

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Hospital e Maternidade Leonor  
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva  
Materna**

**Convênio n.º00023/2022**

**Novembro**

**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

<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	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
<b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>	<b>10</b>
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
<b>6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO</b>	<b>26</b>

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
<b>7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO</b>	<b>28</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 30 de novembro 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	✓
<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. No mês de novembro não tivemos desligamentos e demissões.

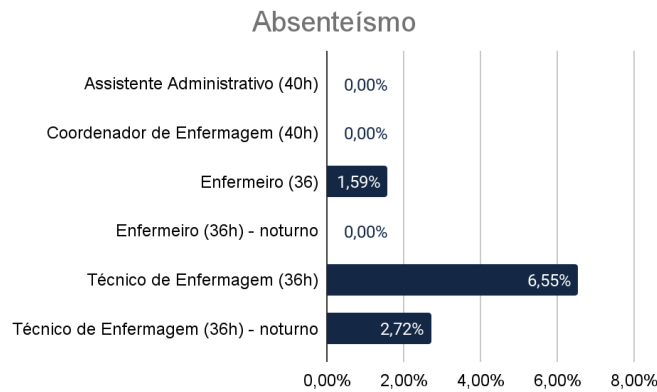
#### 4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

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. Andressa Barroso Assunção	653579
		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	682360
	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. Rafaela 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	1431865
	Técnico de Enfermagem (36h) - Ferista	23. Rebeca S.J. Piaulino	776239



## 4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

### 4.3.1 Absenteísmo



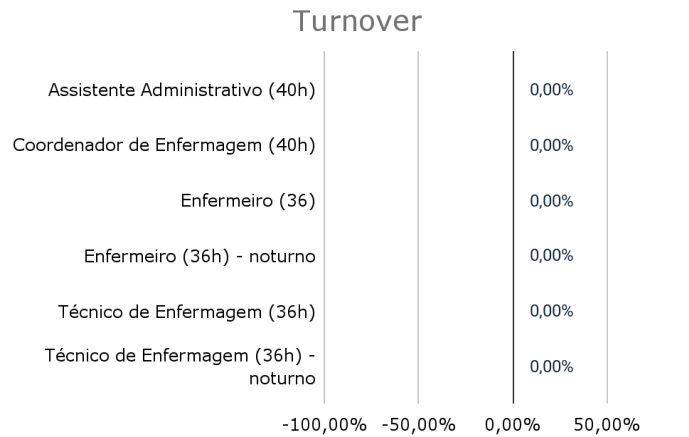
**Análise crítica:** No mês de novembro tivemos 16 ausências:

- 16 dias por motivo justificado por meio de atestado médico
  - Q.P. - 2 dias
  - R.M.V. - 2 dias
  - M.O.S.A. - 11 dias
  - A.F.S.C. - 1 dia

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

### 4.3.2 Turnover

---



**Análise crítica:** No mês de novembro não tivemos pedido de demissão , desligamentos e admissões. O quadro de colaboradores está de acordo com o previsto.

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

---

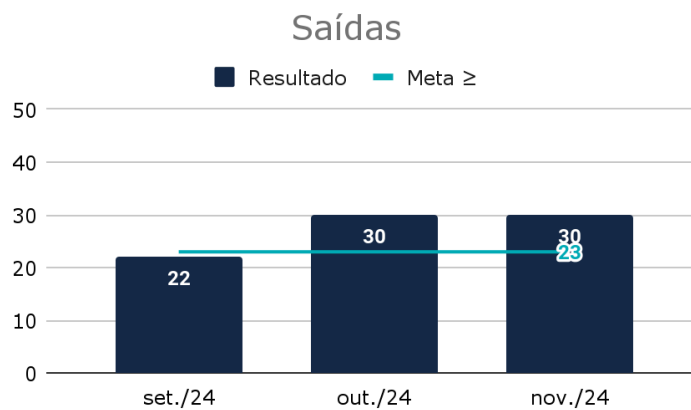
**Análise crítica:** Neste período não tivemos comunicação de acidente de trabalho. Os membros da CIPA realizam orientações voltadas para os colaboradores a fim de esclarecer dúvidas e reforçar práticas que evitam a ocorrência do acidente.

## **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

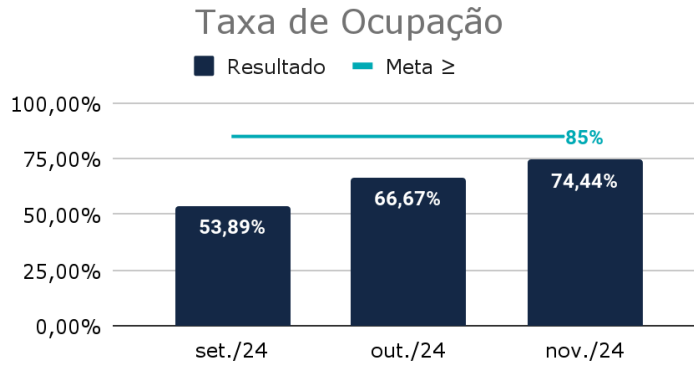
### 5.1.1 Saídas



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	1
Evasão	0
Transferência Interna	28
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
<b>Total</b>	<b>30</b>

**Análise crítica:** No período analisado tivemos 30 saídas, 28 sendo transferências internas direcionadas para enfermarias, 01 transferências externa e 01 alta hospitalar.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação



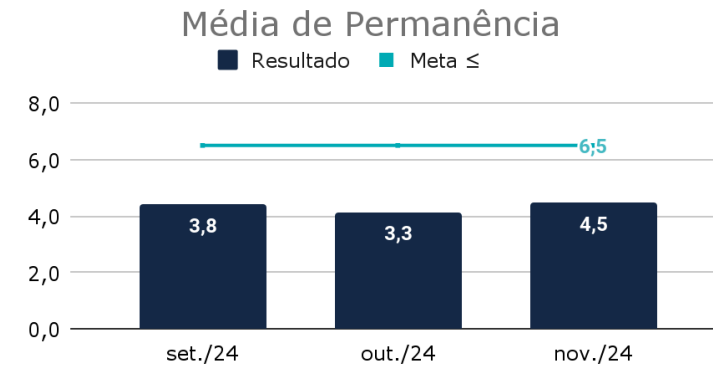
#### Ocupação

Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
134	180

**Análise crítica:** No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 74,4%. 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 possível aceitação via CROSS.

## 5.2 Indicadores - Qualitativos

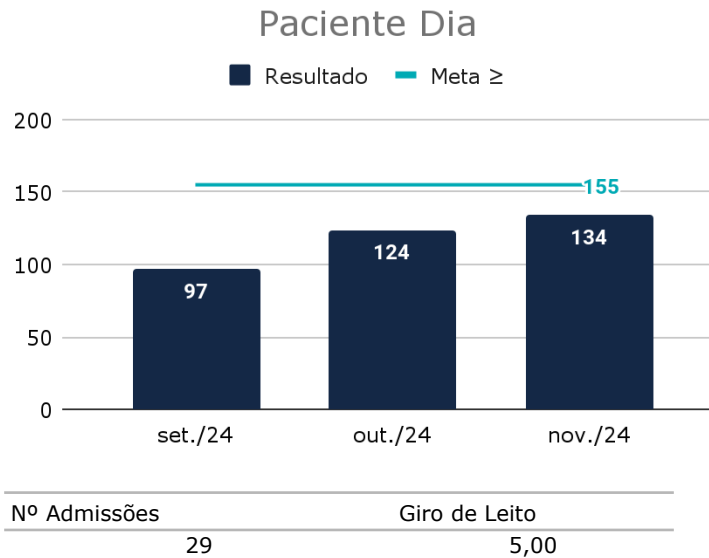
### 5.2.1 Média de Permanência



Permanência	
Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
134	30

**Análise crítica:** Neste período tivemos uma média de permanência de 4,5 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.

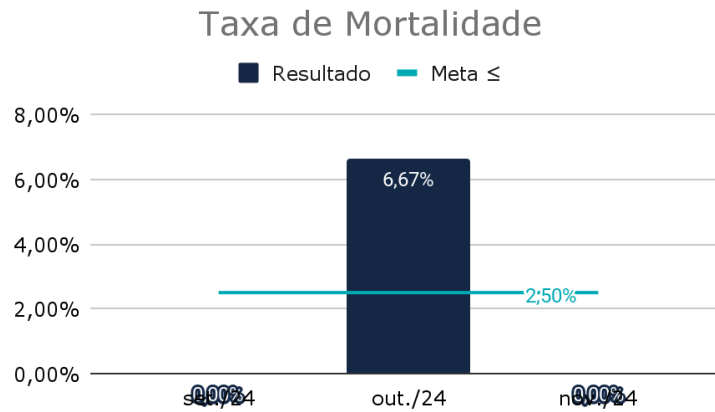
### 5.2.2 Paciente Dia



**Análise crítica:** No período avaliado tivemos 134 pacientes dia, 29 admissões e 30 saídas, apresentando giro de leito de 5,0 vezes. Indicador abaixo da meta estabelecida pois é diretamente dependente da taxa de ocupação.

Das pacientes admitidas na UTI, 24 % eram pacientes cirúrgicas e 76 % pacientes clínicas; 17,2 % eram gestantes, 79,3 % puérperas e 3,5 % pacientes da ginecologia. A pré-eclâmpsia foi a principal internação na UTI, totalizando 38 % das internações.

### 5.2.3 Taxa de Mortalidade

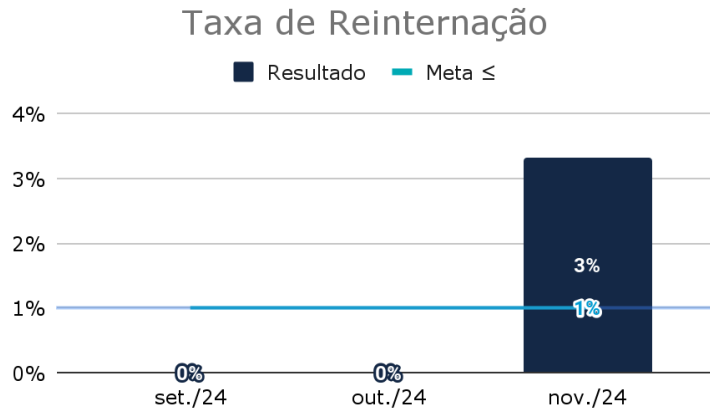


**Análise crítica:** No mês de novembro a taxa de mortalidade foi igual a 0% atingindo a meta contratual. Realizamos avaliação de gravidade de todas as pacientes da UTI diariamente, ajustando as terapias conforme as demandas dos casos clínicos.

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 5,4 % sendo que a mortalidade real foi de 0 %.



## 5.2.4 Taxa de Reinternação



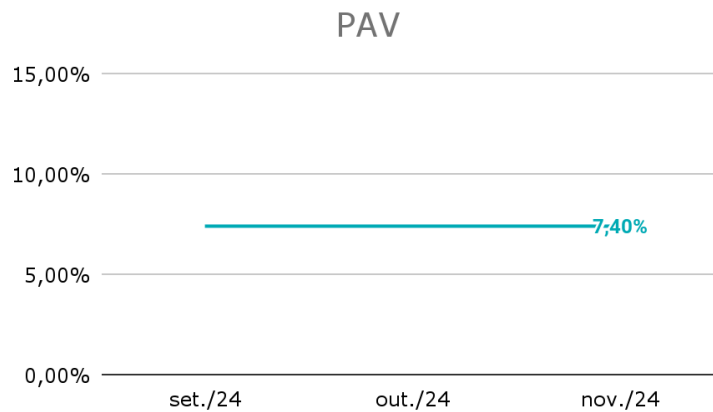
### Reinternação < 24h

Nº Reinternações	Nº de Saídas
1	30

**Análise crítica:** Durante o mês de novembro tivemos (01) uma reinternação no período de 24 horas não atingindo a meta contratual. Paciente Y.A.G.B. , 34 anos, internada na UTI materna no dia 20/11 em pós operatório de parto cesárea + pré-eclâmpsia com sinais de gravidade. No dia 21/11 queixou-se de dor abdominal, fraqueza e náuseas. Realizado USG de abdome que evidenciou grande quantidade de líquido em cavidade uterina sendo indicado abordagem cirúrgica. Foi então submetida a histerectomia subtotal abdominal + salpingooforectomia à esquerda devido abdome agudo hemorrágico com atonia uterina. Com melhora dos níveis pressóricos e evolução satisfatória no pós-operatório, recebeu alta para enfermaria no dia 24/11 no período da manhã. No final da tarde paciente apresentou novo pico pressórico , foi medicada a princípio com captopril e posteriormente com anlodipina. Porém, manteve PAM acima de 110 mmHg sendo necessário retornar para UTI, 12 horas após a alta, com indicação de nova sulfatação. Após otimização dos anti-hipertensivos e melhora do quadro, recebeu alta da UTI dia 27/11.

### 5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

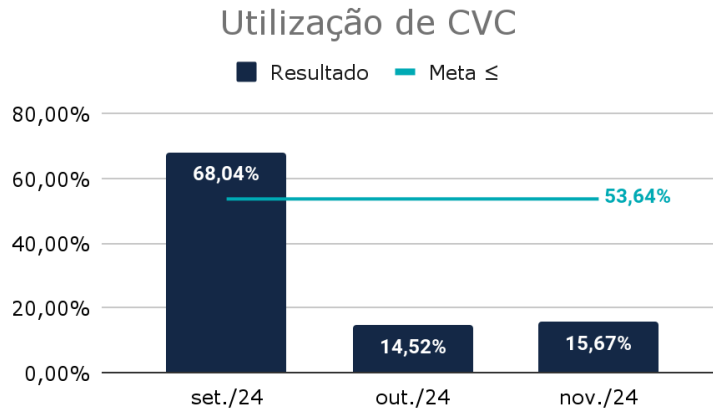
#### 5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)



Nº Casos novos de PAV	Nº Paciente-dia em VM
0	2

**Análise crítica:** No mês de novembro tivemos 02 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.

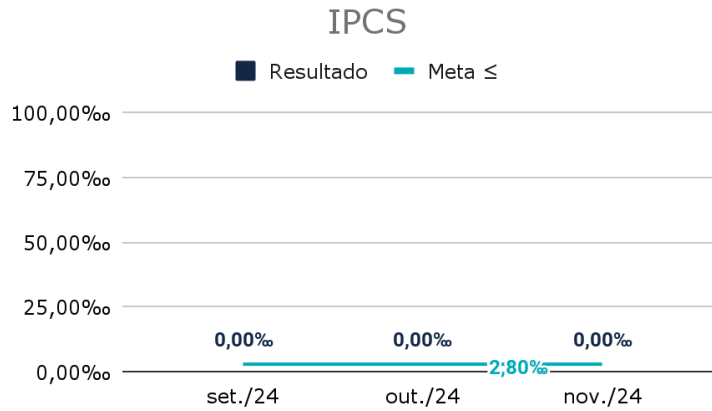
### 5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)



Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
21	134

**Análise crítica:** Em novembro tivemos uma taxa de utilização de cateter venoso central igual a 15,67 % ficando dentro da meta contratual . A taxa 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 e antibióticos . A retirada dos dispositivos invasivos é avaliada conforme evolução do quadro clínico das pacientes e discutida durante a reunião multidisciplinar.

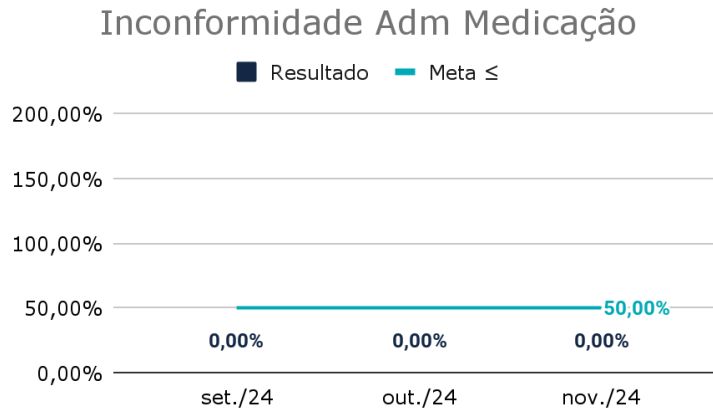
### 5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	21

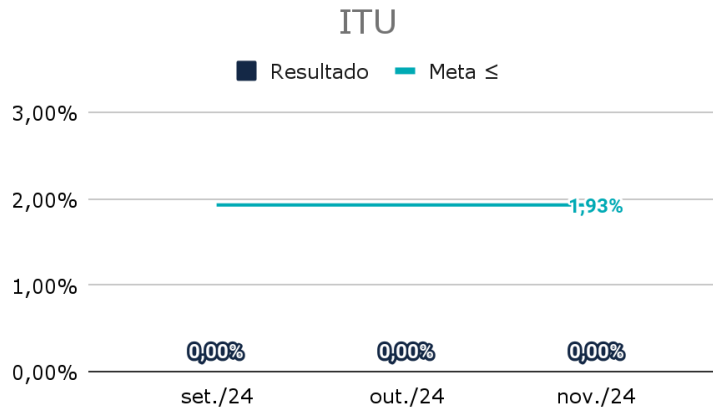
**Análise crítica:** No mês de novembro não tivemos infecção primária relacionada ao uso de CVC. Meta contratual atingida.

### 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.

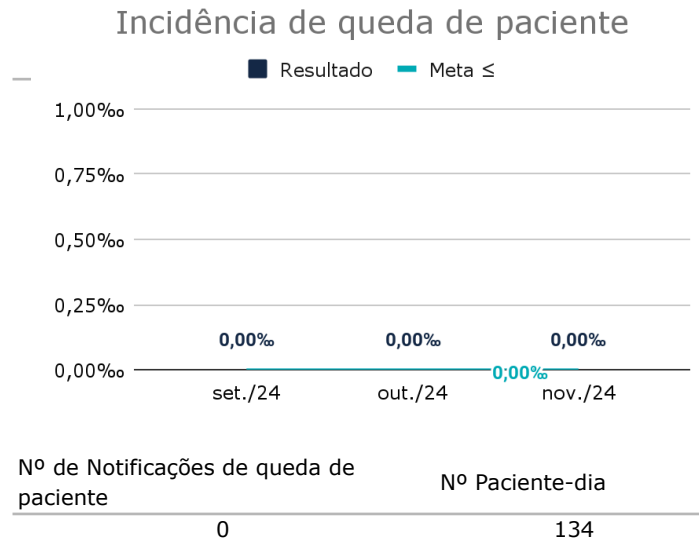
### 5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	41

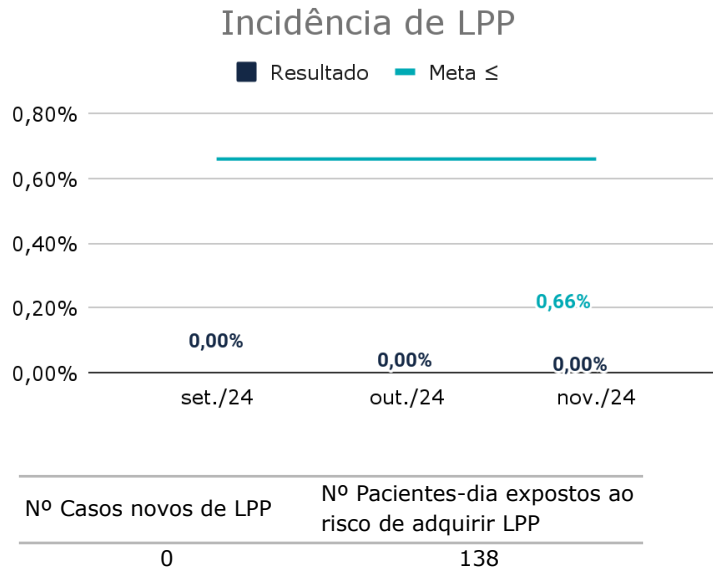
**Análise crítica:** Neste período tivemos 41 pacientes-dia em uso de SVD e não tivemos registro de infecção do trato urinário. Diariamente em visita multiprofissional é discutido o momento ideal para retirada do dispositivo o mais precoce possível, além das medidas realizadas pelo Bundle da SVD diariamente.

### 5.3.6 Incidência de Queda



**Análise crítica:** Durante o mês de novembro não tivemos eventos relacionados à queda. Desde a admissão até a alta, as pacientes são orientadas sobre o risco de queda. Meta contratual atingida.

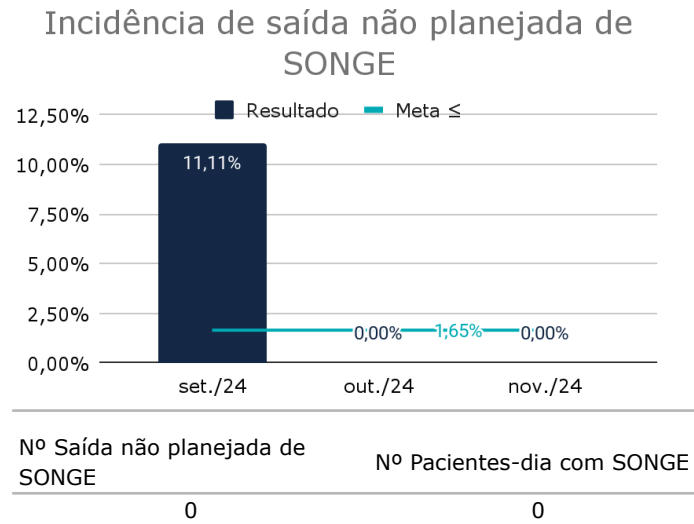
### 5.3.7 Índice de úlcera por pressão



**Análise crítica:** Durante o mês de novembro 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.



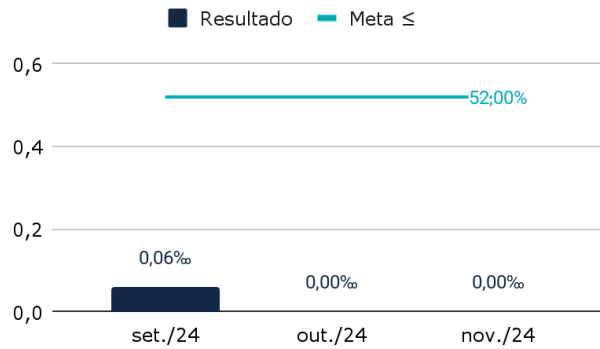
### 5.3.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT



**Análise crítica:** No mês de novembro não tivemos eventos relacionados a saída não planejada de SNG, atingindo portanto a meta contratual.

### 5.3.9 Incidência de Extubação Acidental

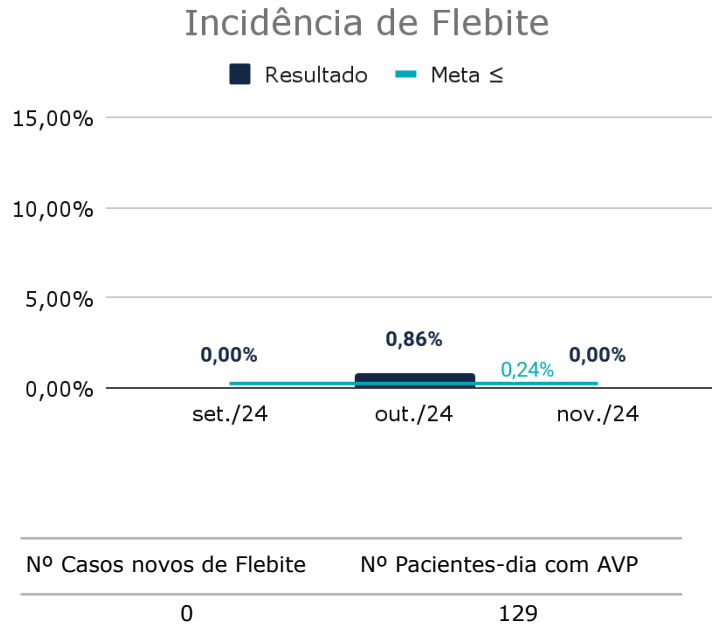
Incidência de Extubação Acidental



Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
0	0

**Análise crítica:** Neste período tivemos 02 pacientes-dia entubados, mas devido às medidas de prevenção não houve extubação acidental atingindo a meta contratual.

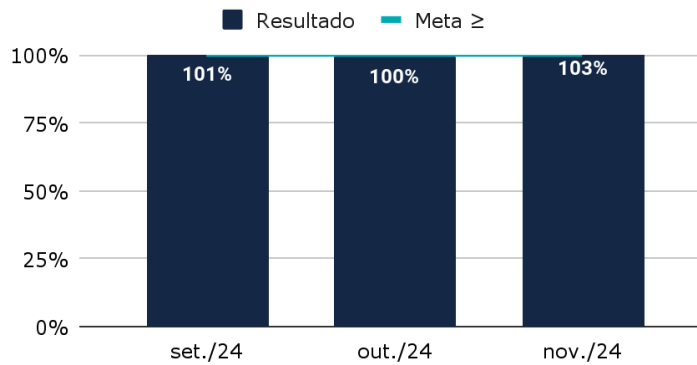
### 5.3.10 Incidência de Flebite



**Análise crítica:** No mês de novembro não tivemos caso de flebite permitindo que o indicador ficasse dentro da meta contratual.

### 5.3.11 Adesão às metas de Identificação do Paciente

Identificação do Paciente



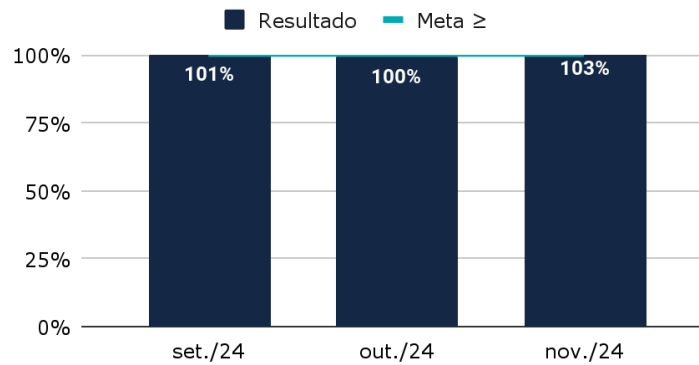
**ID Paciente**

Nº Paciente-dia com pulseira de identificação	Nº Paciente-dia
138	134

**Análise crítica:** Segundo a meta 1, identificação correta do paciente, ficamos 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

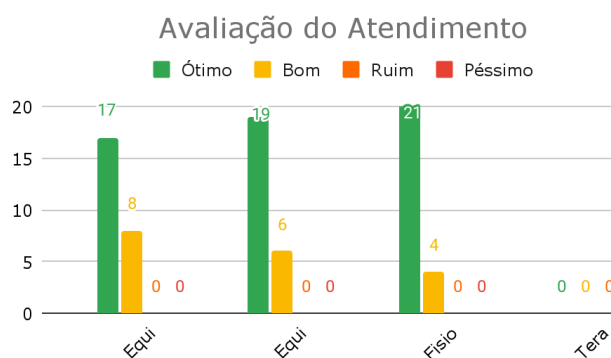
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares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

No período avaliado, tivemos o total de **25** pesquisas preenchidas. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

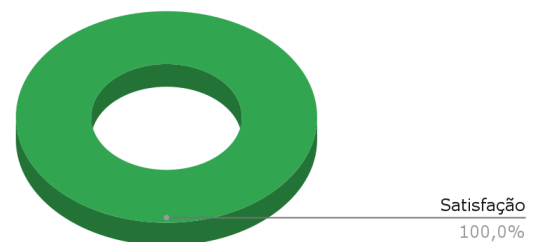
### 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

#### 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.

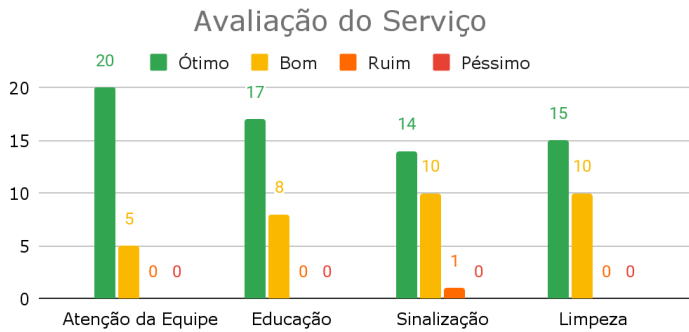


% Satisfação - Atendimento

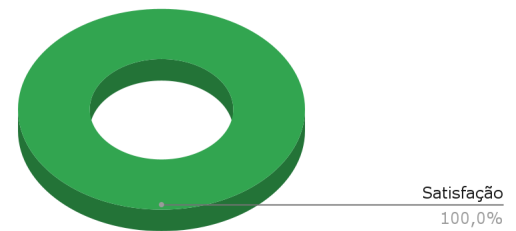


### 6.1.2 Avaliação do Serviço

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.



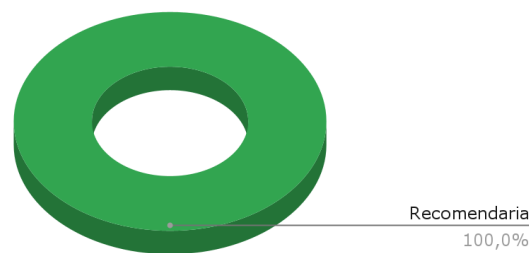
% Satisfação - Serviço



### 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

Durante o mês de novembro foi realizada a primeira etapa do BRAINSTORMING com a equipe de Enfermagem. O tema abordado foi Comunicação efetiva - Garantindo a continuidade do cuidado. Foi uma oportunidade ímpar onde as colaboradoras puderam participar ativamente das discussões.







São Paulo, 11 de dezembro de 2024

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

**Adriana Cristina Alvares**  
Gerente Técnico Regional