

Relatório de Atividades Assistenciais

**Hospital e Maternidade Leonor
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva
Materna**

Convênio n.º00023/2022

Fevereiro

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

GERENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Sirlene Dias Coelho

SUPERVISOR TÉCNICO REGIONAL

Adriana Cristina Alvares

COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Tamiris De Oliveira Martins

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 | 8 |
| 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) | 9 |
| 5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS | 9 |
| 5.1 Indicadores - Quantitativos | 10 |
| 5.1.1 Saídas | 10 |
| 5.1.2 Taxa de Ocupação | 11 |
| 5.2 Indicadores - Qualitativos | 12 |
| 5.2.1 Média de Permanência | 12 |
| 5.2.2 Paciente Dia | 12 |
| 5.2.3 Taxa de Mortalidade | 13 |
| 5.2.4 Taxa de Reinternação | 13 |
| 5.3 Indicadores - Segurança do Paciente | 14 |
| 5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM) | 14 |
| 5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC) | 15 |
| 5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central | 16 |

| | |
|--|-----------|
| 5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos | 16 |
| 5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical | 17 |
| 5.3.6 Índice de úlcera por pressão | 17 |
| 5.3.7 Adesão às metas de Identificação do Paciente | 18 |
| 5.3.8 Evolução dos Prontuários | 18 |
| 6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO | 19 |
| 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário - Uti Materna | 19 |
| 6.1.1 Avaliação do Atendimento | 19 |
| 6.1.2 Avaliação do Serviço | 20 |
| 6.1.3 Net Promoter Score (NPS) | 20 |
| 6.1.4 Volume de Manifestações | 21 |
| 6.1.5 Registros na Ouvidoria - Interna/Hospital | 22 |
| 7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO | 22 |

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;
- Ecosystema 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 28 de fevereiro de 2023**.

4. FORÇA DE TRABALHO

4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

A equipe de trabalho prevista é composta por 31 colaboradores, sendo 21 contratados por processo seletivo (CLT) e 10 por contratação de Pessoa Jurídica (PJ).

| Setor | Cargo | Previsto | Efetivo | Δ |
|-------------------------|---------------------------------------|-----------|-----------|----------|
| Administrativo | Assistente Administrativo (40h) | 1 | 1 | ✓ |
| Assistencial | Coordenador de Enfermagem (40h) | 1 | 1 | ✓ |
| | Enfermeiro (36) | 2 | 2 | ✓ |
| | Enfermeiro (36h) - noturno | 3 | 3 | ✓ |
| | Técnico de Enfermagem (36h) | 7 | 8 | ↑ |
| | Técnico de Enfermagem (36h) - noturno | 7 | 7 | ✓ |
| Total | | 21 | 22 | ↑ |
| AUSÊNCIAS (DIAS) | | | | |
| Injustificada | | | | 0 |
| Atestado Médico | | | | 7 |
| Licença Nojo | | | | 0 |
| Licença Galo | | | | 0 |
| Total | | | | 7 |

Fonte: São Paulo - HMLMB - 2022

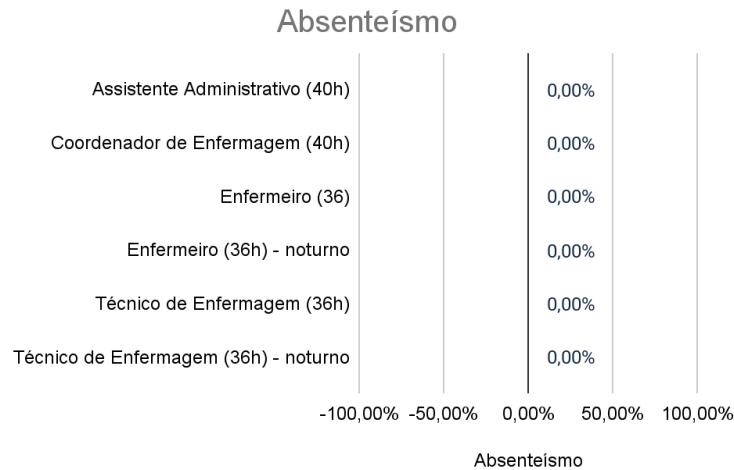
Mediante o quadro acima, verificamos que 104,7% da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho, o efetivo supera o previsto por conta da contratação de um técnico de enfermagem ferista neste período.

4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

| Setor | Cargo | Colaborador | Nº Conselho |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| Uti Materna - 6 Leitos | Assistente Administrativo (40h) | 01.Wesley Lohn Albuquerque | N/A |
| | Coordenador de Enfermagem (40h) | 02.Tamiris de Oliveira Martins | 395.448 |
| | Enfermeiro | 03.Ivone Prado Cruz Santos | 624232 |
| | | 04.Michele Felix de Castro | 404381 |
| | Enfermeiro (36h) - noturno | 05.Nayara Fernanda da Costa | 470916 |
| | | 06.Cátia Elaine Calastro | 541220 |
| | | 07.Simone Messias da Silva | 204926 |
| | Técnico de Enfermagem | 08.Adrielle Rodrigues | 807366 |
| | | 09.Denise Jeanete Rodrigues | 1583997 |
| | | 10.Efigênia de Freitas | 807386 |
| | | 11.Katia Alves | 1528682 |
| | | 12.Magna O. a Silva Araujo | 1144348 |
| | | 13.Marinalva Moretti Rogério | 1139899 |
| | | 14.Tânia da Costa Dinamarca | 1121040 |
| | | 15.Marcela Ribeiro Martins | 254902 |
| | Técnico de Enfermagem (36h) - noturno | 16.Elaine Cristina O.dos Santos | 1493164 |
| | | 17.Ranielli Aparecida | 1652014 |
| | | 18.Rafhaela Moreira Vitalino | 1511542 |
| | | 09.Quelcilene de Paula | 936670 |
| | | 20.Sueli Gomes Barbosa | 92256 |
| | | 21.Sandra Rodrigues Vieira | 968412 |
| | | 22.Claudia dos S.L. Gonçalves | 1646933 |

4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.3.1 Absenteísmo



Análise crítica: Mediante o cenário de vinte e dois (22) colaboradores (CLT), e 09 colaboradores (PJ), foram identificados o total de 07 dias de ausências durante o período de referência, sendo:

- 02 (dois) dias por motivos justificados por meio de atestado médico (Assistente Administrativo)
- 05 (cinco) dias por motivos justificados por meio de atestado médico (Técnico de Enfermagem)

4.3.2 Turnover

Análise crítica: Não tivemos Turnover nesse período.

4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

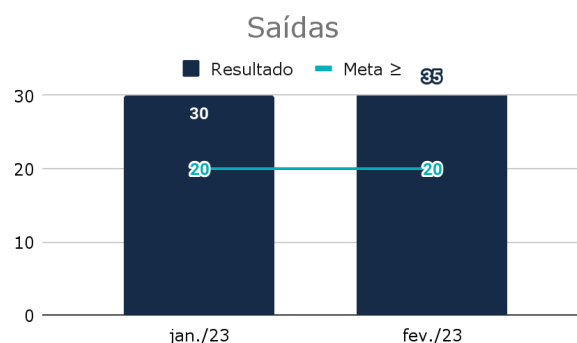
Análise crítica: Não tivemos nenhum caso de CAT neste mês

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

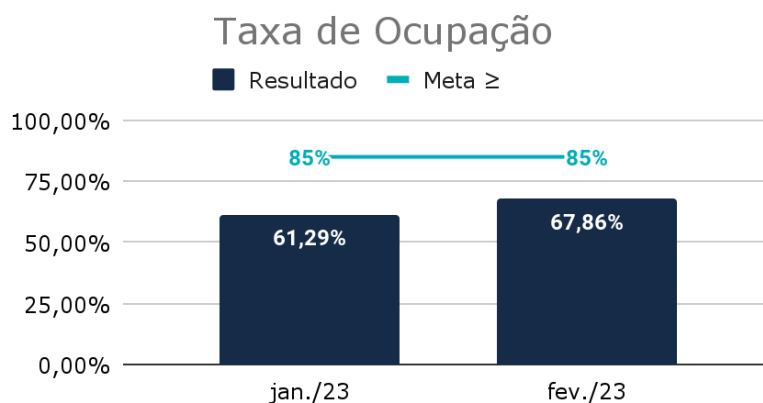


| Tipo de Saída | Nº de Saídas |
|--------------------------|--------------|
| Alta | 0 |
| Evasão | 1 |
| Transferência Interna | 34 |
| Transferência Externa | 0 |
| Óbitos < 24h | 0 |
| Óbitos > 24h | 0 |
| Total | 35 |

Análise crítica: No período analisado tivemos 35 saídas. Meta contratual atingida. Tivemos 01 Desistência de Tratamento.

- Desistência de Tratamento: Paciente M.V.F.S., admitida na Uti dia 17/02 às 22:05 com HD: Síndrome colestática + Colelitíase + Gestante 27 semanas, porém no ato da admissão paciente se recusa a ser monitorizada e realizar exames admissionais (rotina da Uti), às 00:20 paciente desiste de seu tratamento, orientada pela equipe médica e de enfermagem, sai acompanhada de seu esposo da UTI.

5.1.2 Taxa de Ocupação

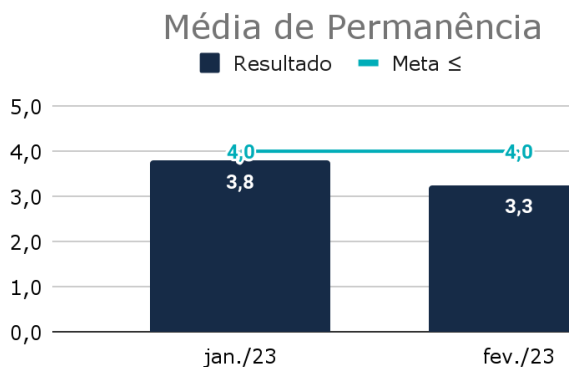


| Nº Paciente-dia | Nº Leito-dia |
|-----------------|--------------|
| 114 | 168 |

Análise crítica: No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 67,86%. Informamos que todas as vagas solicitadas foram prontamente atendidas.

5.2 Indicadores - Qualitativos

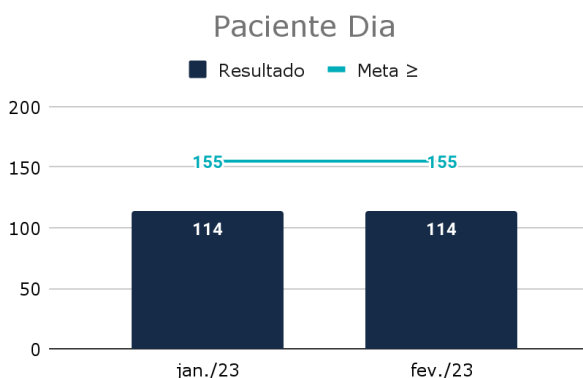
5.2.1 Média de Permanência



| Nº Paciente-dia | Nº de Saídas |
|-----------------|--------------|
| 114 | 35 |

Análise crítica: Nesse mês tivemos uma média de permanência de 3,3 dias. Atingido a meta pactuada, tendo em vista que diariamente em visita multi 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.

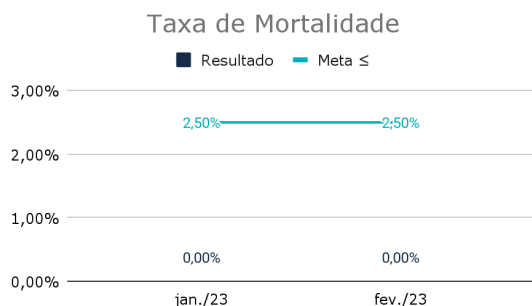
5.2.2 Paciente Dia



| Nº Admissões | Giro de Leito |
|--------------|---------------|
| 34 | 5,83 |

Análise crítica: No período avaliado na UTI Materna tivemos 114 pacientes-dia, realizamos 34 admissões e 35 saídas, apresentando giro de leito de 5,83 vezes.

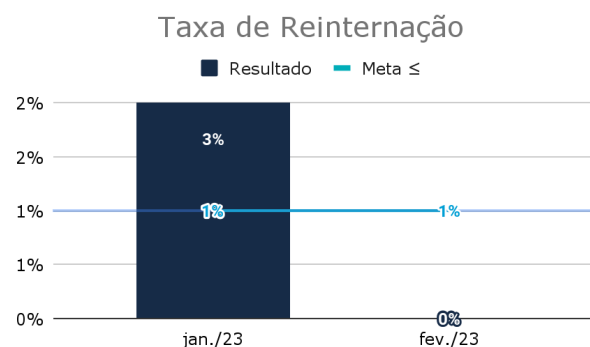
5.2.3 Taxa de Mortalidade



| Nº Óbitos | Nº de Saídas |
|-----------|--------------|
| 0 | 35 |

Análise crítica: Não tivemos nenhum óbito nesse período. Meta contratual atingida.

5.2.4 Taxa de Reinternação

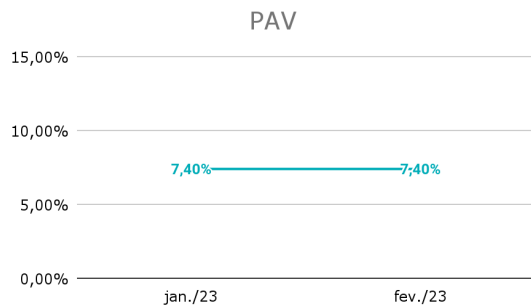


| Nº Reinternações | Nº de Saídas |
|------------------|--------------|
| 0 | 35 |

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

5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

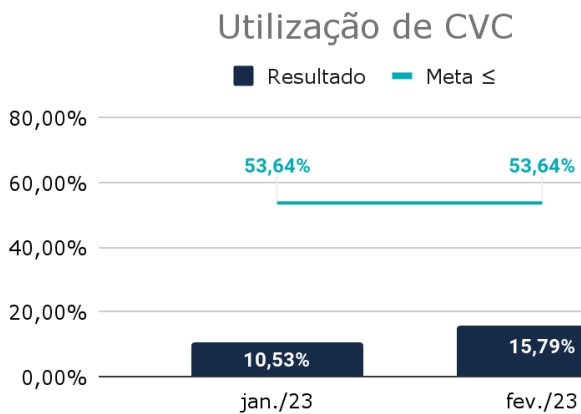
5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)



Análise crítica: Não tivemos Pav nesse período. Meta contratual atingida.

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

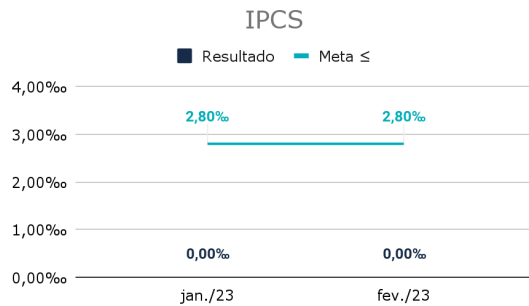
5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)



Análise crítica: Atingimos a meta pactuada, tendo em vista a cultura dos médicos intensivistas em desinvadir o mais precoce possível os pacientes com cateteres centrais.

| Nº Paciente-dia com CVC | Nº Paciente-dia |
|-------------------------|-----------------|
| 18 | 114 |

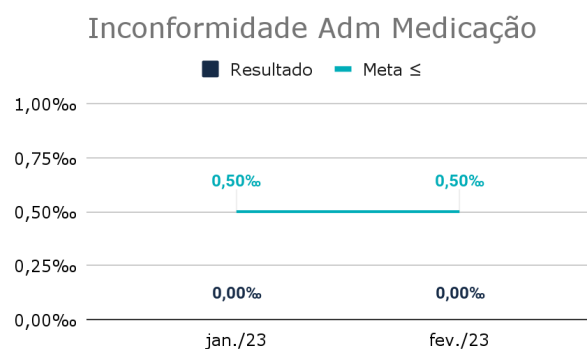
5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



Análise crítica: Não ocorreu nenhuma infecção primária da corrente sanguínea relacionada a cateter vascular central, nesse período. Meta contratual atingida.

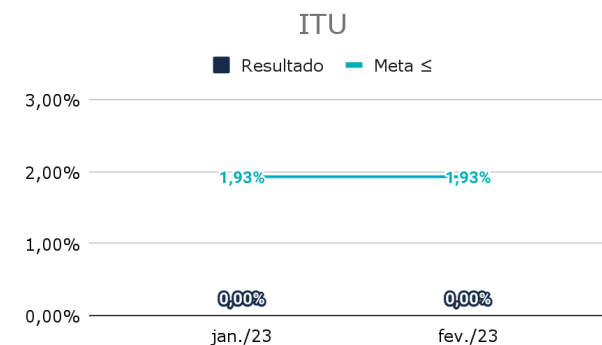
| Nº Casos novos de IPCS | Nº Paciente-dia com CVC |
|------------------------|-------------------------|
| 0 | 18 |

5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Análise crítica: Não ocorreu nenhuma não conformidade na administração de medicamentos esse mês. Meta contratual atingida.

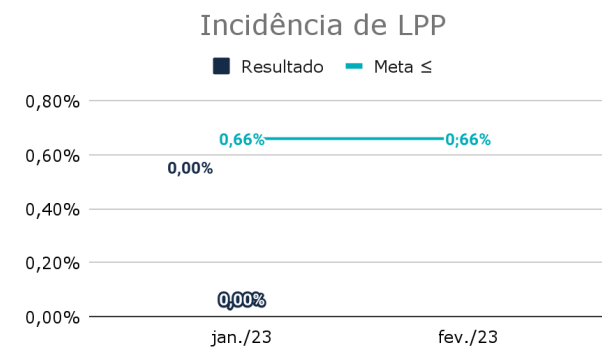
5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Análise crítica: Não ocorreu nenhuma infecção do trato urinário nesse período. Meta contratual atingida.

| Nº Casos novos de ITU | Nº Paciente-dia com SVD |
|-----------------------|-------------------------|
| 0 | 27 |

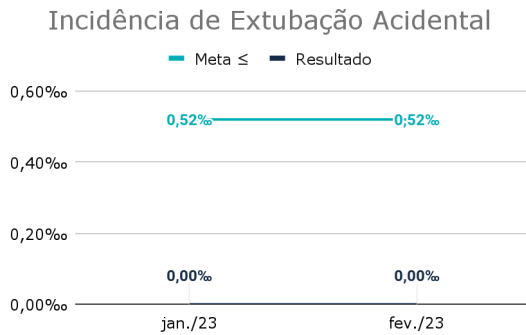
5.3.6 Índice de úlcera por pressão



Análise crítica: Não ocorreu nenhuma lesão por pressão nesse período. Meta contratual atingida.

| Nº Casos novos de LPP | Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP |
|-----------------------|--|
| 0 | 114 |

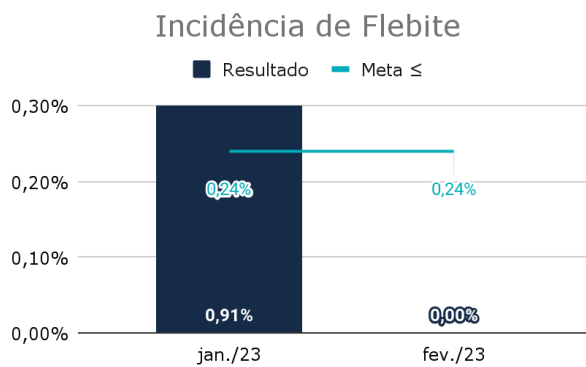
5.3.7 Incidência de Extubação Acidental



Análise crítica: Não ocorreu nenhuma extubação acidental no período. Meta contratual atingida.

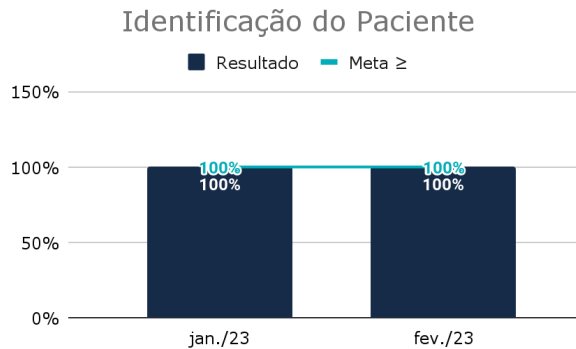
| Nº de Extubação não planejada | Nº Pacientes-dia Intubado |
|-------------------------------|---------------------------|
| 0 | 0 |

5.3.8 Incidência de Flebite



Análise crítica: Não tivemos flebite nesse período. Meta contratual atingida.

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.

| Nº Paciente-dia com pulseira de identificação | Nº Paciente-dia |
|---|-----------------|
| 114 | 114 |

5.3.10 Evolução dos Prontuários



Análise crítica: Durante o mês de referência todos os prontuários analisados foram 100% evoluídos em conformidade com o estipulado pela comissão de prontuários.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

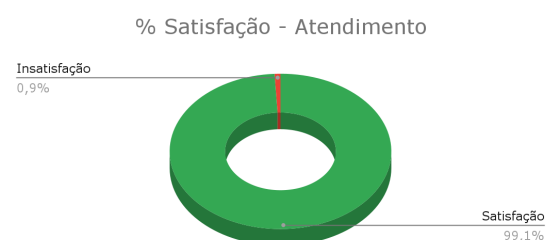
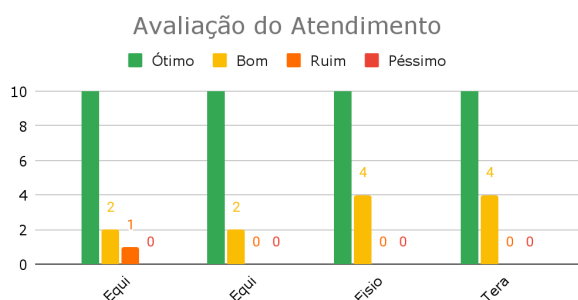
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade.

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

No período avaliado, tivemos o total de 29 formulários preenchidos. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

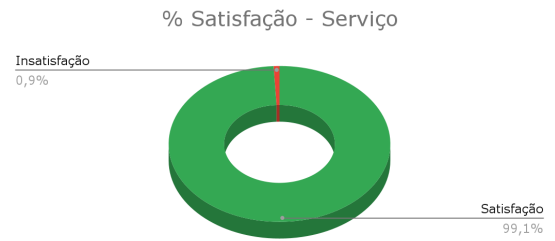
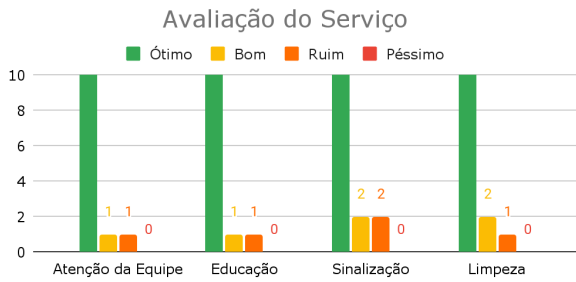
6.1.1 Avaliação do Atendimento

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 99,1% , demonstrando uma percepção positiva ao atendimento.



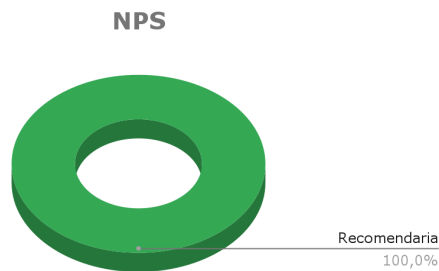
6.1.2 Avaliação do Serviço

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 99,1% dos usuários.



6.1.3 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a satisfação do usuário em relação a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado, 100% dos usuários recomendariam o serviço.



7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

- Treinamento Fevereiro Laranja e Roxo (Temas: Fibromialgia, Lupus, Leucemia e Alzheimer)





- Treinamento Reanimação Parada Cardiorespiratória





São Paulo, 14 de Março de 2023



Sirlene Dias Coelho
Gerente de Serviços de Saúde
CEGISS - CEJAM