

Relatório de Atividades Assistenciais

**Hospital e Maternidade Leonor
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva
Materna**

Convênio n.º00023/2022

Maio

2025

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	4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	4
1.2 Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros - Convênio n.º 00023/2022	5
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	6
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	6
4. FORÇA DE TRABALHO	6
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT	6
4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT	6
4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas	7
4.3.1 Absenteísmo	7
4.3.2 Turnover	8
4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	8
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	9
5.1 Indicadores - Quantitativos	9
5.1.1 Saídas	9
5.1.2 Taxa de Ocupação	10
5.2 Indicadores - Qualitativos	11
5.2.1 Média de Permanência	11
5.2.2 Paciente Dia	12
5.2.3 Taxa de Mortalidade	13
5.2.4 Taxa de Reinternação	14
5.3 Indicadores - Segurança do Paciente	15
5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)	15
5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)	16
5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	17
5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	18
5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	18
5.3.6 Incidência de Queda	19
5.3.7 Índice de úlcera por pressão	19
5.3.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	21
5.3.9 Incidência de Extubação Acidental	22
5.3.10 Incidência de Flebite	23
5.3.11 Adesão às metas de Identificação do Paciente	24
5.3.12 Evolução dos Prontuários	25
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO	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 31 de maio de 2025**.

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	2	✓
	Enfermeiro (36h) - noturno	3	3	✓
	Técnico de Enfermagem (36h)	7	8	↑
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	7	7	✓
Total		21	22	↑

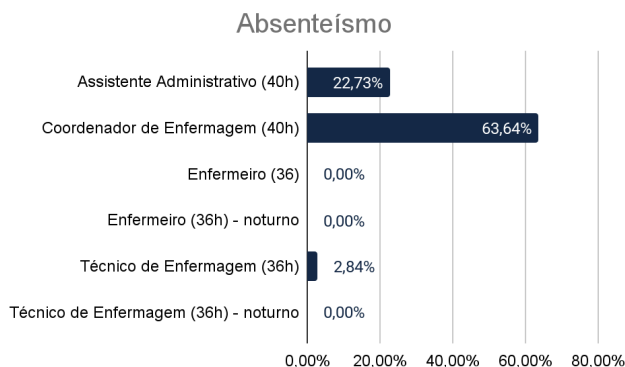
Análise Crítica: Mediante o quadro acima, verificamos que 105 % da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho. O efetivo supera o previsto devido a contratação anteriormente de uma (1) técnica de enfermagem para cobertura de férias.

4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

A relação nominal dos profissionais CLT está disponível na folha de pagamento analítica que acompanha o documento de prestação de contas como anexo.

4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.3.1 Absenteísmo

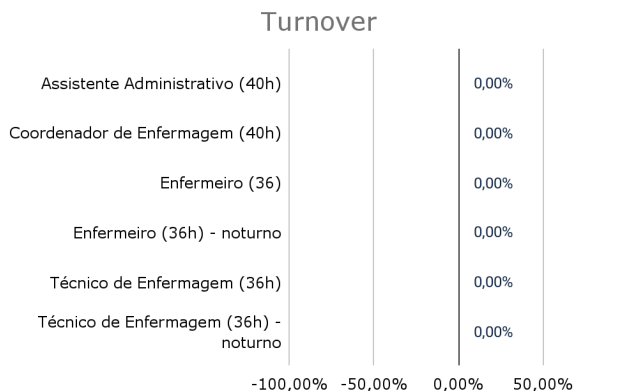


Análise crítica: No mês de abril tivemos 24 (vinte e quatro) dias de ausência justificado por meio de atestado médico

- Técnica de Enfermagem K.A.S - 02 dias
- Técnica de Enfermagem A.R.S. - 03 dias
- Assistente administrativa J.S.M. - 05 dias
- Coordenador de enfermagem C.R.S.H. - 14 dias

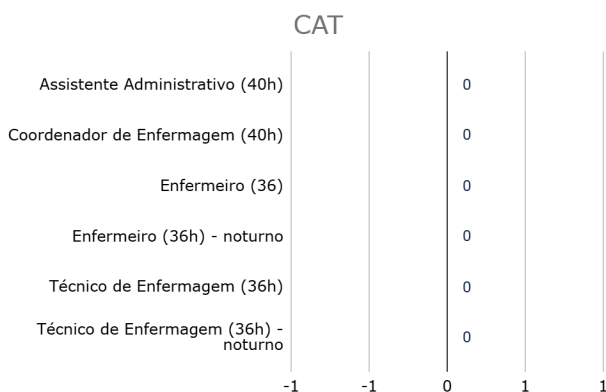
As ausências foram cobertas por profissionais da própria Unidade, com remanejamentos, efetivando a cobertura necessária para o atendimento dos pacientes na UTI sem prejuízo para a assistência.

4.3.2 Turnover



Análise crítica: No mês de maio não tivemos pedidos de desligamentos, admissões e demissões. O quadro de colaboradores está de acordo com o previsto.

4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



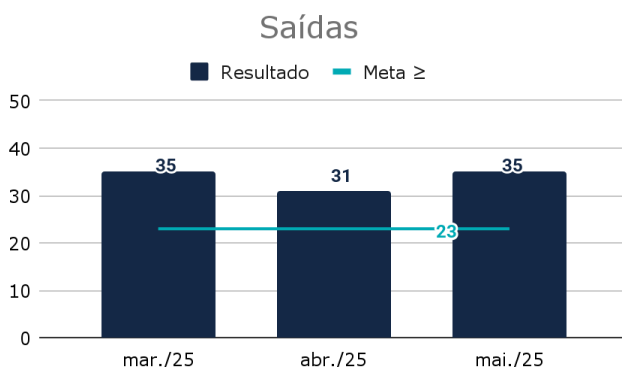
Análise crítica: Neste período não tivemos comunicação de acidente de trabalho. Os membros da CIPA realizam orientações voltadas para os colaboradores a fim de esclarecer dúvidas e reforçar práticas que evitam a ocorrência do acidente.

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



Saídas

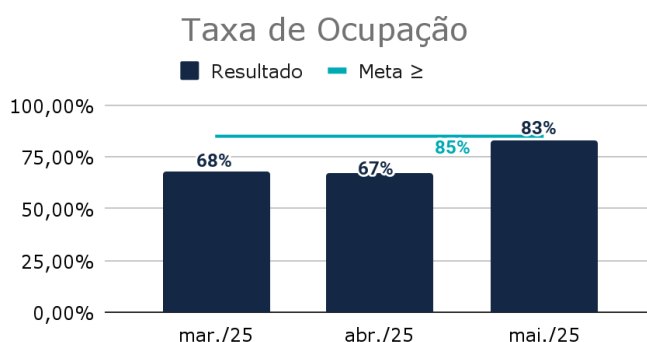
Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão	2
Transferência Interna	32
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	1
Óbitos > 24h	0
Total	35

Análise crítica: No período analisado tivemos 35 saídas, sendo 32 transferências internas direcionadas para enfermaria, 02 evasões e 01 óbito <24h.

Paciente L.C.A.G., 23 anos, gestante de 31 semanas, internada na UTI Materna em 07/05/2025 com HD de pielonefrite, não aceitou o tratamento proposto, expressando sua vontade de ir embora, foi orientada sobre os riscos da descontinuidade do tratamento, mesmo após as orientações a paciente solicita a descontinuidade do tratamento e evade no mesmo dia da internação.

Paciente F.M.A.L., 32 anos, gestante de 22 semanas, com HD de H1NI + DM1 internada no dia 09/05/2025, no dia 13/05/2025 paciente expressa desejo de evadir de UTI, não aceita dar continuidade em seu tratamento, equipe orienta sobre a necessidade de seguir com o acompanhamento na UTI e os riscos da descontinuidade, ela permanece enfática de evasão, comunicado à equipe multiprofissional e evade.

5.1.2 Taxa de Ocupação



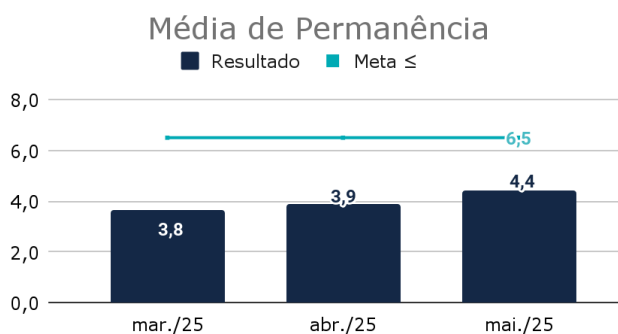
Ocupação

Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
154	186

Análise crítica: No período analisado tivemos uma **Taxa de Ocupação de 83 %**. 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

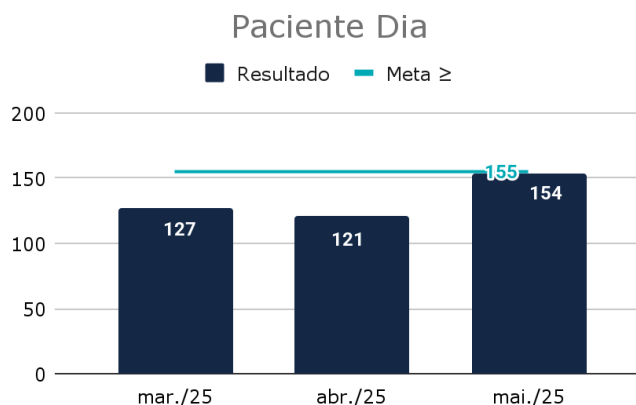


Permanência

Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
154	35

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



Paciente Dia

Nº Admissões	Giro de Leito
35	5,83

Análise crítica: No período avaliado tivemos 154 pacientes dia, 35 admissões e 35 saídas, apresentando giro de leito de 5,83 vezes. Indicador abaixo da meta estabelecida pois é diretamente dependente da taxa de ocupação.

Das pacientes admitidas na UTI:

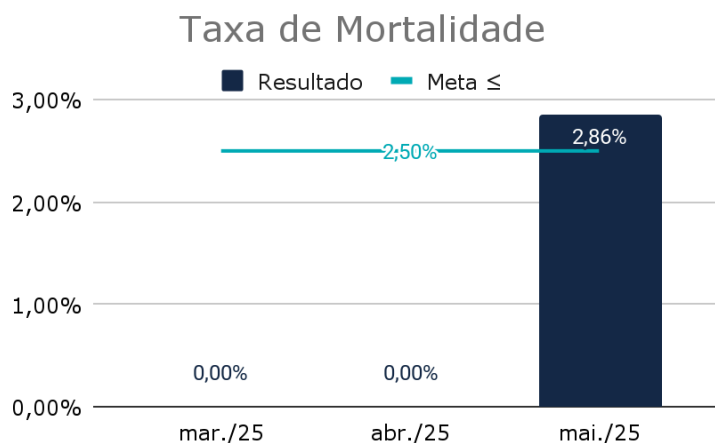
45,71% foram pacientes cirúrgicos, provenientes do centro cirúrgico e centro obstétrico;

54,82% foram pacientes clínicos, proveniente da clínica médica (lado A e B) e pronto socorro.

Dentre essas admissões foram: 48,57% Puérpera, 31,42% Gestante e 20% Ginecológicas.

A pré-eclâmpsia foi a principal patologia de internação durante este período na UTI materna com 25,71% das internações.

5.2.3 Taxa de Mortalidade

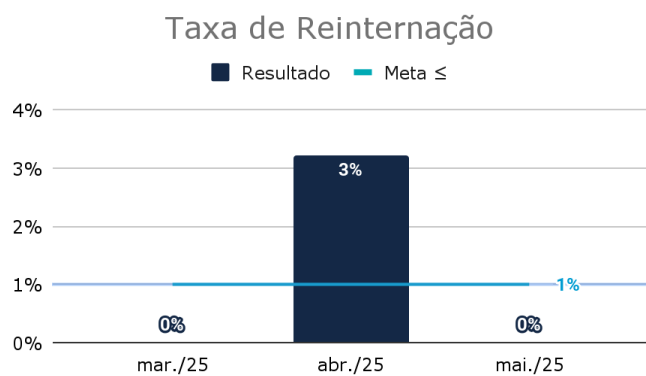


Análise crítica: No mês de fevereiro a taxa de mortalidade foi igual a 2,86 % , ficando acima da meta contratual. No entanto, a análise objetiva dos óbitos utilizando o Sistema de Pontuação Simplificado (SAPS 3) e o Standardized Mortality Ratio (SMR), ou Taxa de Mortalidade Padronizado, demonstram que a **mortalidade esperada** no mês de maio para a UTI Materna era de **5,32%** enquanto a **mortalidade real foi de 3,03 %**. Isso resultou em um **SMR de 0,56%** , indicando que a mortalidade foi menor que a esperada. Realizamos avaliação de gravidade de todas as pacientes da UTI diariamente, ajustando as terapias conforme as demandas dos casos clínicos.

Paciente M.C.T., 43 anos admitida na UTI materna em 17/05/2025 proveniente do pronto socorro, taquicardica, taquipneica, dispneica, hipocorada, saturando 80% em cateter nasal 5l/m, extremidades frias, com SAPS3 de 80 e a probabilidade de morte foi de 73,60%.

Aberto protocolo de sepse, instalado máscara não reinalante a 15 l/m pela fisioterapeuta, realizado três ciclos de VNI (ventilação não invasiva) sem sucesso, realizado discussão em equipe multiprofissional sobre o caso da paciente e foi optado pela IOT (intubação orotraqueal) com sucesso, após 20 minutos evoluiu para uma PCR (parada cardiorrespiratória), realizado protocolo de RCP (ressucitação cardio respiratório) e evolui para óbito em menos de 24 horas de internação.

5.2.4 Taxa de Reinternação



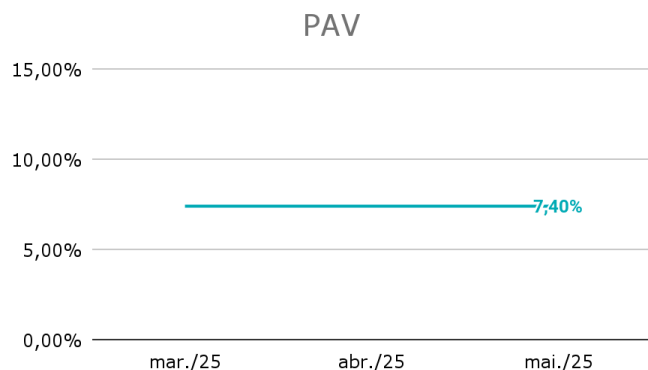
Reinternação < 24h

Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	35

Análise crítica: No mês de maio não tivemos reinternações em menos de 24 horas após a alta da UTI Materna.

5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

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

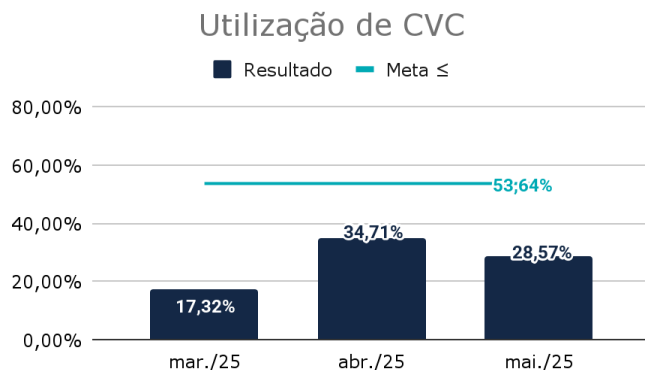


DI PAV

Nº Casos novos de PAV	Nº Paciente-dia em VM
0	01

Análise crítica: No mês de maio tivemos 01 paciente-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)

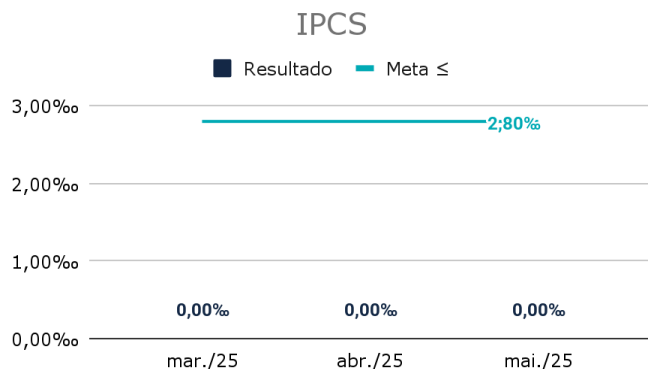


Utilização CVC

Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
44	154

Análise crítica: Em maio tivemos uma taxa de utilização de cateter venoso central igual a 28,57 % ficando dentro da meta contratual . 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

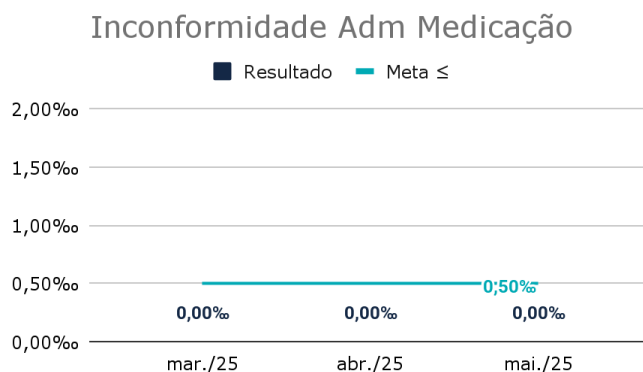


DI IPCS

Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	44

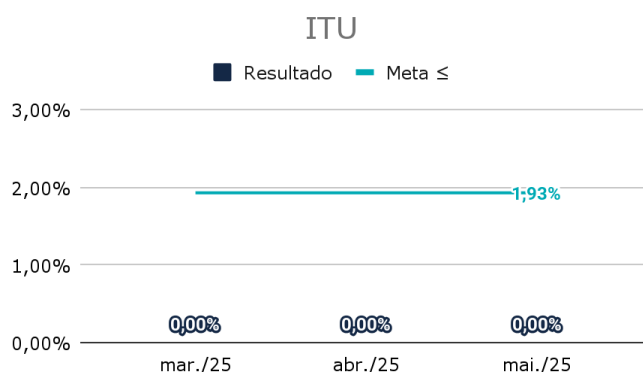
Análise crítica: No mês de maio não tivemos infecção primária relacionada ao uso de CVC. Meta contratual atingida.

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



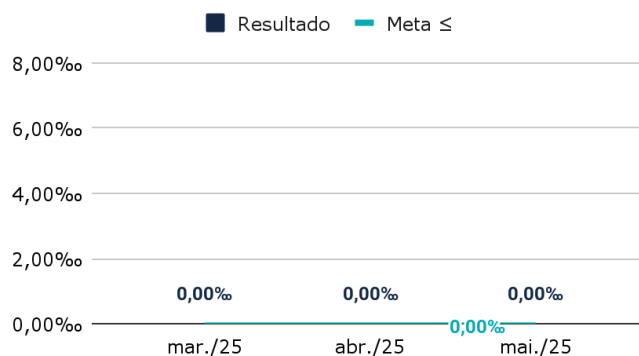
DI ITU

Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	54

Análise crítica: Neste período tivemos 54 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

Incidência de queda de paciente

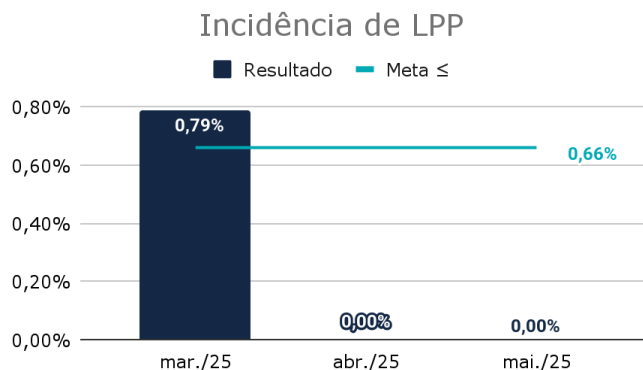


Incidência de queda

Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	154

Análise crítica. Durante o mês de maio 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

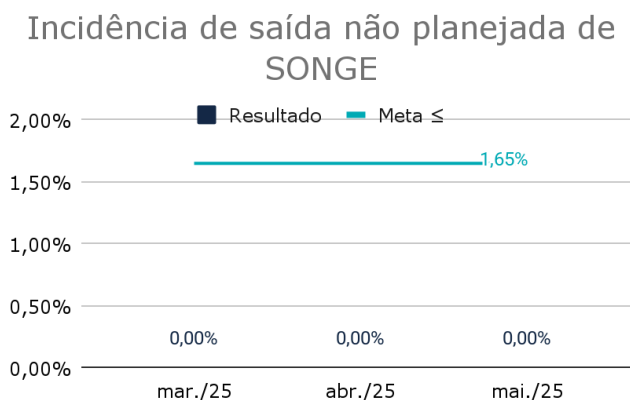


LPP

Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
0	154

Análise crítica: Durante o mês de maio não tivemos pacientes internadas com complexidade assistencial, porém mantemos os cuidados 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

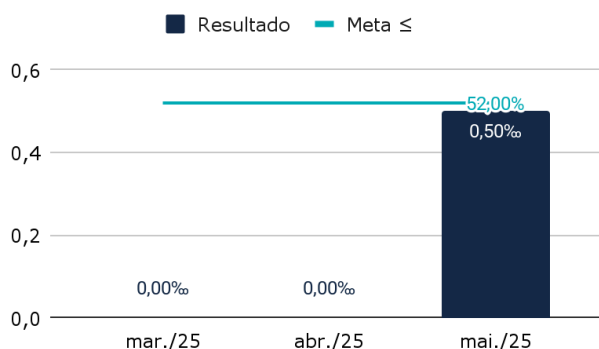


Incidência de saída não planejada	
Nº Saída não planejada de SONGE	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	1

Análise crítica: No mês de maio 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

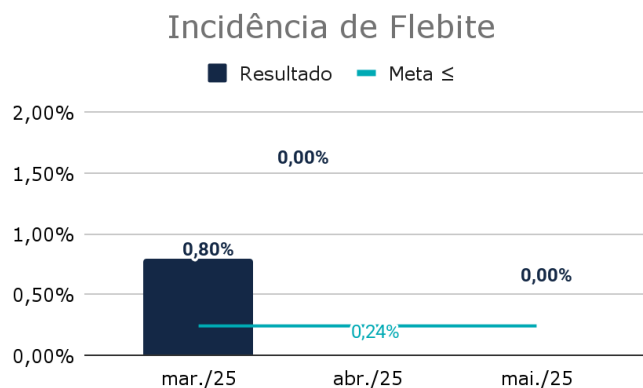


Incidência de Extubação	
Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
1	3

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

Paciente J.M.C.P., 20 anos, iniciou o protocolo de extubação orotraqueal, após a retirada da sedação a paciente teve uma extubação acidental, permaneceu em ventilação espontânea, instalado cateter nasal 2 l/m sob vigilância, retirado cateter nasal e seguiu respirando espontaneamente. Incidente sem dano para paciente.

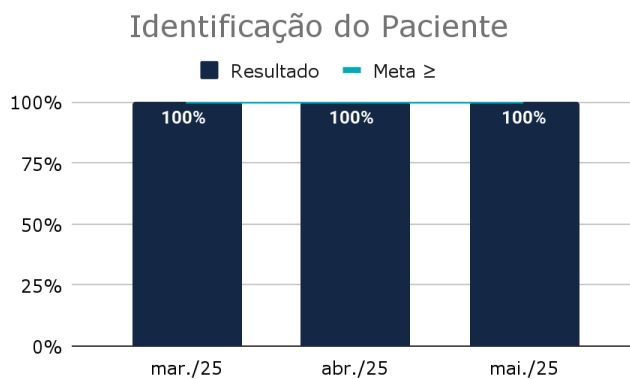
5.3.10 Incidência de Flebite



Índice de Flebite	
Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	155

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

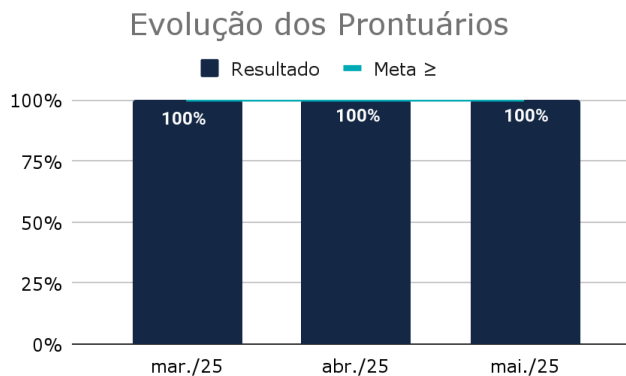
5.3.11 Adesão às metas de Identificação do Paciente



Nº Paciente-dia com pulseira de identificação	Nº Paciente-dia
154	154

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



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.

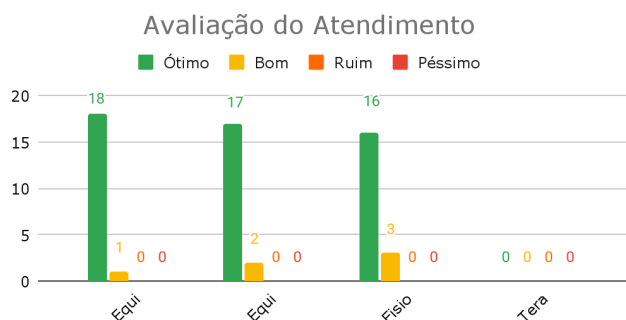
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

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.

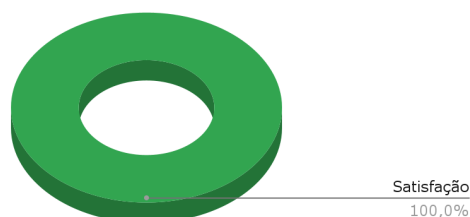
No período avaliado, tivemos o total de **19 pesquisas preenchidas**. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

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 **100%**, demonstrando uma percepção positiva ao atendimento.

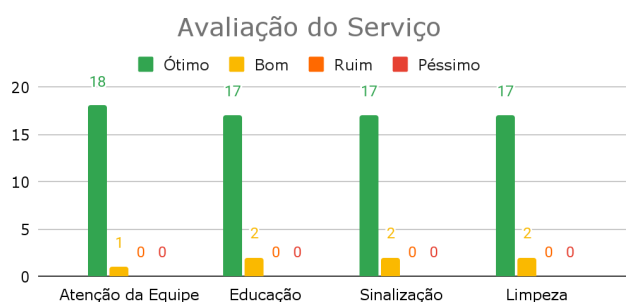


% Satisfação - Atendimento

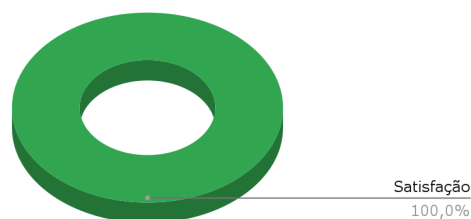


6.1.2 Avaliação do Serviço

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.



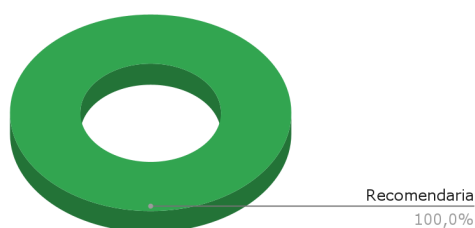
% Satisfação - Serviço



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

- Comemoração de dia das mães, um momento de muitas trocas e carinhos entre as mães da UTI materna.





São Paulo, 05 de Junho de 2025



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

Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional