

Relatório de Atividades Assistenciais

**Hospital e Maternidade Leonor
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva
Materna**

Convênio n.º00023/2022

Setembro

2024

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

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Adriana Cristina Alvares

COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Cintia Ramos dos Santos Haziot

SUMÁRIO

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

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	26
6.1.1 Avaliação do Atendimento	26
6.1.2 Avaliação do Serviço	27
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	27
7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO	28

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 30 de setembro de 2024**.

4. FORÇA DE TRABALHO

4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

A equipe de trabalho efetiva é composta no momento por 21 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	✓
Total		21	23	↑

Fonte: São Paulo - HMLMB - 2022

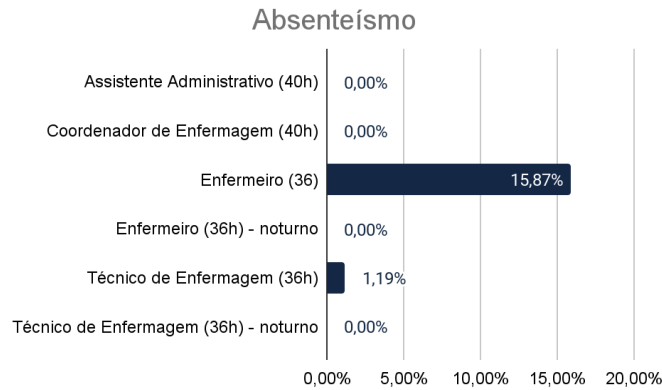
Análise Crítica: Mediante o quadro acima, verificamos que 109 % da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho. No mês de setembro ocorreu a demissão do Assistente Administrativo W.L.A. e a contratação da candidata J.S.M. para exercer a mesma função. Em reposição a colaboradora C.L.B. que pediu demissão, foi contratada a candidata S.B.S.

4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

Setor	Cargo	Colaborador	Nº Conselho
Uti Materna - 6 Leitos	Assistente Administrativo (40h)	01. Joseane Santos Mascarenhas	N/A
	Coordenador de Enfermagem (40h)	02.Cintia Ramos dos Santos Haziot	68167
	Enfermeiro (36h) - Diurno	03.Simone Messias da Silva	54403
		04.Michele Felix de Castro	404381
	Enfermeiro (36h) - Noturno	05.Nayara Fernanda da Costa	470916
		06.Cátia Elaine Calastro	541220
	Enfermeiro Folguista	07.Yasmin Santos Vespaziano	204926
	Enfermeiro Ferista	08. Ana Flávia Santos Cardoso	
	Técnico de Enfermagem (36h) - Diurno	09.Adrielle Rodrigues dos Santos	807366
		10.Efigênia de Freitas	807386
		11.Katia Alves dos Santos	1528682
		12.Magna O. a Silva Araujo	1144348
		13. Erisvalda dos Santos Solidade	68906
		14.Maria Vivalda S. do Nascimento	990689
	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. Ranielli Aparecida Ramos	652014
	Técnico de Enfermagem Folguista - Noturno	21. Claudia dos S.L. Gonçalves	1646933
	Técnico de Enfermagem Folguista - diurno	22. Simone Barbosa dos Santos	
	Técnico de Enfermagem (36h) - Ferista	23. Rebeca S.J. Piaulino	776239

4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.3.1 Absenteísmo



Análise crítica: Neste mês tivemos 12 dias de ausência sendo:

. 01 dias por motivos injustificado

- Enfermeira, S.M.S.

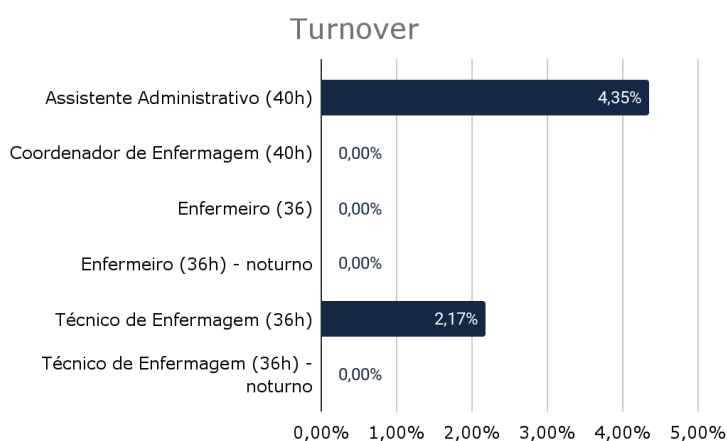
. 11 dias por motivos justificados por meio de atestado médico:

- Enfermeira, S.M.S - 9 dias
- Técnica de Enfermagem, K.A.S. - 2 dias

Para a colaboradora que apresentou falta por motivo injustificado, foram aplicadas medidas administrativas conforme rotina estabelecida pela gestão de pessoas do Cejam.

As ausências foram cobertas por profissionais da própria Unidade, com remanejamentos e pagamento de horas extras, efetivando a cobertura necessária para o atendimento dos pacientes nas UTI sem prejuízo para a assistência.

4.3.2 Turnover



Análise crítica: Durante o mês de setembro tivemos a demissão do Assistente Administrativo W.L.A e a contratação da candidata J.S.M. para a vaga. Conforme previsto, também tivemos a contratação da colaboradora S.B.A. para o cargo de Técnica de Enfermagem.

4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

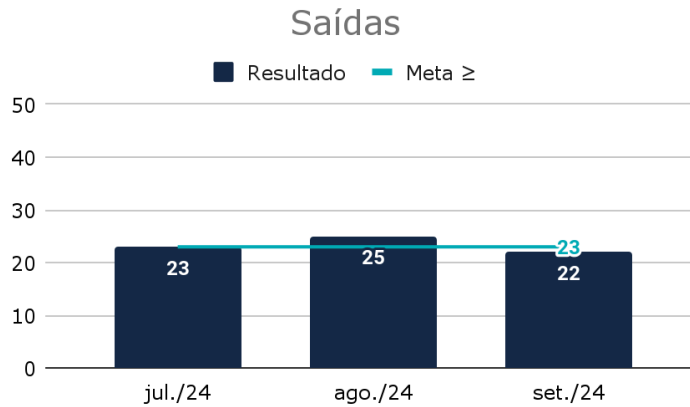
Análise crítica: Neste período não tivemos comunicação de acidente de trabalho. Os membros da CIPA realizam orientações voltadas para os colaboradores a fim de esclarecer dúvidas e reforçar práticas que evitam a ocorrência do acidente.

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

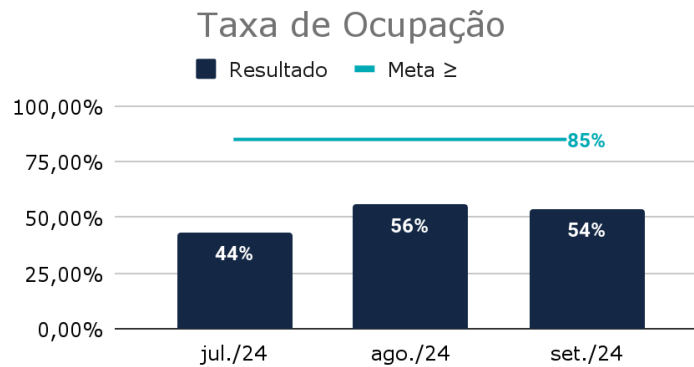
5.1.1 Saídas



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão	0
Transferência Interna	22
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
Total	22

Análise crítica: No período analisado tivemos 22 saídas, sendo todas transferências foram internas direcionadas para as enfermarias. Em setembro não tivemos óbito e não houveram transferências externas.

5.1.2 Taxa de Ocupação



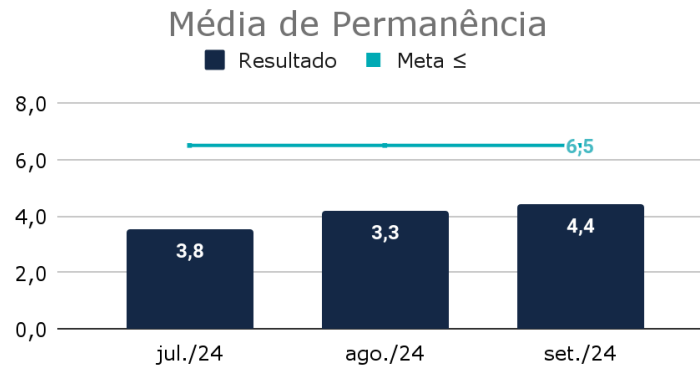
Ocupação

Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
97	180

Análise crítica: No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 54 %. Informamos que todas as vagas solicitadas via PS, CO e CC foram prontamente atendidas sem recusas ou atrasos. 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 via CROSS.

5.2 Indicadores - Qualitativos

5.2.1 Média de Permanência

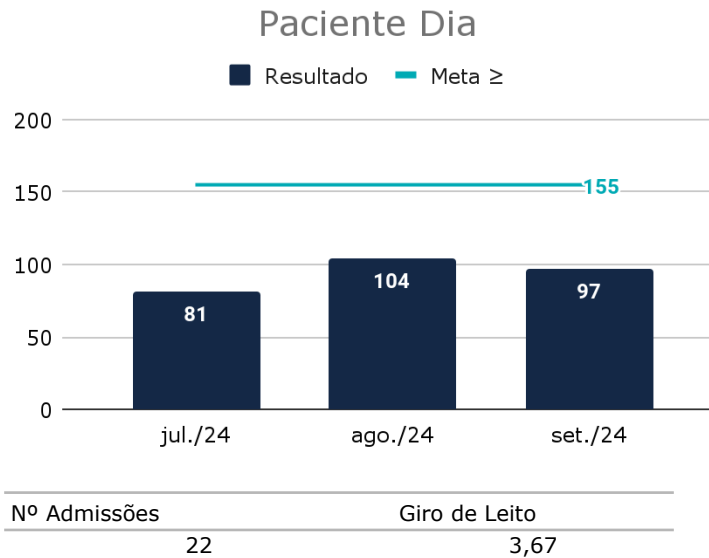


Permanência

Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
97	22

Análise crítica: Neste período tivemos uma média de permanência de 4,4 dias atingindo a meta pactuada. Diariamente, durante a visita multiprofissional, é discutido o momento ideal para uma alta segura dos pacientes, sendo um fator decisivo para obtenção do resultado dentro da meta.

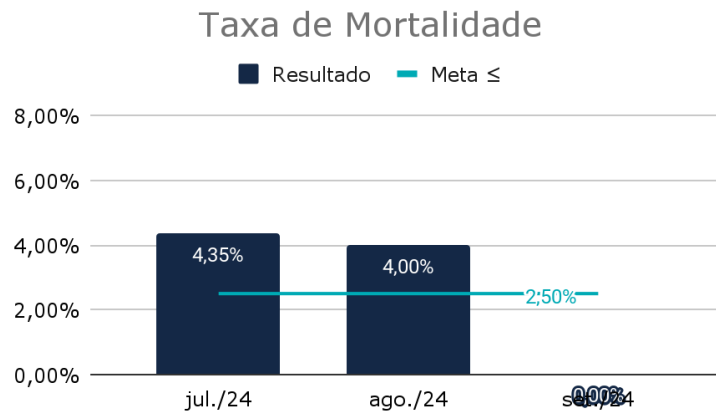
5.2.2 Paciente Dia



Análise crítica: No período avaliado tivemos 97 pacientes dia, admissões e 22 saídas, apresentando giro de leito de 3,67 vezes. Indicador abaixo da meta estabelecida pois é diretamente dependente da taxa de ocupação.

Das pacientes admitidas na UTI, 77,3 % foram pacientes cirúrgicas e 22,7 pacientes clínicas. A iminência de eclâmpsia e a pré-eclâmpsia foram juntas às principais internações na UTI totalizando 27,3%.

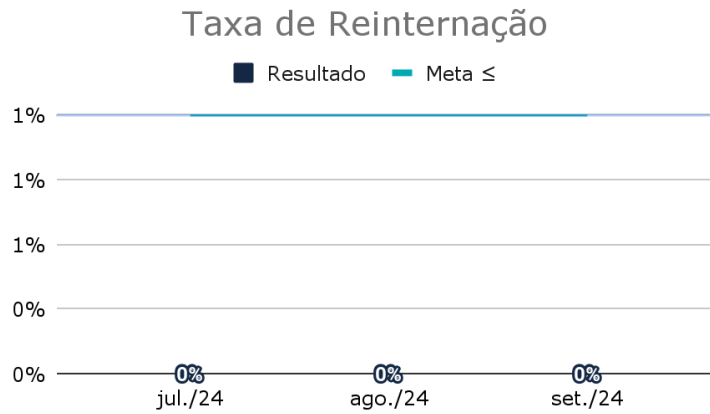
5.2.3 Taxa de Mortalidade



Análise crítica: No mês de setembro a taxa de mortalidade foi igual a 0% atingindo a meta contratual. Realizamos avaliação de gravidade de todas as pacientes da UTI diariamente, ajustando as terapias conforme as demandas dos casos clínicos.

A análise objetiva dos óbitos utilizando o Sistema de Pontuação Simplificado (SAPS 3) e o *Standardized Mortality Ratio* (SMR), ou Taxa de Mortalidade Padronizado, demonstram que a mortalidade esperada no mês de setembro para a UTI Materna era de 5,1% sendo que a mortalidade real foi de 0 %.

5.2.4 Taxa de Reinternação



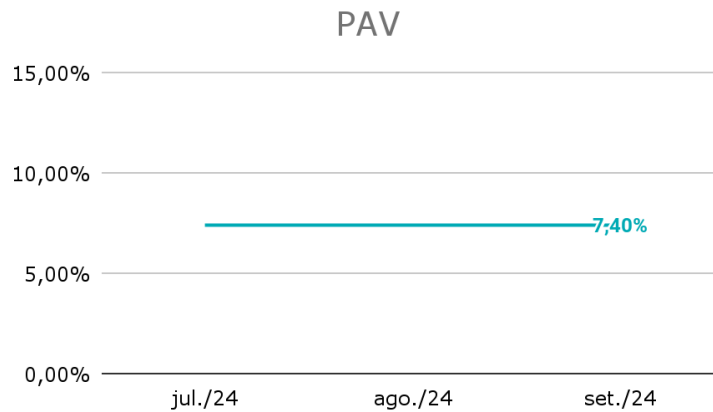
Reinternação < 24h

Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	22

Análise crítica: No mês de setembro não houveram reinternações em menos de 24 horas após a alta da UTI Materna. Meta contratual atingida.

5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

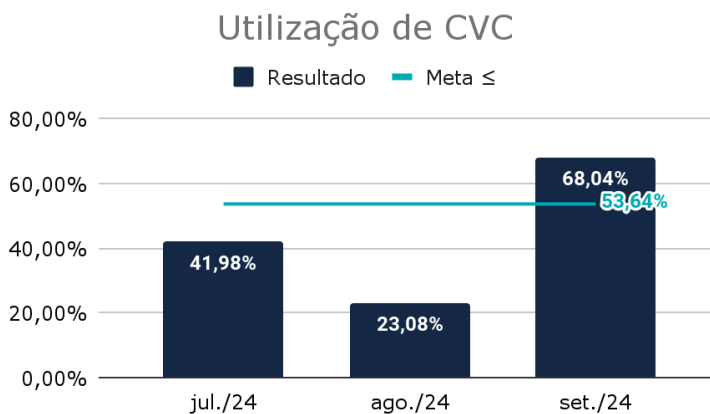
5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)



Nº Casos novos de PAV	Nº Paciente-dia em VM
0	17

Análise crítica: No mês de setembro tivemos 17 pacientes-dia em VM mas não tivemos PAV neste período. Todas as pacientes internadas na UTI Materna e em VM foram acompanhadas pela equipe multiprofissional que realiza o bundle de PAV diariamente objetivando a prevenção da pneumonia associada à ventilação.

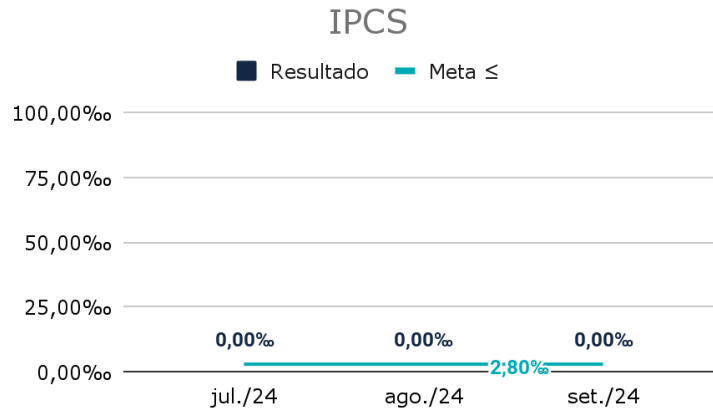
5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)



Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
66	97

Análise crítica: em setembro tivemos uma taxa de utilização de cateter venoso central igual a 68,04 % ficando acima da meta contratual em 14,4%. O resultado reflete diretamente a complexidade das pacientes. A indicação do acesso central foi baseada na necessidade da infusão contínua de sedação e drogas vasoativas, além de transfusão sanguínea, nutrição parenteral e antibióticos . A retirada dos dispositivos invasivos é avaliada conforme evolução do quadro clínico das pacientes e discutida durante a reunião multidisciplinar.

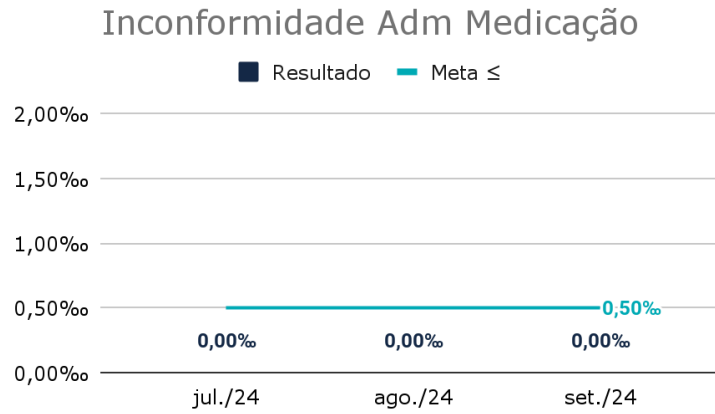
5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	66

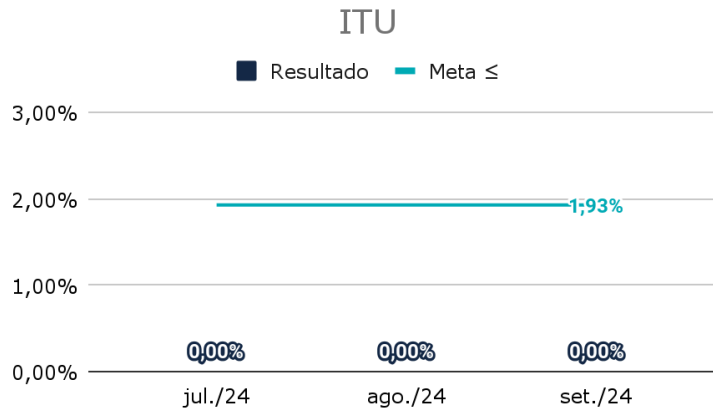
Análise crítica: No mês de setembro não tivemos infecção primária relacionada ao uso de CVC. meta contratual atingida.

5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Análise crítica: Neste período não tivemos eventos relacionados à administração de medicamentos atingindo a meta contratual.

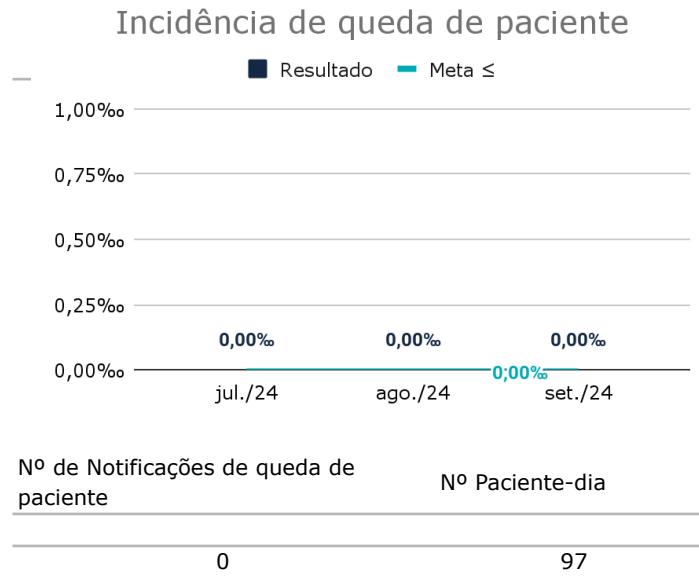
5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	56

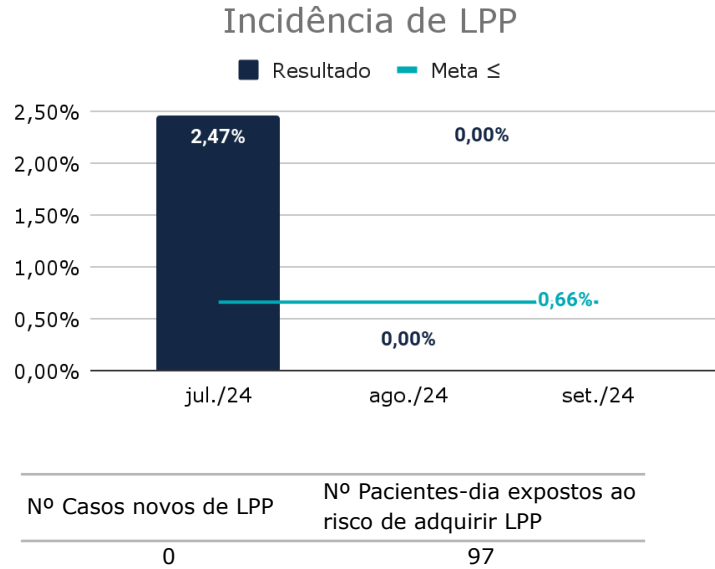
Análise crítica: Neste período tivemos 56 pacientes-dia em uso de SVD e não tivemos registro de infecção do trato urinário. Tendo em vista que diariamente em visita multiprofissional é discutido o momento ideal para retirada do dispositivo o mais precoce possível. Além das medidas realizadas pelo Bundle da SVD diariamente.

5.3.6 Incidência de Queda



Análise crítica: No mês de setembro não tivemos eventos relacionados à queda. Meta contratual atingida.

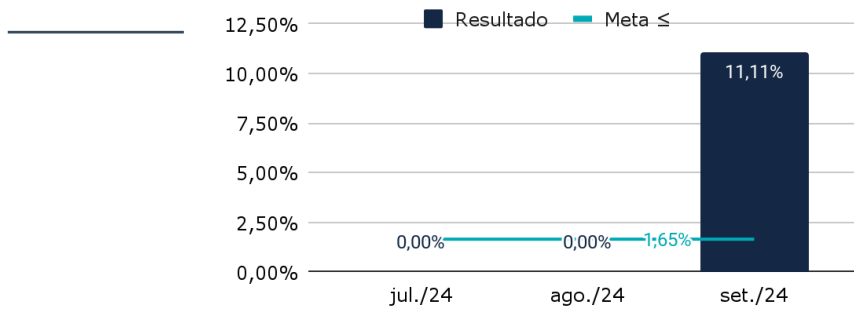
5.3.7 Índice de úlcera por pressão



Análise crítica: Durante o mês de setembro tivemos pacientes internadas com maior complexidade assistencial. Porém com a realização de medidas de prevenção de LPP como: utilização de colchão piramidal, hidratação da pele, mudança de decúbito de 2/2 horas e utilização de coxim, não tivemos registro de lesões. Meta contratual atingida.

5.3.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT

Incidência de saída não planejada de SONGE



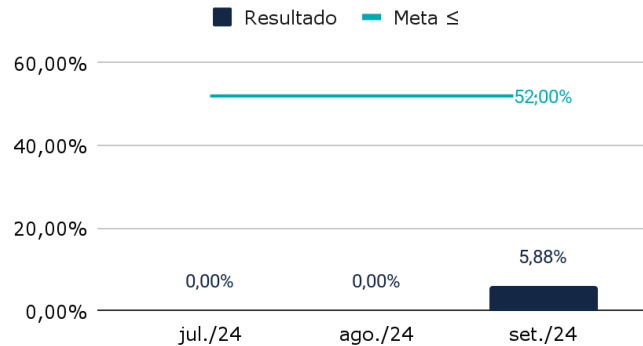
Nº Saída não planejada de SONGE	Nº Pacientes-dia com SONGE
1	9

Análise crítica: No mês de setembro houve saída não planejada de uma (01) SNG, representando a incidência de 11,11% ficando acima da meta contratual.

Paciente A.P.O., 33 anos, no 2ºPO de apendicectomia + histerorrafia. Fazia uso de SNG para drenagem de conteúdo gástrico. Devido a intensidade das náuseas, mesmo sendo medicada, apresentou êmese em grande quantidade fazendo com que a SNG fosse mobilizada para cavidade oral. Posteriormente a sonda foi retirada sem necessidade de passagem de nova SNG. Não houve prejuízo para a paciente.

5.3.9 Incidência de Extubação Acidental

Incidência de Extubação Acidental

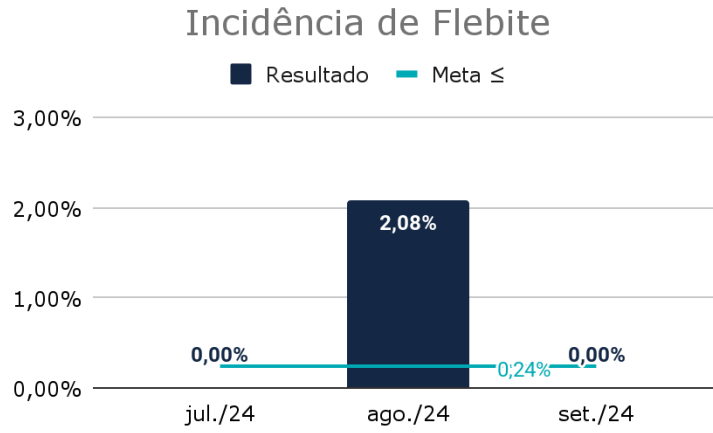


Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
1	17

Análise crítica: No mês de setembro tivemos 01 caso de extubação acidental.

Paciente B.R.G.C., 28 anos, admitida na UTI após parto cesáreo + suspeita de DPP + síndrome convulsiva a esclarecer. Estava entubada e sedada aguardando vaga para realização de tomografia de crânio. Dia 10/09/2024 foi encaminhada para o exame externo e ao retornar para a UTI estava pouco sedada. Ainda na maca de transporte, paciente apresentou movimentação vigorosa da cabeça e acabou se extubando. Como já havia uma programação de extubação, paciente permaneceu em ventilação espontânea, instalada máscara não reinalante por 30 minutos e em seguida colocado cateter de O2. Incidente sem dano para paciente.

5.3.10 Incidência de Flebite

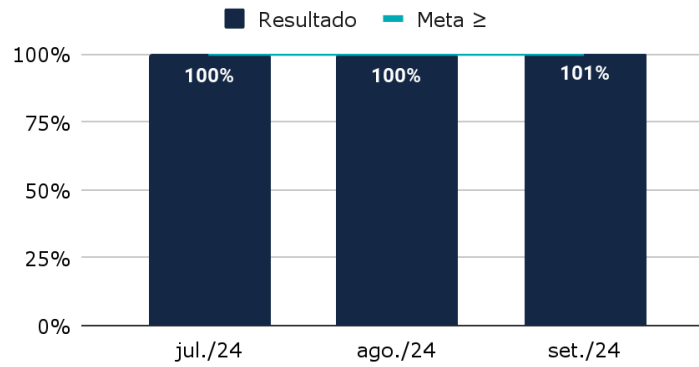


Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	79

Análise crítica: No mês de setembro não registramos casos de flebite atingindo portanto a meta contratual.

5.3.11 Adesão às metas de Identificação do Paciente

Identificação do Paciente



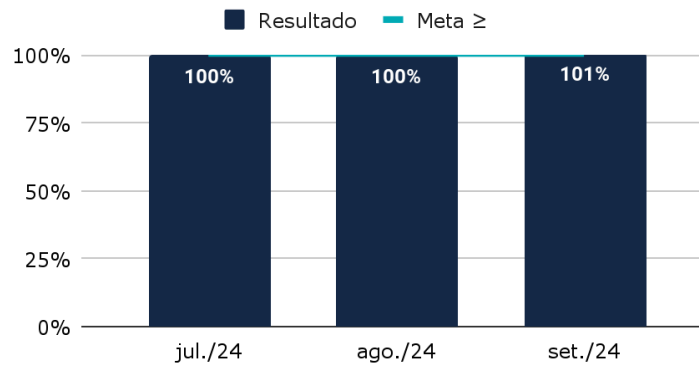
ID Paciente

Nº Paciente-dia com pulseira de identificação	Nº Paciente-dia
97	97

Análise crítica: Segundo a meta 1, identificação correta do paciente, estivemos em conformidade com uma das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, atingindo a meta contratual proposta.

5.3.12 Evolução dos Prontuários

Identificação do Paciente



Análise Crítica: Durante o mês de referência todos os prontuários foram 100% evoluídos em conformidade com o estipulado pela comissão de prontuários. Equipe médica, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeuta ocupacional realizam as evoluções no sistema S4SP e a equipe técnica de enfermagem realiza manualmente.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

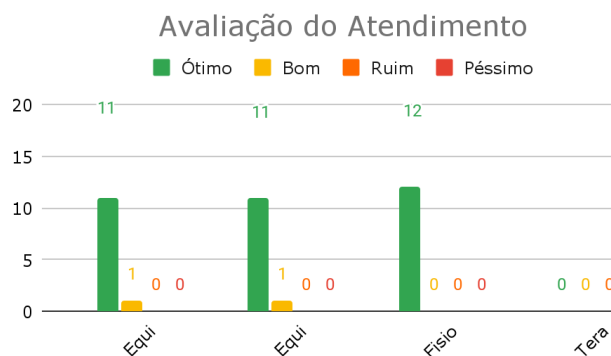
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares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

No período avaliado, tivemos o total de **12** pesquisas preenchidas. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

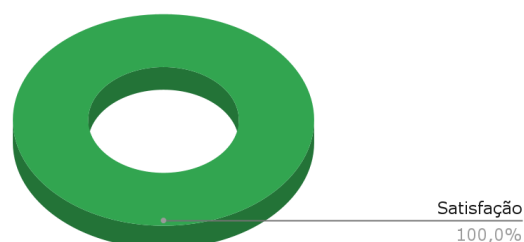
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

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.

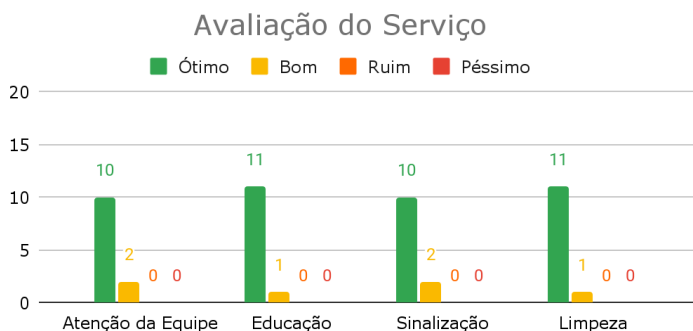


% Satisfação - Atendimento

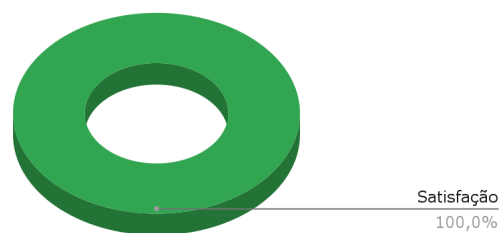


6.1.2 Avaliação do Serviço

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 **100%** dos usuários.



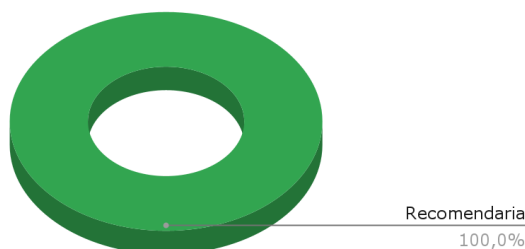
% Satisfação - Serviço



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

NPS



7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

Ginástica laboral com colaboradores



2º Treinamento sobre conceitos básicos de Oxigenoterapia ministrado pela Empresa NOSEAP



São Paulo, 10 de outubro de 2024


Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional - CEGISS
RG 28.885.466-4
CEJAM

Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional