

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Hospital e Maternidade Leonor  
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva  
Materna**

**Convênio n.º00023/2022**

**Abril**

**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

<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	9
4.3.2 Turnover	9
4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	9
<b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>	<b>9</b>
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
<b>6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO</b>	<b>19</b>
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
<b>7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO</b>	<b>22</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 Abril de 2023**.

## 4. FORÇA DE TRABALHO

### 4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

A equipe de trabalho prevista é composta por 22 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	✓
<b>Total</b>		<b>21</b>	<b>22</b>	↑

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 para cobertura de férias neste período.

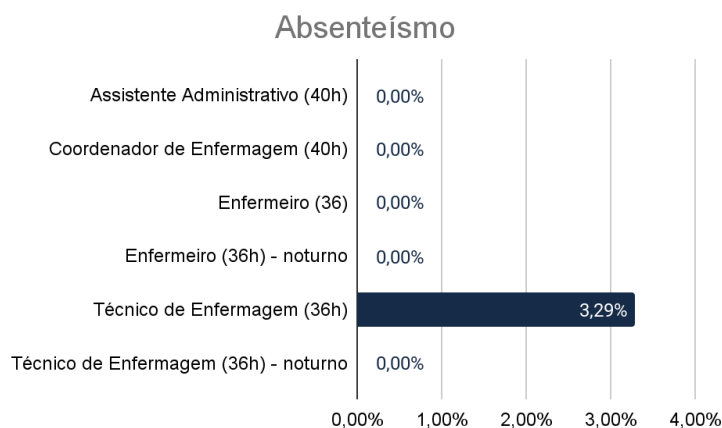
#### 4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

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) foram identificados o total de 05 (cinco) dias de ausências durante o período de referência, sendo:

- 03 (três) dias por motivos justificados por meio de atestado médico (Katia Alves dos Santos - Técnico de Enfermagem Diurno).
- 02 (dois) dias por motivos justificados por meio de atestado médico (Tania da Costa Dinamarca - Técnico de Enfermagem Folguista).

Posto de trabalho preenchido com colaboradores realizando banco de horas.

#### 4.3.2 Turnover

---

**Análise crítica:** Não tivemos Turnover nesse período.

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

---

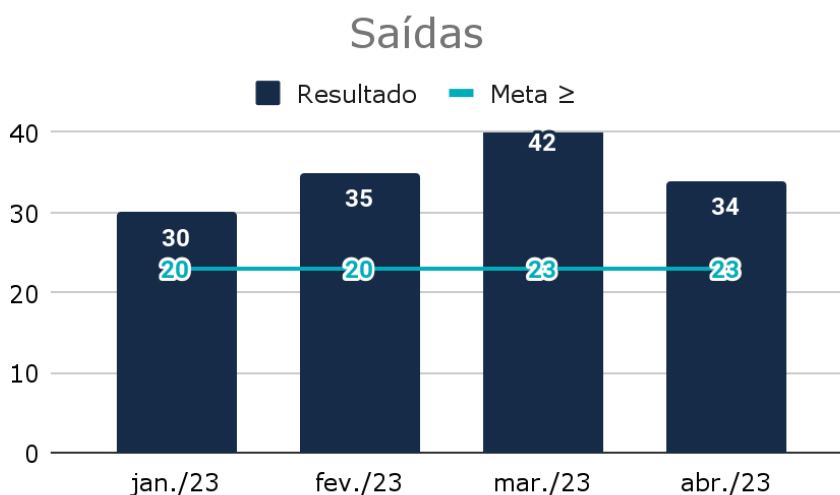
**Análise crítica:** Não tivemos nenhum acidente de Trabalho nesse período. A Equipe da Cipa realiza mensalmente atividades e treinamentos voltados para os colaboradores ( Tema Trabalhado neste mês: Assédio Moral no Trabalho, Cuidados Pessoais, Combate à Obesidade e Prevenção e Combate à Hipertensão).

### 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



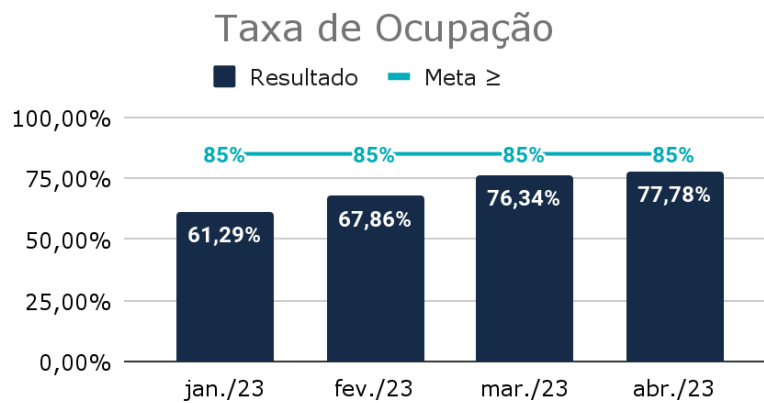
Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Desistência de Tratamento	1
Transferência Interna	33
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
<b>Total</b>	<b>34</b>

**Análise crítica:** No período analisado tivemos 34 saídas ( Sendo 33 transferências internas e 01 Desistência de Tratamento. Meta contratual atingida.

- Desistência do Tratamento:** Paciente K.G.R. , admitida no dia 18/04 proveniente do Pronto Atendimento com HD: Gestante 27 semanas + Ataque Isquêmico Transitório. Antecedentes Pessoais: Epilepsia em tratamento com fenobarbital e alergia a dipirona. Na admissão: Paciente ao acordar apresenta mioclonia na pálpebra direita e após duas horas iniciou sintoma de paresia MSD e MID, evoluiu com diminuição da força do MSD. Após admissão na Uti foi solicitada avaliação de Neurologia e Inclusão da Ficha no sistema Cross. Na data do dia 20/04 , paciente em regular estado

geral, vigil, consciente e orientada , colaborativa , hemodinamicamente estável sem drogas vasoativas, referindo recuperação completa do déficit neurológico, sem déficit motor ou sensitivo. Aguardando avaliação da Neurologia. Paciente desiste do tratamento, orientada pela equipe multiprofissional sobre os riscos de apresentar novos episódios , porém recusa o tratamento intra hospitalar, às 11:00 paciente se retira da UTI acompanhada de seu familiar.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação

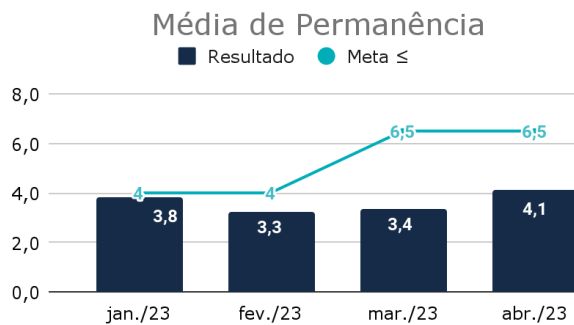


Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
140	180

**Análise crítica:** No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 77,78%. Informamos que todas as vagas solicitadas 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. Durante visita multiprofissional é verificado possíveis casos que estejam nos demais setores do Hospital que necessitam de cuidados intensivos, com isso percebemos um crescimento contínuo nesta taxa.

## 5.2 Indicadores - Qualitativos

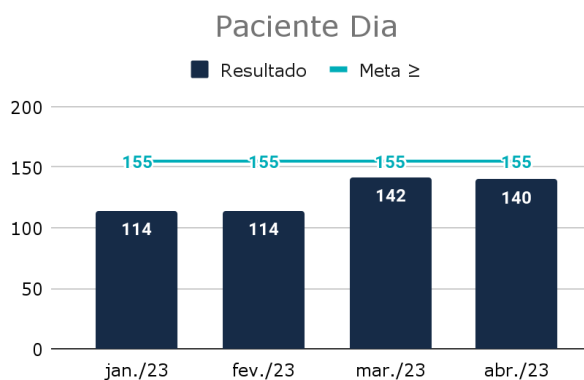
### 5.2.1 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
140	34

**Análise crítica:** Nesse mês tivemos uma média de permanência de 4,1 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.

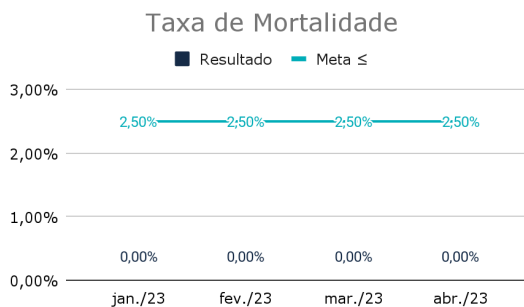
### 5.2.2 Paciente Dia



Nº Admissões	Giro de Leito
34	5,67

**Análise crítica:** No período avaliado na UTI Materna tivemos 140 pacientes-dia, realizamos 34 admissões e 34 saídas, apresentando giro de leito de 5,67 vezes.

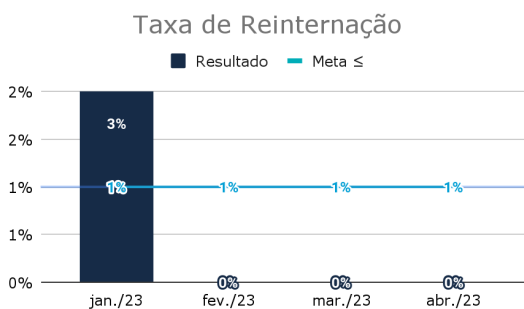
### 5.2.3 Taxa de Mortalidade



Nº Óbitos	Nº de Saídas
0	34

**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

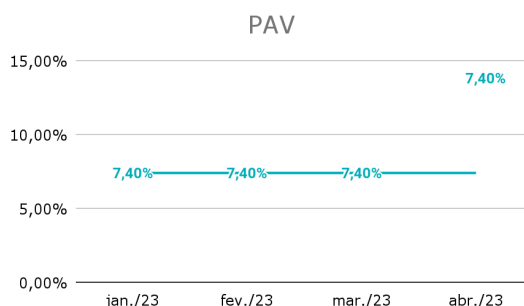


Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	34

**Análise crítica:** Não tivemos nenhuma reinternação nesse período. Atingimos 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.

### 5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

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



Nº Casos novos de PAV

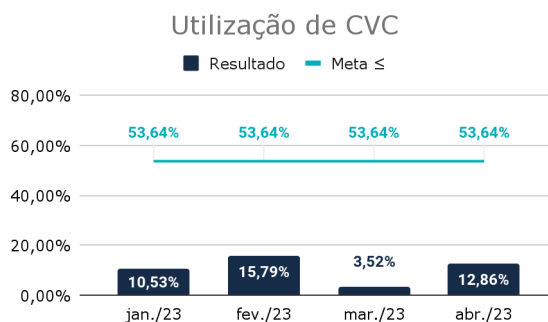
Nº Paciente-dia em VM

0

4

**Análise crítica:** Não tivemos Pav nesse período. Meta contratual atingida. Todos pacientes em V.M. foram acompanhados por toda a equipe multiprofissional que seguem o Bundle de Pav realizando todos os cuidados de Prevenção ( Cabeceira Elevada 30 a 45 graus, Higienização da Mãos, Higiene Oral com Clorexidina 0,12% 3x ao dia, Pressão Cuff ).

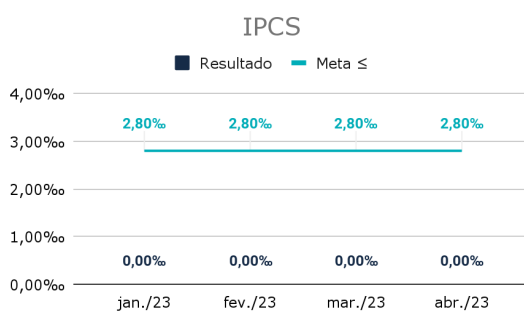
### 5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)



Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
18	140

**Análise crítica:** Tivemos neste período 18 pacientes- dia com CVC. Atingimos a meta pactuada, tendo em vista a cultura dos médicos intensivistas em desinvadir o mais precoce possível os pacientes com cateteres centrais.

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

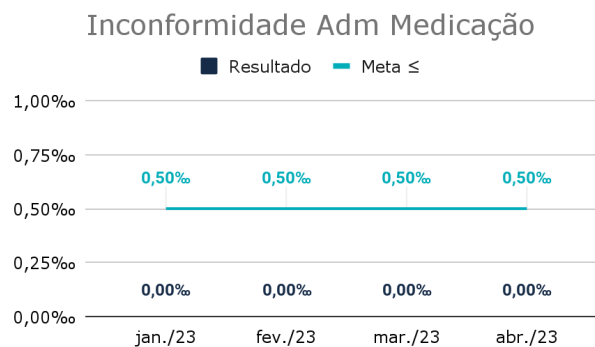


Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	18



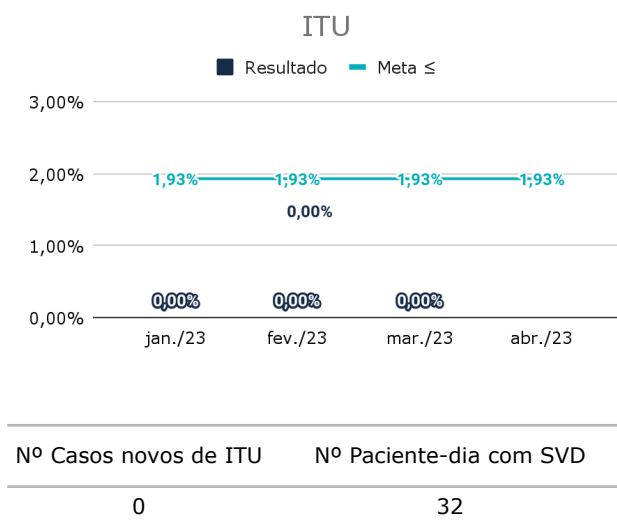
**Análise crítica:** Não ocorreu nenhuma infecção primária da corrente sanguínea relacionada a cateter vascular central, nesse período. Meta contratual atingida. Todos os pacientes em uso de CVC são acompanhados pela equipe de enfermagem e médica, realizamos diariamente Bundle de CVC (Avaliado: Curativo com data e dentro da validade, curativo limpo e seco, possui sinais flogísticos, alguma necessidade de troca de curativo, conectores e extensores datados e também realizado auditoria do procedimento).

### 5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



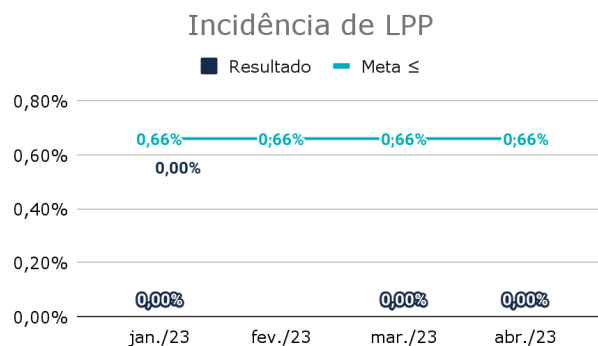
**Análise crítica:** Não ocorreu nenhuma não conformidade na administração de medicamentos esse mês. Meta contratual atingida. Todas as equipes de enfermagem estão treinadas e orientadas sobre a Meta 3 de Segurança do Paciente (Medicação Segura), é disponibilizado no Setor uma lista de Medicamentos Potencialmente Perigosa, onde a medicação deve ser realizada em dupla checagem (ambos profissionais carimbam a prescrição médica) e estão armazenadas em caixas diferentes das medicações de menor risco.

### 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. Tivemos 32 paciente-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).

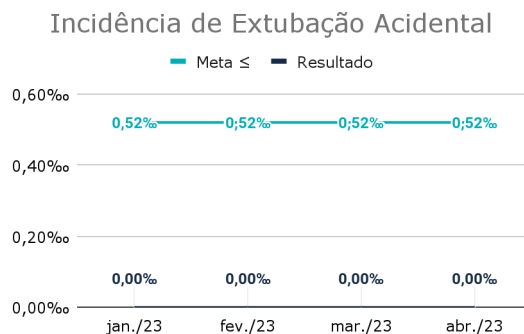
### 5.3.6 Índice de úlcera por pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
0	140

**Análise crítica:** Não ocorreu nenhuma lesão por pressão nesse período. Meta contratual atingida. Tivemos 140 pacientes-dia expostos ao risco durante esse mês. Realizamos vários cuidados de prevenção como: realização e estimulação de mudança de decúbito, hidratação da pele, aplicação de placa de hidrocolóide, uso de colchão piramidal.

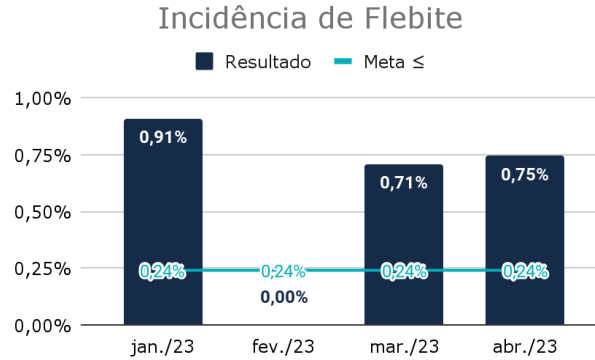
### 5.3.7 Incidência de Extubação Acidental



Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
0	4

**Análise crítica:** Não ocorreu nenhuma extubação acidental no período. Meta contratual atingida. Todos os processos de extubação foram devidamente acompanhados durante o despertar e realizados testes que permitiram evoluir os desmames tanto de sedação quanto ventilatórios sem intercorrências.

### 5.3.8 Incidência de Flebite



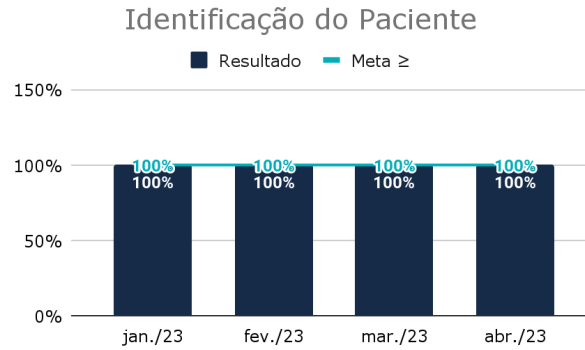
#### Índice de Flebite

Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
1	133

**Análise crítica:** Paciente A.V.B., admitida no dia 14/04/2023 com HD: Anemia + Bicitopenia + Parto Cesárea dia 11/04. Apresentou-se hipocorada no dia 13/04, realizado exame de Hb com resultado de 5,0 quando foi realizada a transferência para a UTI. No setor foram realizadas 02 transfusões com concentrado de hemáceas (13/04), sendo necessário mais 02 transfusões de concentrados de hemácias (15/04). Na data do dia 17/04 foi identificada hiperemia em inserção do cateter venoso.

Realizamos Treinamento com toda a equipe de enfermagem reforçando o Protocolo de Flebite, a importância de utilizar filme transparente na fixação do cateter para melhor visualização da inserção do mesmo, assim se surgir qualquer sinal flogístico o mesmo já deverá ser sacado e utilizarmos compressas mornas. Orientado sobre avaliação do calibre da veia e o calibre do dispositivo que será utilizado, localização, higienização das mãos, antissepsia correta no momento da punção, diluição de medicações, infusões rápidas, salinizar sempre com cloreto de sódio 0,9% com seringa adequada e troca de dispositivo até 96 horas. Diariamente os dispositivos devem ser avaliados pela equipe técnica e enfermeiros.

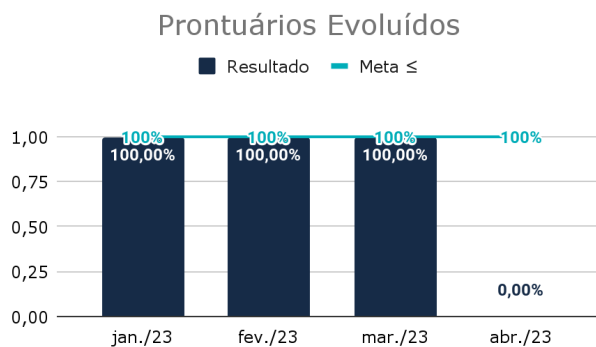
### 5.3.9 Adesão às metas de Identificação do Paciente



Nº Paciente-dia com pulseira de identificação	Nº Paciente-dia
140	140

**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



**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 e terapeuta ocupacional 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

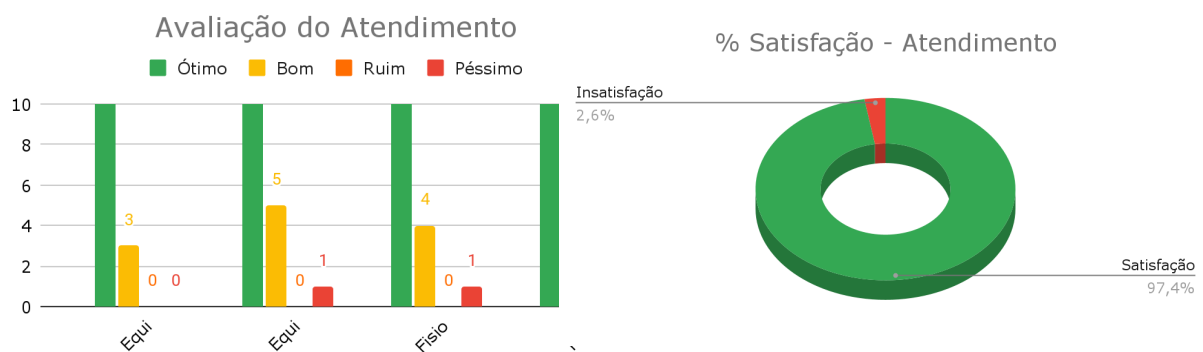
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares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

### 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

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

#### 6.1.1 Avaliação do Atendimento

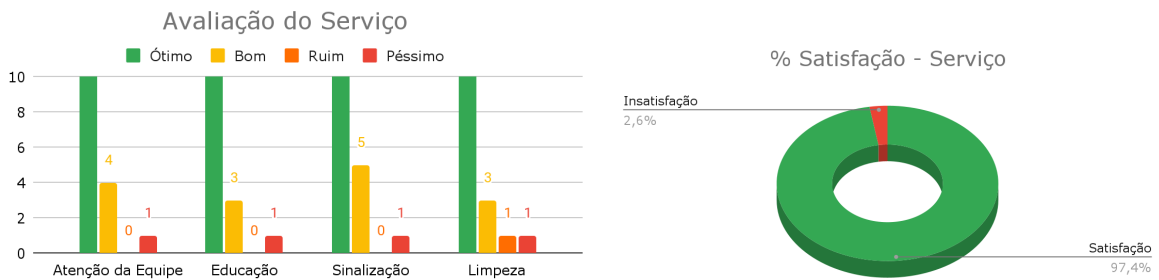
O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento da equipe de enfermagem, equipe médica, fisioterapia e terapeuta ocupacional. No período, tivemos uma satisfação de 97,4 % , demonstrando uma percepção positiva ao atendimento.





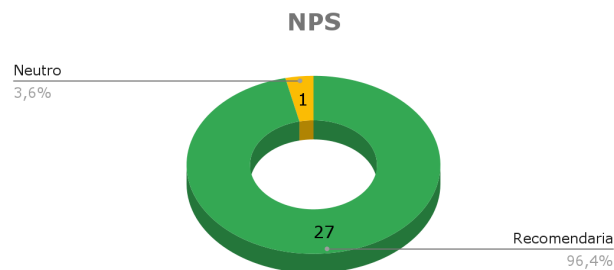
### 6.1.2 Avaliação do Serviço

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 97,4 % dos usuários.



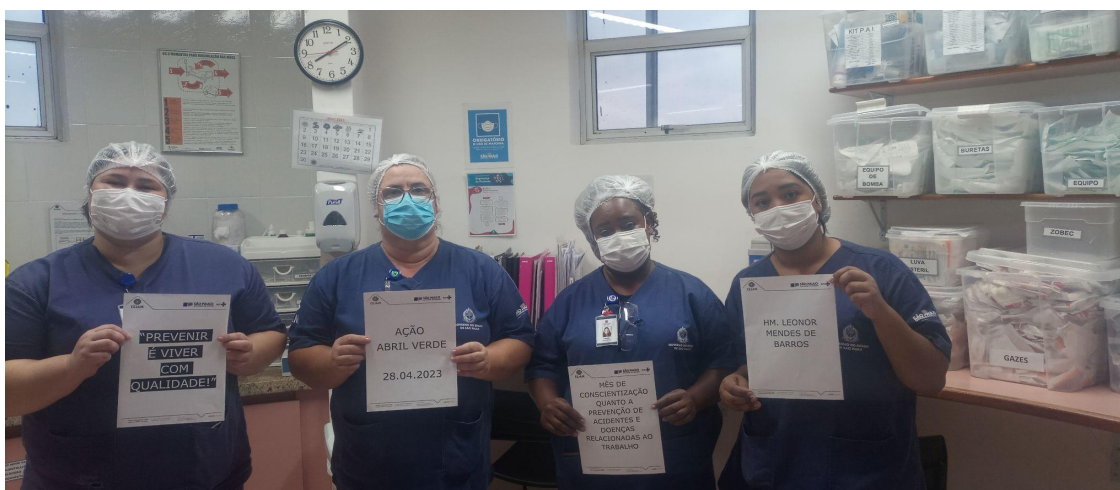
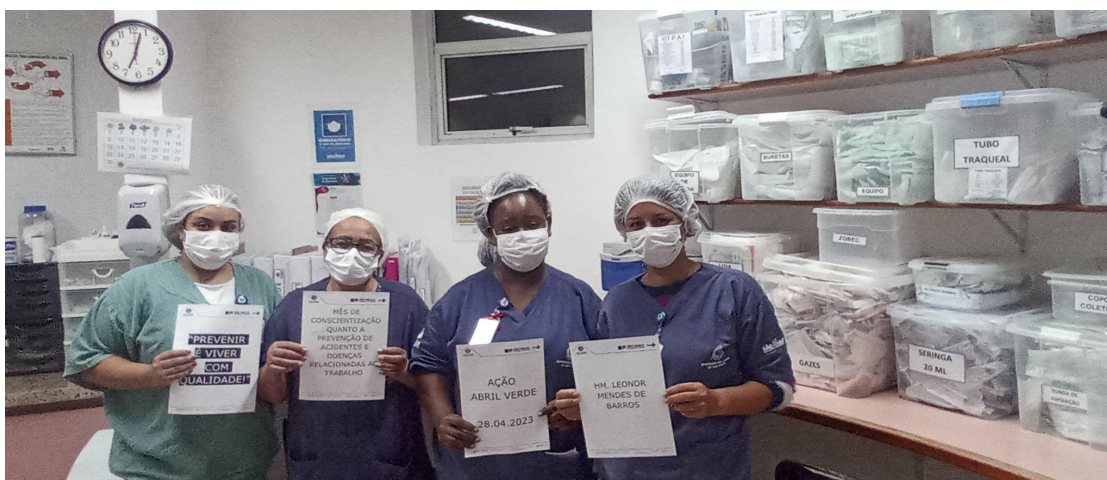
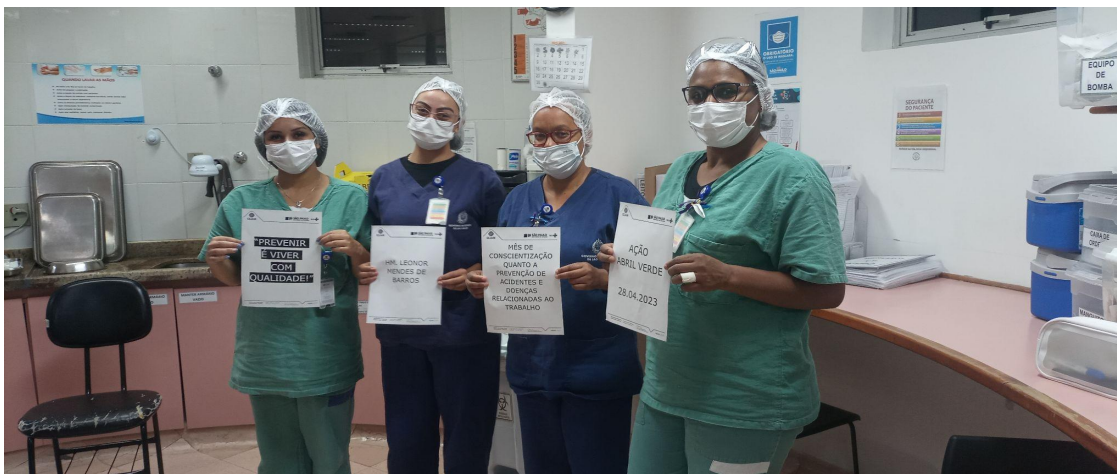
### 6.1.3 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a satisfação do usuário em relação a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado, 96,4% dos usuários recomendariam o serviço.



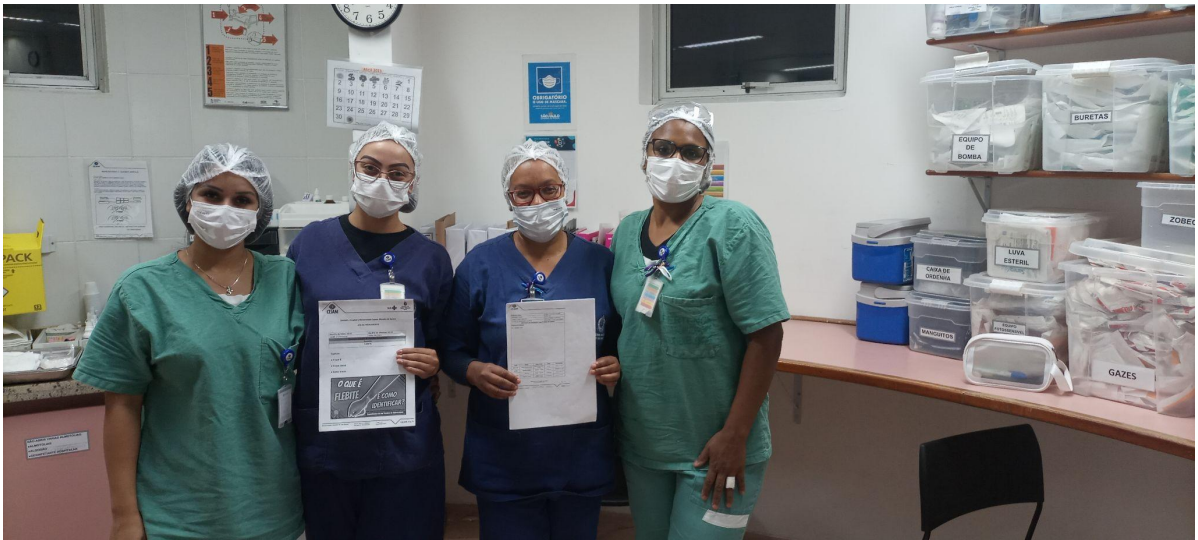
## 7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

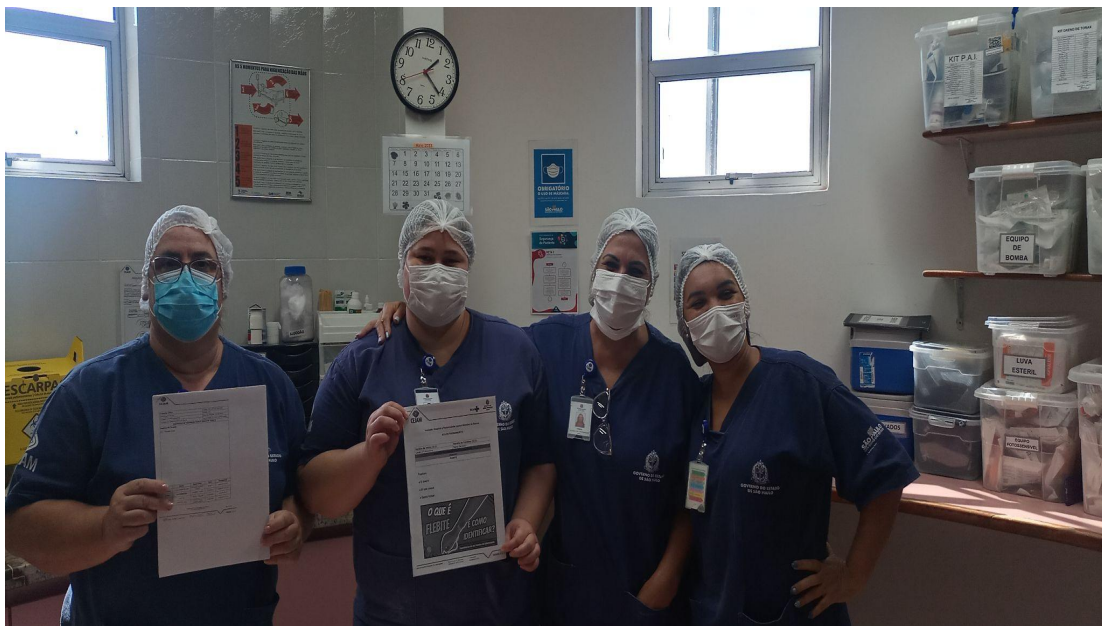
- Treinamento Cipa com Tema : Prevenir é Viver com Qualidade (Abordado Mensalmente com a equipe da Cipa: Os cuidados com a Saúde do Colaborador. Ação Abril Verde - Conscientização quanto a Prevenção de Acidentes )





- Treinamento Tema Flebite com toda a Equipe de Enfermagem reforçando todos os cuidados e Revendo o Protocolo de Flebite. (Abordamos: Os sinais e sintomas da Flebite, Avaliação dos Calibres das veias e Tipos de Dispositivos que devem ser utilizados, medicações irritativas, Uso de Filme Transparente nas Fixações e Tempo de Permanência dos Cateteres).





- Treinamento Cipa : Assédio Moral (Equipe Cipa Abordou sobre Assédio Moral, Cuidados Pessoais, Combate a Obesidade, Prevenção a Hipertensão)





- Treinamento Indicadores com Equipe de Gestão Cejam (Abordamos sobre a História da Qualidade, Indicadores Hospitalar, Análise Crítica , Metas e Resultados)



São Paulo, 09 de maio de 2023



Sirlene Dias Coelho  
Gerente de Serviços de Saúde  
EGISS - CEJAM