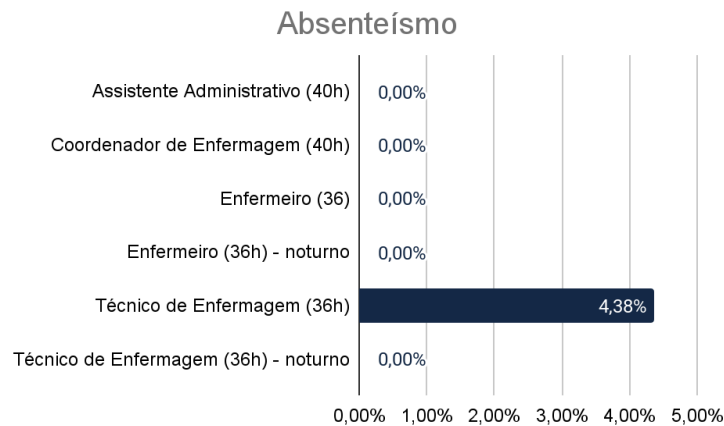
## 4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

Setor	Cargo	Colaborador	Nº Conselho
Uti Materna - 6 Leitos	Assistente Administrativo (40h)	01.Weslley Lohn Albuquerque	N/A
	Coordenador de Enfermagem (40h)	02.Cintia Ramos dos Santos Haziot	68167
	Enfermeiro (36h)	03.Ivone Prado Cruz Santos	624232
		04.Michele Felix de Castro	404381
	Enfermeiro Ferista	05.Yasmin Santos Vespaziano	664746
	Enfermeiro (36h) - noturno	06.Nayara Fernanda da Costa	470916
		07.Cátia Elaine Calastro	541220
	Enfermeiro Folguista	08.Simone Messias da Silva	204926
	Técnico de Enfermagem (36h)	09.Adrielle Rodrigues	807366
		10.Denise Jeanete Rodrigues	1583997
		11.Efigênia de Freitas	807386
		12.Katia Alves dos Santos	1528682
		13.Magna O. a Silva Araujo	1144348
		14.Marcela Ribeiro Martins	254902
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	15.Elaine Cristina O.dos Santos	1493164
		16.Rafhaela Moreira Vitalino	1511542
		17.Quelcilene de Paula	936670
		18.Sueli Gomes Barbosa	92256
		19.Sandra Rodrigues Vieira	968412
		20. Lidiane de Oliveira Santos	419281
		21. Ranielli Aparecida Ramos ( Licença Maternidade)	652014
		22.Tânia da Costa Dinamarca (Licença INSS)	1121040
	Técnico de Enfermagem Folguista	23. Katia Bayer	1844212
		24.Claudia dos S.L. Gonçalves	1646933
	Técnico de Enfermagem (36h) - Ferista	25.Maria Vivalda S. do Nascimento	990689



## 4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

### 4.3.1 Absenteísmo



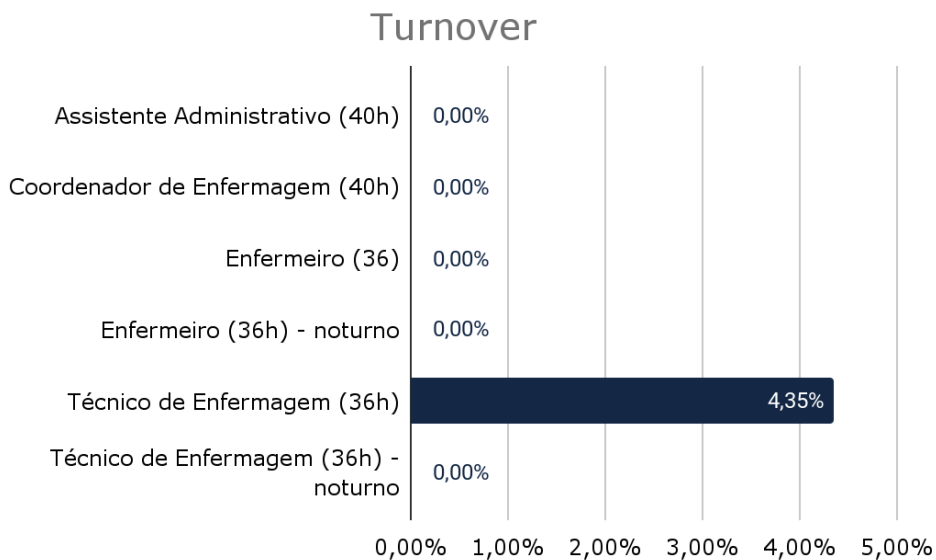
#### Análise crítica:

Mediante o cenário de 23 (vinte e três) colaboradores (CLT) foram identificados o total de 10 dias de ausência durante o período de referência, sendo:

- 01 dias por motivos justificado por meio de atestado médico (Técnica de enfermagem - D.J.R.)
- 06 dias por motivos justificado por meio de atestado médico (Técnica de enfermagem - K.A.S.)
- 03 dias por motivo justificado por meio de licença nojo (Técnica de enfermagem - K.B.)

Durante as ausências os postos de enfermagem foram cobertos, mantendo a continuidade da assistência de enfermagem.

### 4.3.2 Turnover



**Análise crítica:** Durante o mês corrente, no que se refere aos critérios estabelecidos pela modalidade contratual por prazo indeterminado, tivemos a contratação de 02 Técnicos de Enfermagem.

#### 4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

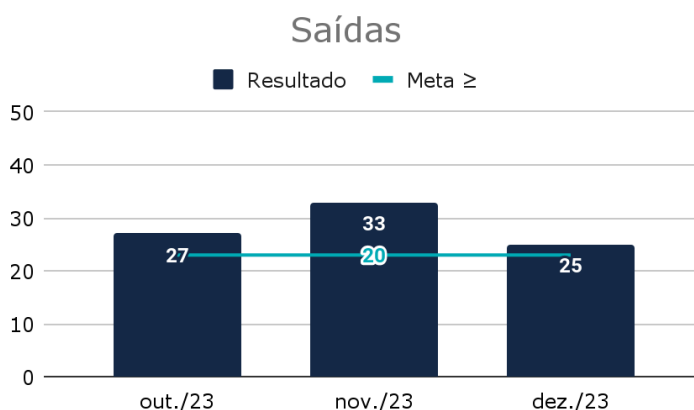
---

**Análise crítica:** Não tivemos nenhuma Comunicação de Acidente de Trabalho. A Equipe da CIPA realiza mensalmente atividades e treinamentos voltados para os colaboradores.

## 5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade. Estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos pacientes e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao seu desempenho. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades realizadas na UTI Materna do HMLMB que ocorreram no período avaliado.

### 5.1 Indicadores - Quantitativos



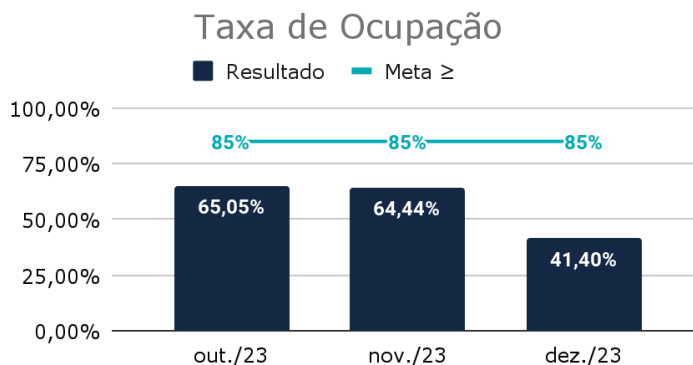
#### 5.1.1 Saídas

Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão	0
Transferência Interna	24
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
<b>Total</b>	<b>25</b>

**Análise crítica:** No período analisado tivemos 25 saídas , sendo 24 transferências internas e 01 transferência externa, (paciente A.P.S.S, 21 anos, gestante 11 semanas, quadro depressivo e tentativa de autoextermínio, sendo transferida para a Unidade de Psiquiatria do Hospital Itaim Paulista).

Meta contratual atingida. Tivemos neste período 20 admissões. Todas as vagas solicitadas foram prontamente atendidas.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação

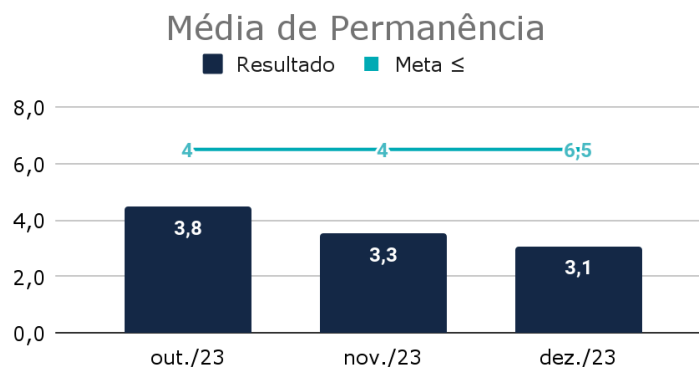


Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
77	186

**Análise crítica:** No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 41.4%. Informamos que todas as vagas solicitadas via PS, CO e CC foram prontamente atendidas. A Equipe do NIR (Núcleo Interno de Regulação) realiza contato diariamente com a UTI verificando a disponibilidade de vagas e avaliando os casos para aceitação mediante disponibilidade de vaga na UTI Neonatal. Ambas são co-dependentes para o aceite de vagas externas. Durante visita multiprofissional, é verificado possíveis casos que estejam nos demais setores do Hospital que necessitam de cuidados intensivos, onde são transferidos para esta unidade.

## 5.2 Indicadores - Qualitativos

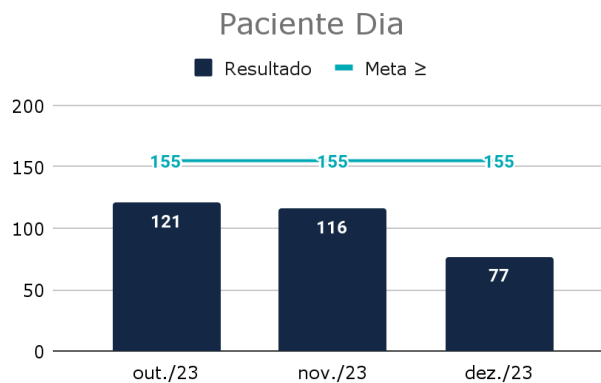
### 5.2.1 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
77	25

**Análise crítica:** Neste período tivemos uma média de permanência de 3,1 dias. Atingido a meta pactuada, tendo em vista que, diariamente em visita multiprofissional, é discutido o momento ideal para uma alta segura dos pacientes que apresentam estabilidade hemodinâmica, refletindo assim em uma saída segura e precoce da UTI.

## 5.2.2 Paciente Dia

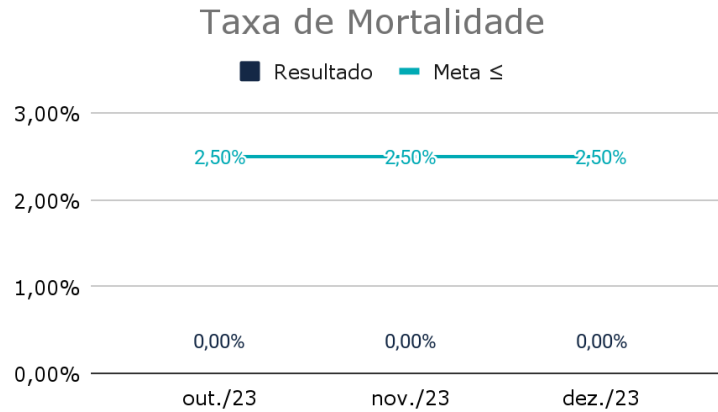


Nº Admissões	Giro de Leito
20	4,17

**Análise crítica:** No período avaliado, na UTI Materna tivemos 77 pacientes dia, 20 admissões e 25 saídas, apresentando giro de leito de 4,17 vezes. Indicador abaixo da meta estabelecida pois é diretamente dependente da taxa de ocupação.

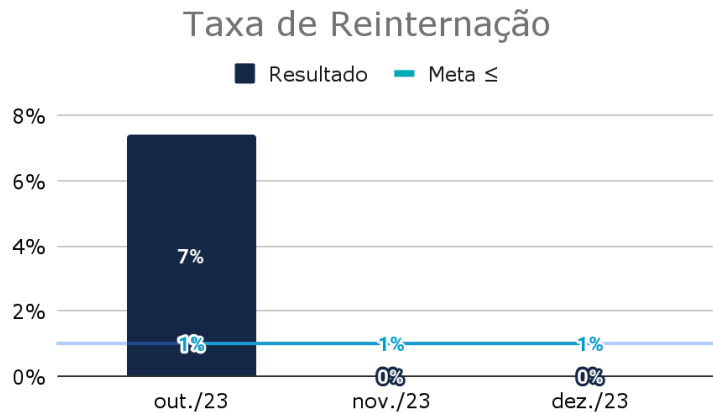


### 5.2.3 Taxa de Mortalidade



**Análise crítica:** Não tivemos nenhum óbito nesse período. Meta contratual atingida. Realizamos avaliação de gravidade de todas as pacientes da UTI diariamente, ajustando as terapias conforme as demandas dos casos clínicos.

### 5.2.4 Taxa de Reinternação

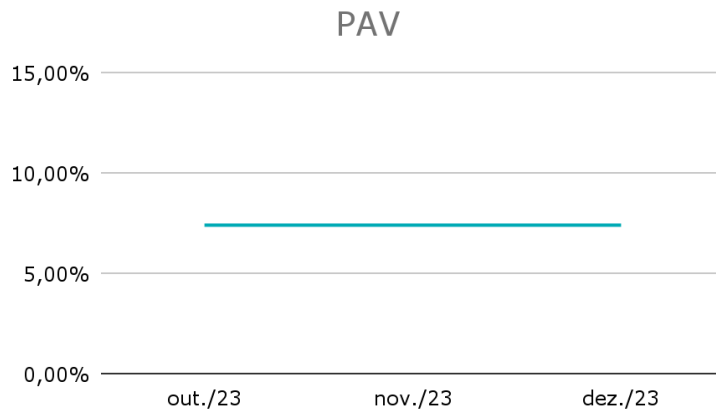


Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	25

**Análise crítica:** Não tivemos nenhuma reinternação neste período. Meta contratual atingida.

### 5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

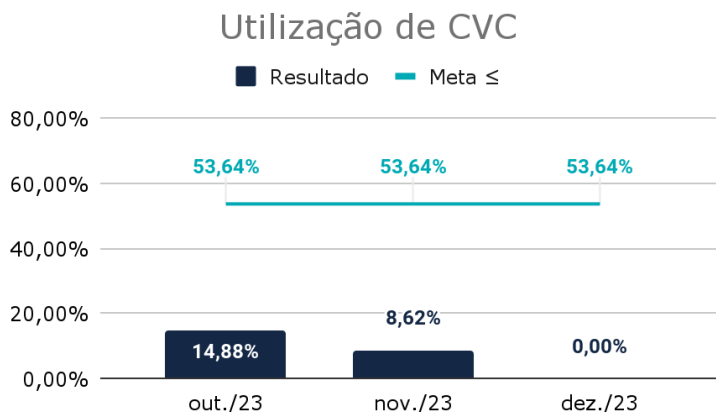
#### 5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)



Nº Casos novos de PAV	Nº Paciente-dia em VM
0	0

**Análise crítica:** Neste período não tivemos pacientes em VM. Portanto não tivemos PAV. Meta contratual atingida.

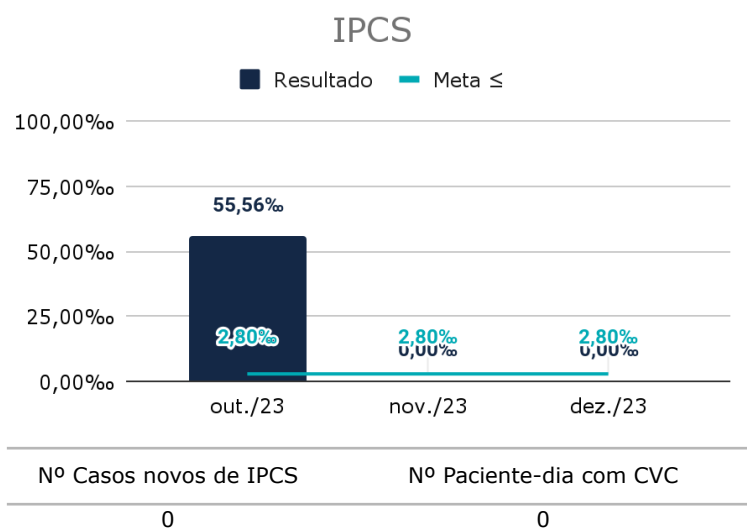
### 5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)



Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
0	77

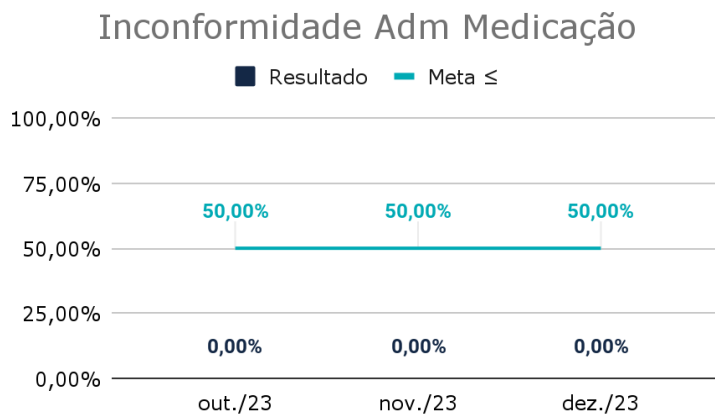
**Análise crítica:** Neste período não tivemos pacientes com CVC.

### 5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



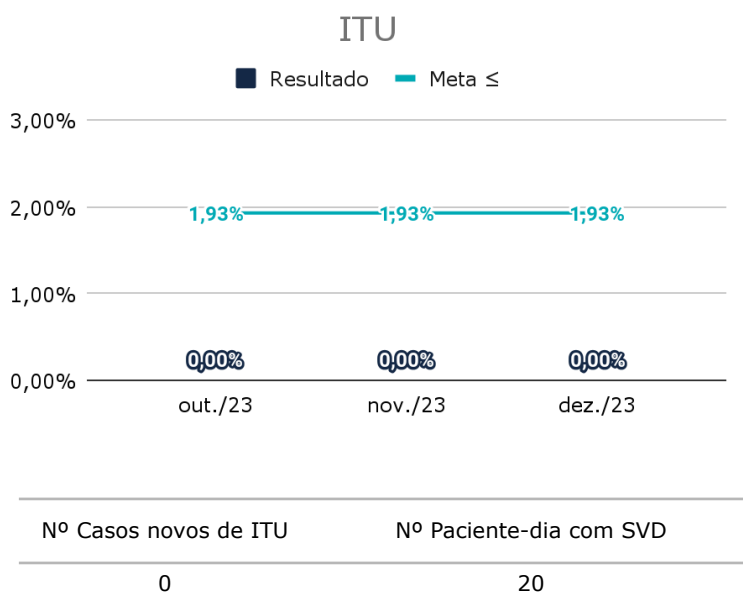
**Análise crítica:** Não tivemos nenhuma infecção primária da corrente sanguínea relacionada ao acesso vascular central. Meta contratual atingida.

### 5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



**Análise crítica:** Não tivemos nenhum caso de não conformidade na administração de medicamentos.

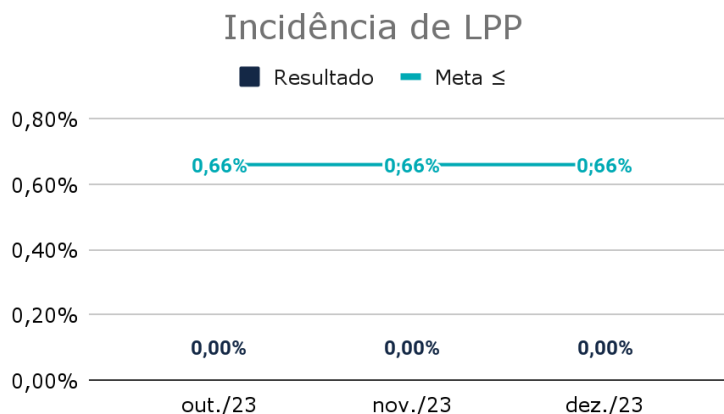
### 5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



**Análise crítica:** Não tivemos nenhuma infecção do trato urinário neste período. Tivemos 20 pacientes-dia em uso de SVD.

Tendo em vista que diariamente em visita multiprofissional é discutido o momento ideal para retirada do dispositivo o mais precoce possível. Além das medidas realizadas pelo Bundle da SVD diariamente (Avaliado: Fixação adequada, sistema fechado de drenagem contínua, bolsa abaixo do nível da bexiga, higiene íntima e bolsa coletora até  $\frac{2}{3}$  da capacidade).

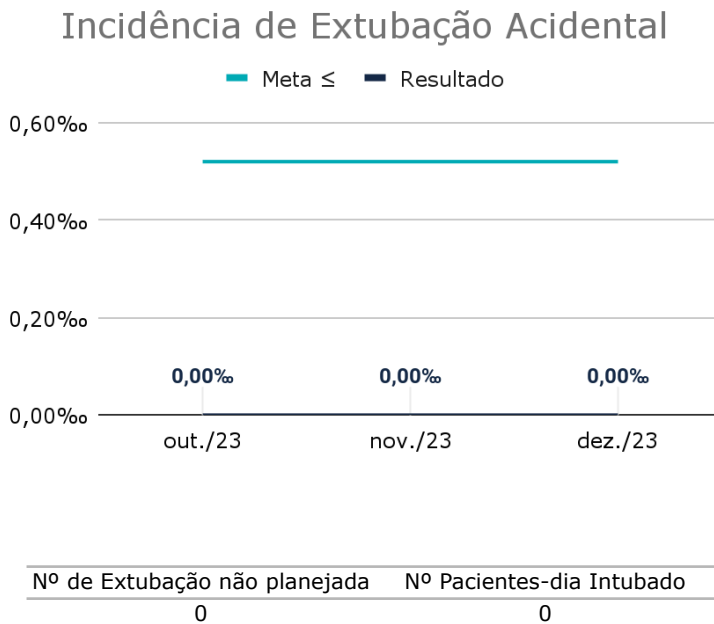
### 5.3.6 Índice de úlcera por pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
0	77

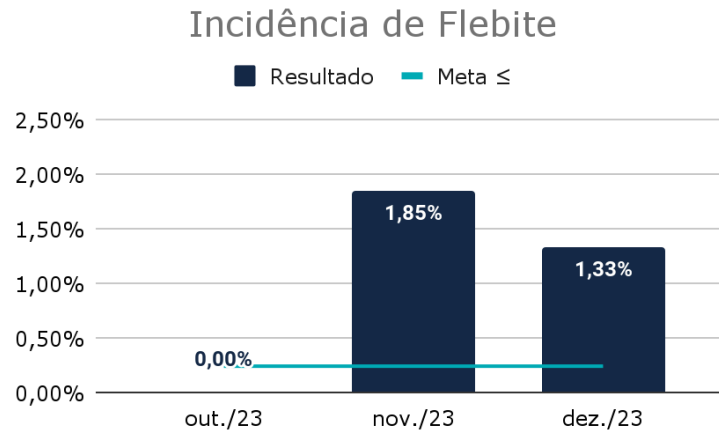
**Análise crítica:** Não tivemos nenhuma lesão por pressão neste período. Meta contratual atingida. Realizadas algumas medidas de prevenção de LPP como: utilização de colchão piramidal, placa de hidrocolóide quando indicado, hidratação da pele, mudança de decúbito de 2/2 horas e utilização de coxim em pacientes com mobilidade reduzida.

### 5.3.7 Incidência de Extubação Acidental



**Análise crítica:** Não tivemos pacientes intubados neste período.

### 5.3.8 Incidência de Flebite



Índice de Flebite	
Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
1	75

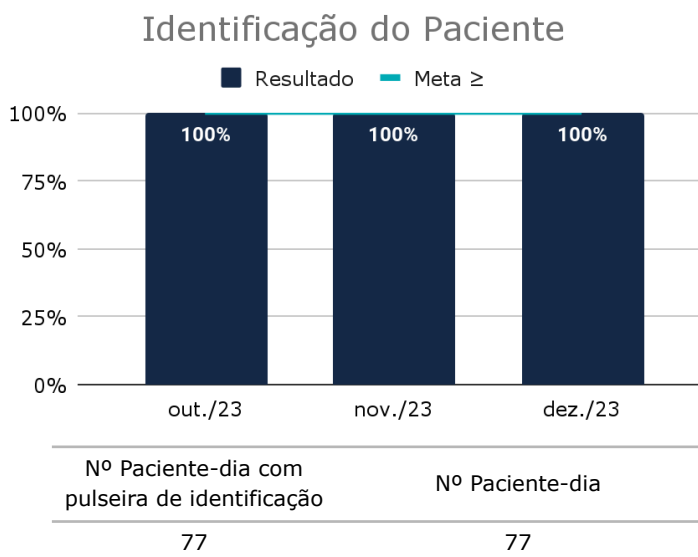
**Análise crítica:** Tivemos 01 caso de Flebite nesse período.

Paciente S.F.L.S., 46 anos, admitida na UTI dia 04/12 em POI HSTA + salpingooforectomia bilateral por miomatose uterina + reabordagem cirúrgica devido a sangramento ativo com necessidade de transfusão sanguínea. Antecedentes : Ca mama à E com mastectomia radical + esvaziamento ganglionar E + reconstrução mama + quimioterapia e radioterapia . Na admissão, presença 02 acessos periféricos em MSD e MSE. Acessos venosos utilizados para administração de medições, ressuscitação volêmica e transfusão sanguínea. Após chegada na UTI retirado acesso venoso de MSE por contra-indicação devido a preservação do membro (linfadenectomia axilar). Paciente com fragilidade capilar e com necessidade de reposição volêmica e nova transfusão sanguínea. Houve necessidade de novas punções venosas. Dia 07/12 presença de jelco 18 em fossa cubital D com local apresentando rubor ( acesso puncionado anteriormente no CC). Retirado jelco e puncionado novo acesso em antebraço. Dia 08/12 evidenciado flebite grau 3 em fossa cubital D. Iniciado tratamento para flebite.



Como plano de ação , foi realizada nova abordagem com orientação e treinamento para equipe de enfermagem, reforçando o **protocolo de flebite**. Pontos abordados como: importância da higienização das mãos e antissepsia do local antes da punção, antissepsia do dispositivo antes da administração da medicação ou infusão de soroterapia, utilização de filme transparente na fixação do cateter para melhor visualização da inserção do mesmo, avaliação do calibre da veia para escolha do calibre adequado do dispositivo, escolha adequada do local de punção a fim de evitar flebite mecânica, diluição e velocidade de infusão corretas das medicações, salinização com cloreto de sódio 0,9% e troca de dispositivo em até 96 horas, foram discutidos durante o mês. Diariamente os dispositivos são avaliados pela equipe técnica e enfermeiros. Em alguns casos onde o paciente tem maior risco de desenvolver a flebite, há uma avaliação da coordenação para acompanhamento. É disponibilizada a escala de flebite no posto de Enfermagem para auxiliar na avaliação. Também foi discutido as indicações de cateter venoso central quando necessário.

### 5.3.9 Adesão às metas de Identificação do Paciente

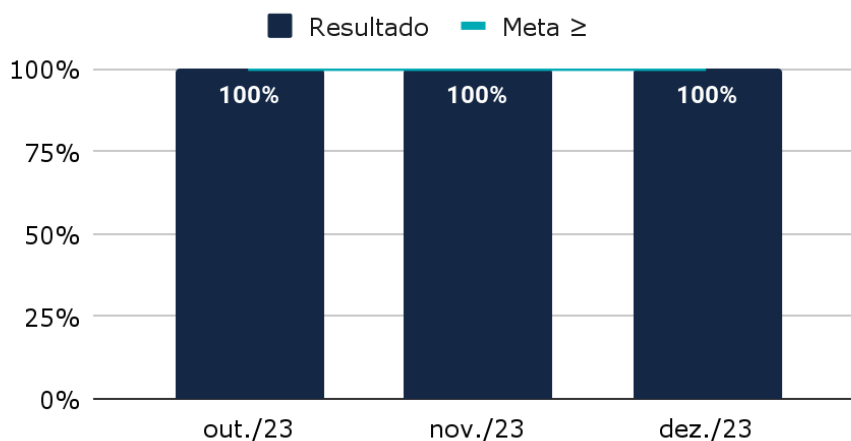


**Análise crítica:** Mantivemos em nossa UTI todos os pacientes devidamente identificados com pulseira de identificação. Meta contratual atingida. Toda equipe

está devidamente treinada sobre a Meta 1 de Segurança do Paciente (Identificação do Paciente), realizamos diariamente a conferência dos dados da pulseira de identificação.

### 5.3.10 Evolução dos Prontuários

#### Identificação do Paciente



#### Análise Crítica:

Durante o mês de referência todos os prontuários analisados foram 100% evoluídos em conformidade com o estipulado pela comissão de prontuários. Equipe médica, enfermeiros, fisioterapeutas realizam as evoluções no sistema S4SP e equipe técnica de enfermagem realiza manualmente (em ambos os turnos) a anotação de enfermagem.

## 6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

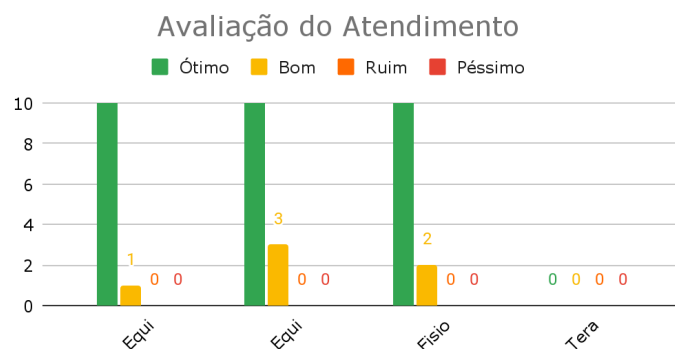
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade. Pesquisa realizada pelo usuário no Tablet Institucional.

No período avaliado, tivemos o total de **22 pesquisas preenchidas**. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

### 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

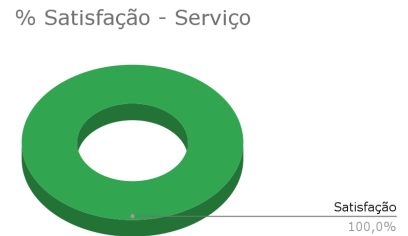
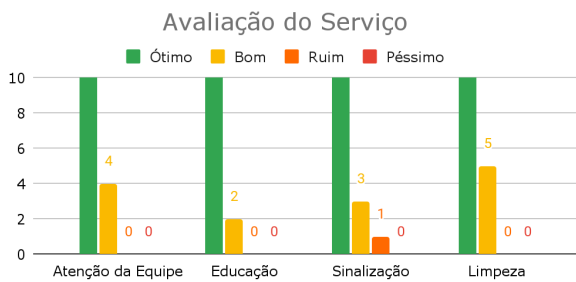
#### 6.1.1 Avaliação do Atendimento

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento da equipe de enfermagem, equipe médica, fisioterapia e terapeuta ocupacional. No período, tivemos uma satisfação de 100%, demonstrando uma percepção positiva ao atendimento. Não foi avaliado o atendimento do profissional de Terapia Ocupacional pois a vaga encontra-se aberta.



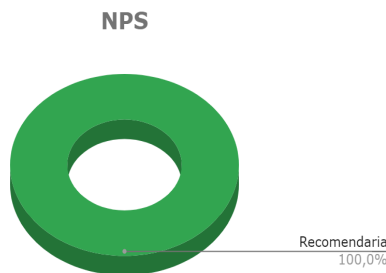
### 6.1.2 Avaliação do Serviço

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a agilidade, atenção, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de 98,86 % dos usuários e 1,14% de insatisfação em relação à sinalização (iluminação). Em determinado momento do dia a fim diminuir o estímulo externo e propiciar descanso aos pacientes, 50 % das luzes da Unidade são apagadas.



### 6.1.3 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado, **100 %** dos usuários recomendariam o serviço.



## 7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

Em incentivo ao Dezembro Vermelho, campanha que marca uma grande mobilização nacional na luta contra o HIV , AIDS e outras IST ( infecções sexualmente transmissíveis), com foco na prevenção, assistência, proteção e promoção dos direitos humanos das pessoas que foram infectadas pelo vírus, organizados treinamentos para os colaboradores do Time Cejam da UTI Materna do Hospital Leonor Mendes de Barros .



São Paulo, 15 de janeiro de 2023

  
Adriana Cristina Alvares  
CEGISS - Hospitalar  
Supervisor Técnico Regional

**DIRETOR TÉCNICO**  
RENATO TARDELLI