

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Hospital Guilherme Álvaro  
Unidade de Terapia Intensiva  
Pediátrica**

**Convênio n.º 00046/2021**

**2021**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**GOVERNADOR**

João Doria

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Jean Carlo Gorinchteyn

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA "DR. JOÃO AMORIM"**



**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Mário Santoro Júnior

**COORDENADOR ADMINISTRATIVO**

Sirlene Dias Coelho

**GERENTE TÉCNICO REGIONAL**

Thalita Ruiz Lemos Rocha

**COORDENADOR DE ENFERMAGEM**

Suzana de Freitas Ferreira

## 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 Convênio n.º 00046/2021	6
<b>2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>	<b>7</b>
<b>3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>7</b>
<b>4. FORÇA DE TRABALHO</b>	<b>7</b>
4.1 Dimensionamento - CLT	7
4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas	8
4.3.1 Absenteísmo	8
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	13
5.2.1 Média de Permanência	13
5.2.2 Taxa de Mortalidade	14
5.2.3 Taxa de Reinternação	15
5.3 Indicadores - Segurança do Paciente	15
5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica	15
5.3.2 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)	16
5.3.3 Incidência de extubação acidental	17
5.3.4 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral (SONGE)	17
5.3.5 Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	18

5.3.6 Incidência de Flebite	18
5.3.7 Incidência de perda de cateter central de inserção periférica (CCIP)	19
5.3.8 Incidência de perda de cateter central (CC)	19
5.3.10 Erro/Quase erro de medicação	20
5.3.11 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	20
5.3.12 Incidência de Queda de Paciente	21
5.3.13 Índice por Úlcera de Pressão	21
5.3.14 Adesão às metas de Identificação do Paciente	22
5.3.15 Taxa de adesão ao protocolo de HM - 5 momentos	22
<b>6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO - PESQUISA E SATISFAÇÃO</b>	<b>23</b>
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	23
6.1.1 Avaliação do Atendimento	23
6.1.2 Avaliação do Serviço	24
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	24
6.2 Manifestações	25
<b>7. EVENTOS E CAPACITAÇÕES</b>	<b>27</b>

## 1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

### 1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM

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 Convênio n.º 00046/2021**

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital Guilherme Álvaro (HGA) é referência na internação de crianças na região do Vale do Ribeira e Baixada Santista. Desde de junho de 2020, foram estruturados 10 leitos com camas, berços, monitores multiparamétricos e ventiladores mecânicos, como estratégia de enfrentamento à pandemia causada pelo novo coronavírus. A UTIP do HGA direcionou 03 (três) leitos exclusivos para o atendimento de crianças com suspeita e/ou confirmadas com a COVID-19.

Foi estabelecido um fluxo de pedido de vagas através de um sistema hospitalar denominado Núcleo Interno de Regulação (NIR), disponibilizado pelo próprio hospital. A equipe que compõe o NIR recebe a solicitação de vaga via CROSS/SP (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde/SP) e a transmite ao plantonista/diarista responsável pelo plantão na UTI Pediátrica a fim de, determinar o aceite ou negativa da transferência de acordo a disponibilidade do setor.

O nosso objetivo é oferecer uma assistência médica, de enfermagem e de fisioterapia segura e de qualidade.

## 2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas na unidade são monitoradas por sistema informatizado (IMPUT e EPIMED) e planilhas de excel para consolidação dos dados. Todos os profissionais são cadastrados no CNES, o que permite o faturamento por procedimento e profissional.

## 3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 a 31 de outubro de 2021**.

## 4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho efetiva no período avaliado foi de 37 colaboradores, sendo 26 contratados por processo seletivo (CLT) e 11 por contratação de Pessoa Jurídica (PJ).

O quadro abaixo apresenta a relação de colaboradores (CLT) previstos e efetivos no período de referência.

### 4.1 Dimensionamento - CLT

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativa	Auxiliar Técnico Administrativo (40h)	1	1	✓
Assistencial - Enfermagem	Coordenador de Enfermagem (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36)	2	2	✓
	Enfermeiro (36h) - noturno	3	3	✓
	Técnico de Enfermagem (36h)	12	10	↓
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	10	9	↓
<b>Total</b>		<b>29</b>	<b>26</b>	↓

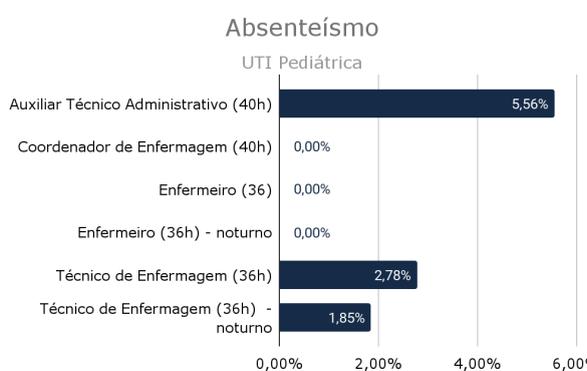
Fonte: Santos - HGA - 2021 - UTI Ped Interconsulta e Físio - Orçamento - rev03a.

Mediante o quadro acima, verificamos que 89,66% da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho.

Foi realizado no mês de referência processo seletivo e iniciamos o processo de contratação com previsão de início para novembro/2021 para compor as vagas em aberto e assim, completar o quadro faltante.

### 4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

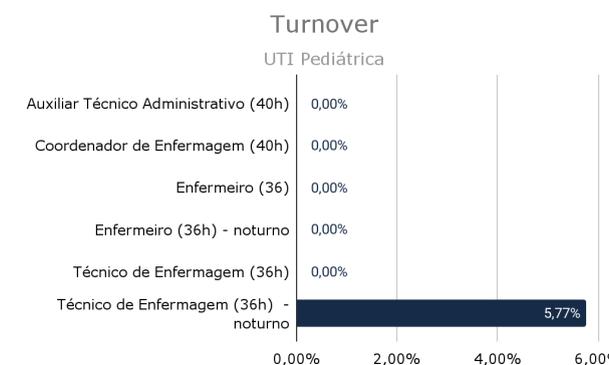
#### 4.3.1 Absenteísmo



Durante o período de referência ocorreram 09 (nove) ausências de funcionários, sendo 8 (oito) classificadas como faltas justificadas por meio de atestados médicos e 1 (uma) como falta injustificada. Dentre estas ausências, 8 (oito) correspondem a equipe técnica de enfermagem e 1 (uma) referente a equipe administrativa.

Ausências (dias)	Nº Ausências
Injustificada	1
Atestado Médico	8
Licença Nojo	0
Licença Galo	0
Total	9

### 4.3.2 Turnover



Admissões	Nº Admissões
Total	1

Demissões	Nº Demissões
Pedido de Demissão	1
Dispensa sem justa causa	1
Término da experiência	0
Abandono de Emprego	0
Mudança de Função	0
Total	2

Iniciamos o mês de agosto com 3 (três) vagas em aberto, porém durante o período de referência, houveram 2 (dois) processos demissionais, sendo referente a equipe técnica de enfermagem. Finalizamos o mês com 3 vagas em aberto referente a equipe técnica de enfermagem já em contratação com previsão de início em outubro/2021.

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

No mês de referência não houve nenhum registro de acidente de trabalho. Como medidas de ação, permanecemos acompanhando e fiscalizando as rotinas para verificação e constatação do cumprimento correto de todos os protocolos norteadores de segurança individual, além da distribuição dos equipamentos de proteção individual para cada membro da equipe de colaboradores, de acordo com a singularidade dos níveis de exposição aos riscos em cada setor e/ou atividade.

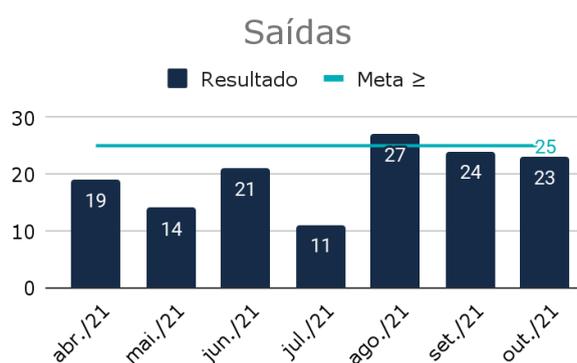
## 5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade, direciona para aspectos relacionados à efetividade da gestão, seu desempenho e a qualidade da assistência ofertada. Nesse sentido, os dados apresentados a

seguir retratam as atividades realizadas no UTI Pediátrica - HGA no período de referência.

## 5.1 Indicadores - Quantitativos

### 5.1.1 Saídas



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Transferência Interna	20
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	3
<b>Total</b>	<b>23</b>

**Análise crítica:** Referente aos 03 leitos direcionados a pacientes com suspeita COVID-19 foram realizadas 7 saídas internas, sendo 6 para enfermaria pediátrica não covid devido ao resultado negativo do swab para covid e 01 alta para enfermaria covid devido melhora clínica porém apresentando resultado de swab positivo.

Já dos 07 leitos não-COVID foram realizadas 16 saídas, sendo 13

transferência para enfermaria pediátrica interna por alta melhorada regulada pelo núcleo interno de regulação (NIR) e 03 óbitos maior de 24h de internação.

Referente aos óbitos:

1- ingressou na unidade devido a prematuridade extrema (IG 26 semanas), gemelaridade e muito baixo peso ao nascimento (0,694 gr). PIM de 7,0%.

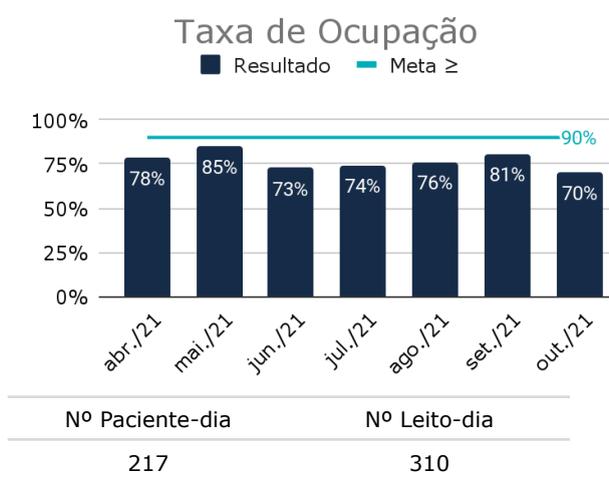
2- ingressou na unidade devido a prematuridade extrema (IG 28 semanas), gemelaridade e com muito baixo peso de nascimento (0,778 gr). PIM de 13,15 %.

3- ingressou na unidade nascida na maternidade do Hospital Guilherme Álvaro com múltiplas malformações congênitas em face (narina única), encéfalo (Holoprosencefalia lobar com hidrocefalia), coração (comunicação interatrial) e rim (pieloectasia bilateral). Veio transferida da UTI neonatal do nosso

hospital há 1 ano aproximadamente por apresentar encefalopatia crônica não evolutiva.

Conforme fluxo institucional, todos os pacientes são referenciados via CROSS e não houveram fichas negadas.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação



**Análise crítica:** Referente à taxa de ocupação dos leitos de **UTIP COVID-19** foram registradas 1 paciente proveniente do mês anterior e 13 admissões novas. Destas, 05 foram reguladas via NIR (interno/enfermaria) e 08 reguladas via CROSS (02 do município de Praia Grande, 01 do município de Guarujá, 02 do município de Bertioga, 02 do município de Itanhaém e 01 do município de São Vicente). Dos pacientes assistidos neste período, apenas 1 apresentou swab positivo para Covid 19.

Vale ressaltar que a pandemia causada pelo novo coronavírus não afetou o público pediátrico de forma tão acentuada como ocorreu com os adultos, onde foi visto que a maioria dos pacientes assistidos obtiveram o diagnóstico com infecções respiratórias como pneumonia e bronquiolite.

Referente à taxa de ocupação dos leitos de UTIP **não COVID**, foram registrados 07 pacientes provenientes do mês anterior e 09 admissões novas. Dentre as admissões novas, 08 foram reguladas internamente via NIR sendo 02 para assistência de Pós-Operatório Imediato (Cirurgia pediátrica) e 04 relacionadas à assistência a UTI neonatal devido superlotação com os referidos diagnósticos: prematuridade > 34 semanas, desconforto respiratório relacionado a pulmão cístico congênito, hipoglicemia neonatal relacionada à mãe diabética e 02

relacionados ao quadro de insuficiência respiratória.

Dentre os pacientes tivemos uma internação aproximada de 15 dias maior que o tempo esperado com diagnóstico de entrada de febre a/e não localizada e taquicardia após investigação detalhada chegando ao diagnóstico de Arritmia sinusal e infecção viral.

Pela regulação via CROSS foi admitido no período 01 paciente do município de Itanhaém para realização de endoscopia pediátrica para retirada de corpo estranho.

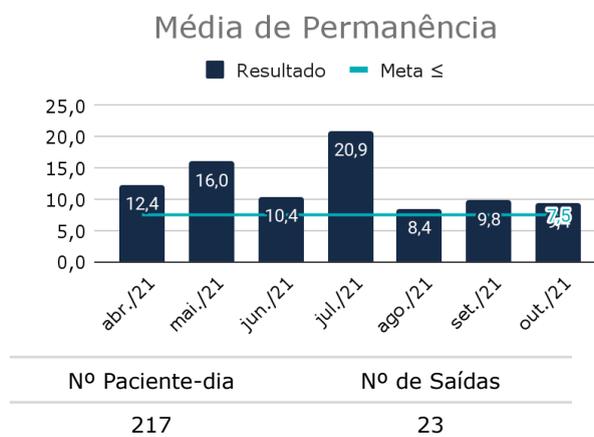
Neste período obtivemos ocupação de 70% e não houve negativa em aceite de vagas solicitadas via

CROSS, no qual o recurso necessário fosse atendido na instituição, entre todos os pacientes admitidos na unidade, a maior demanda notou se com a hipótese de diagnóstico de suspeita covid, desses após o resultado de swab covid negativo, e avaliação da CCIH, 4 foram remanejados internamente dos leitos covid, para os leitos não covid a fim de término de tratamento e antibioticoterapia.

Vale lembrar a permanência de 02 pacientes crônicos, que hoje se mantêm na unidade por ainda não ter condições de alta, o que diminui a rotatividade do leito.

## 5.2 Indicadores - Qualitativos

### 5.2.1 Média de Permanência



#### Média de Permanência excluindo os paciente de longa permanência

Nº Paciente-dia	Nº Saídas	Permanência
124	23	5,3

**Análise crítica:** No período de outubro/21, a UTIP COVID-19 apresentou uma média de permanência de 5 dias.

Referente aos leitos da UTI não COVID, a média de permanência foi de 11,38 dias.

Entre as duas unidades observamos uma média de permanência de 9,43 dias.

Neste período foram assistidos pacientes de diversas especialidades como cirurgia pediátrica, neonatologia e neurologia. A média PIM de admissão no mês de outubro

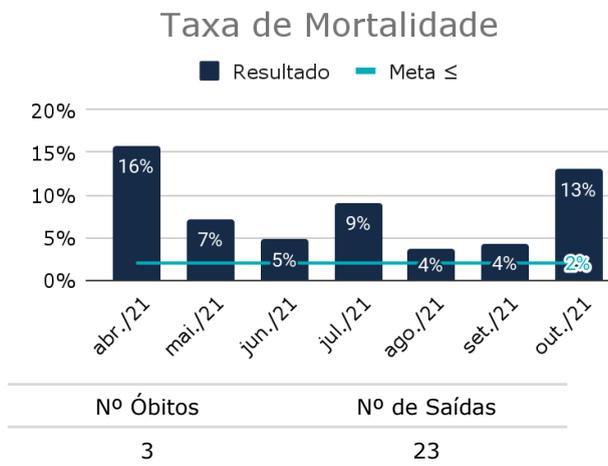
ficou em 2,61 %, tendo menor valor 0,27 % e o maior 12,33%

Mantivemos 7 no mês de outubro pacientes crônicos com média de permanência prolongada devido à gravidade e dificuldade de desospitalização conforme descrito anteriormente.

Em comparação com outras instituições com mesmo perfil através do programa Epimed podemos observar uma média de permanência de 7,93 dias.

Vale lembrar, que para estes pacientes, encaminhamos relatórios semanais sobre as condições clínicas para diretoria hospitalar e comunicação a DRS IV sobre o suporte domiciliar para alta desses pacientes, lembrando que a permanência destes pacientes impacta diretamente no indicador.

## 5.2.2 Taxa de Mortalidade



### Análise crítica:

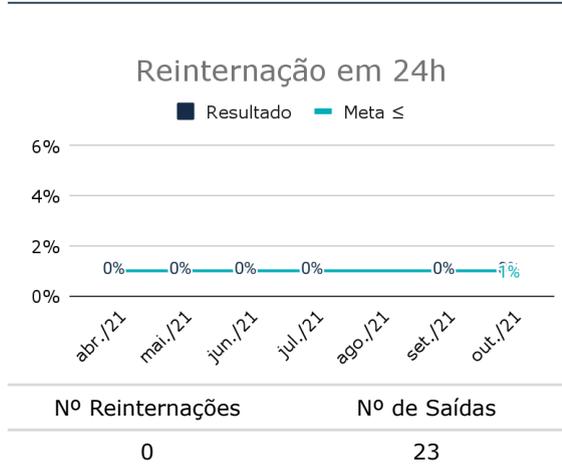
1. O paciente em questão ingressou na unidade por prematuridade extrema IG 25 semanas 2/7, apgar 1/3/5 filho de mãe hipertensa que fez uso de sulfato de magnésio e amniorrexe há 48 horas, considerando o risco infeccioso, ao nascimento apresentou asfixia grave entubado e recebeu surfactante e antibioticoterapia. evolui com plaquetopenia e instabilidade hemodinâmica necessitando de noradrenalina e antibiótico de amplo espectro, manteve piora de quadro clínica progressiva, vindo a falecer aos 15 DV, não respondendo a reanimação cardiopulmonar
2. A paciente ingressou na unidade devido a prematuridade extrema (IG

28 semanas), com muito baixo peso de nascimento (0,778 gr). PIM de 13,15% apresentava várias comorbidades maternas em uso de ventilação mecânica desde o nascimento, evolui com quadro de sepse, com Hemocultura positiva para (STAPHILO EPIDERMIDIS), fazia uso de antibiótico de amplo espectro após 17 DV apresentou súbita bradicardia e cianose relacionada à própria gravidade do quadro, realizado manobras de ressuscitação, punção de MARFAN mas não respondeu a reanimação vindo a falecer

3. A paciente em questão era uma criança com encefalopatia crônica proveniente da UTI neonatal que ficou internada na UTI pediátrica por aproximadamente 1 ano. Era totalmente dependente de ventilação mecânica e tinha várias malformações congênitas. Apesar de apresentar durante sua internação várias infecções, sobretudo no trato urinário, sempre teve evolução de forma adequada com os tratamentos propostos. Porém, na última semana antes do óbito, a criança apresentou

nova infecção do trato urinário por *Enterococcus faecalis* com evolução para sepse. Realizado tratamento com meropenem devido a sensibilidade do antibiograma, porém a criança não apresentou uma evolução favorável vindo a falecer em decorrência das complicações inerentes à sepse e ao choque.

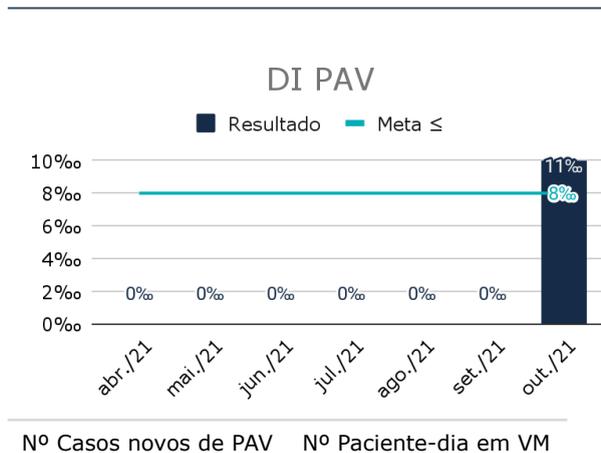
### 5.2.3 Taxa de Reinternação



**Análise crítica:** Não houve ocorrência no período.

### 5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

#### 5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

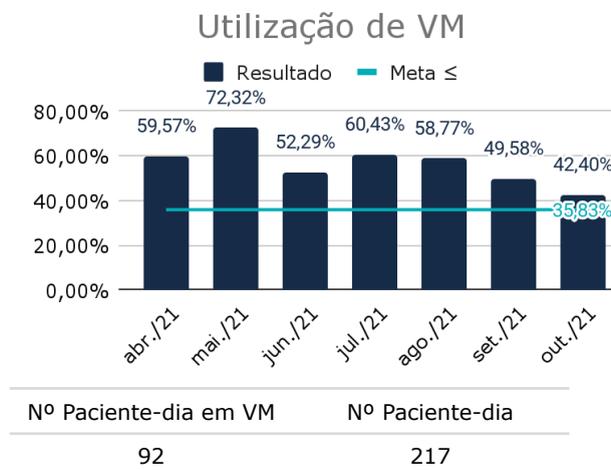


**Análise crítica:** Neste período obtivemos uma notificação de pneumonia associada à ventilação (PAV) conforme notificação da CCIH do hospital. A criança, com diagnóstico de prematuridade

extrema, estava há 16 dias em ventilação pulmonar mecânica, com de dispositivo PICC e com quadro patológico de sepse como demonstrou a HMC positiva para *Serratia Marcescens* (04/10). Pelo protocolo da ANVISA/2009 o mecanismo de PAV consiste em etiologia de origem aspirativa de secreções contaminadas de vias aéreas e/ou de conteúdo gástrico. Raramente, uma PAV é ocasionada pela disseminação hematogênica.

Desta forma, discordamos da posição imposta pela CCIH visto que a piora radiológica da criança ocorreu em 05/10/2021, ou seja, após a data da HMC.

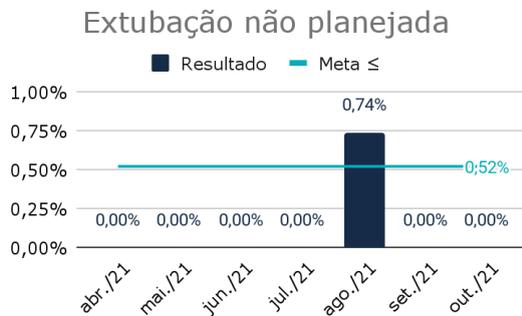
### 5.3.2 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)



**Análise crítica:** No mês de outubro a taxa de utilização de VM foi ainda menor que a do mês anterior, mas acima da taxa estabelecida. Se considerarmos apenas os pacientes não críticos, a taxa seria ainda menor, 33,3%.

O número de admissões em VM no mês foi zero na unidade geral e na unidade COVID.

### 5.3.3 Incidência de extubação acidental

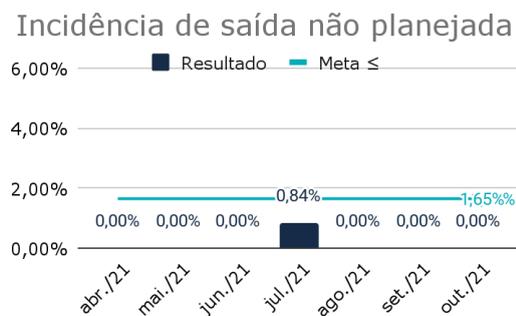


Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
00	2

**Análise crítica:** Não houve ocorrência no período seguindo o

planejamento da equipe multiprofissional na avaliação precoce no posicionamento dosinhos, coxins e posicionamento adequado dos dispositivos.

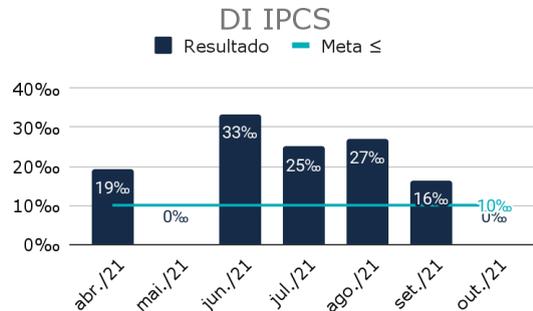
### 5.3.4 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral (SONGE)



Nº Saída não planejada de SONGE	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	46

**Análise crítica:** Não houve ocorrência no período.

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

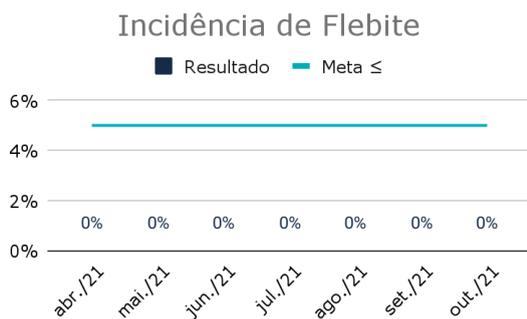


Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	31

**Análise crítica:** Não houve ocorrência no período.

Ações assistenciais de prevenção a incidência são feitas com a equipe multiprofissional e juntamente ao time de Higienização das mãos.

### 5.3.6 Incidência de Flebite

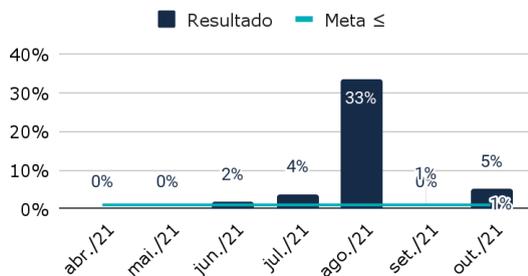


Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	81

**Análise crítica:** Não houve ocorrência no período.

### 5.3.7 Incidência de perda de cateter central de inserção periférica (CCIP)

Incidência de perda de PICC



Nº Perda de PICC	Nº Pacientes-dia com PICC
1	19

**Análise crítica:** Neste período tivemos 1 caso de perda de

dispositivo cateter picc, sendo observada e considerada a ruptura por fragilidade do insumo. aberto evento adverso e notificação tecnovigilância.

### 5.3.8 Incidência de perda de cateter central (CC)

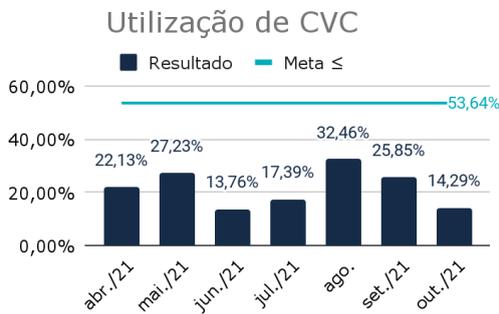
Incidência de perda CVC



Nº Perda de CVC	Nº Pacientes-dia com CVC
0	31

**Análise crítica:** Não houve ocorrência no período.

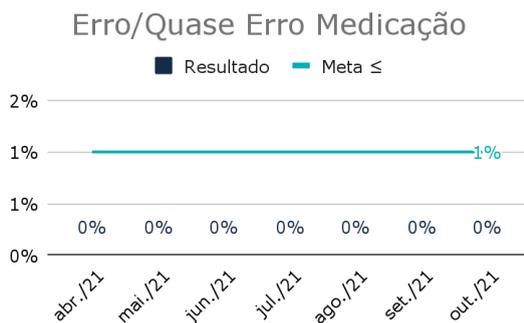
### 5.3.9 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)



**Análise crítica:** A média de utilização de cateter venoso central entre as unidades permaneceu dentro da meta esperada com 14,29 % de acordo com a gravidade dos pacientes.

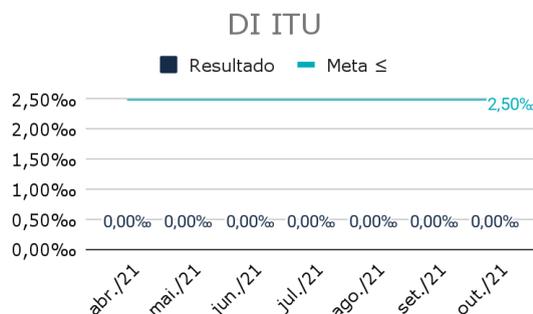
Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
31	217

### 5.3.10 Erro/Quase erro de medicação



**Análise crítica:** Não houve ocorrência no período.

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



**Análise crítica:** Não houve ocorrência no período.

Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	3

### 5.3.12 Incidência de Queda de Paciente

Incidência de queda de paciente

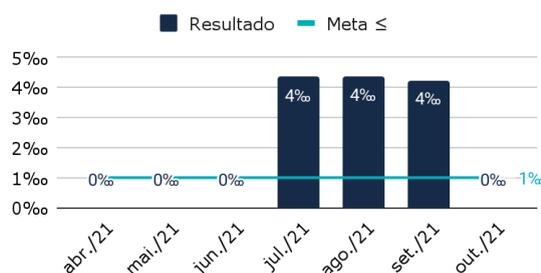


**Análise crítica:** Não houve ocorrência no período.

Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	217

### 5.3.13 Índice por Úlcera de Pressão

Incidência de LPP

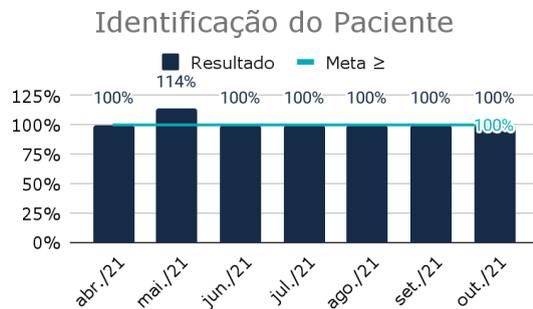


pele, Ações assistenciais de prevenção a incidência são feitas com a equipe multiprofissional

Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
0	217

**Análise crítica:** Neste período não foi registrado ocorrência por lesão de

### 5.3.14 Adesão às metas de Identificação do Paciente

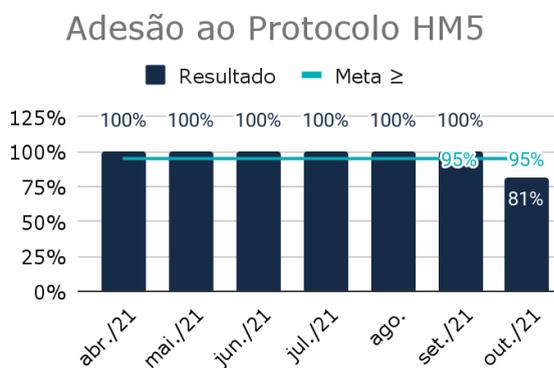


Nº Paciente-dia com pulseira de identificação	Nº Paciente-dia
217	217

**Análise crítica:** Todos os pacientes foram identificados em sua admissão

na unidade, uma vez que o protocolo de identificação do paciente é meta mundial no comprometimento da segurança do paciente. Esta unidade, assim como Hospital Guilherme Álvaro e CEJAM preconizam o uso das 6 metas internacionais de segurança do paciente.

### 5.3.15 Taxa de adesão ao protocolo de HM - 5 momentos



**Análise crítica:** Neste período obtivemos a adesão em 81% no protocolo, sendo realizada 101 observações aos 5 Momentos

Higienização das mãos, com a expansão do time da higienização das mãos entre os colaboradores de todos os turnos da unidade, foram realizadas rodas de conversas com as equipes sobre a importância da higienização das mãos. É fato que a metodologia de observação adotada no mês de outubro segue o rigor do projeto paciente seguro e com isso mais critério nas avaliações que agora iniciadas desta nova forma.

## 6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO - PESQUISA E 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, a ouvidoria pode identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade.

No período avaliado, tivemos abertura da urna com lacre número **015922** e o total de **18 (DEZOITO ) questionários preenchidos**. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

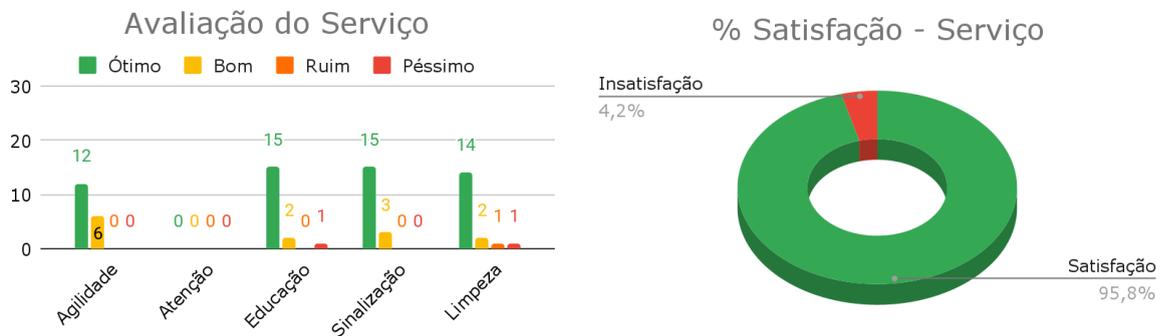
### 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

#### 6.1.1 Avaliação do Atendimento



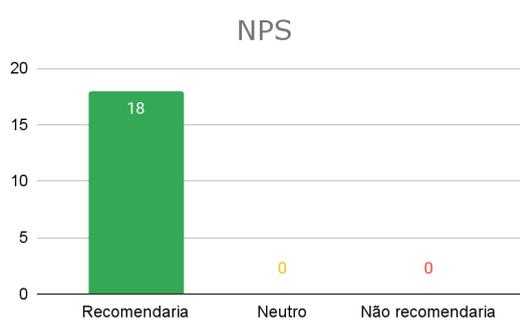
O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento da Equipe Médica e de Enfermagem. No período, tivemos uma satisfação de 100% demonstrando uma percepção positiva do usuário ao atendimento assistencial.

### 6.1.2 Avaliação do Serviço



O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a agilidade, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de 95,8% dos usuários da UTI Pediátrica, uma crítica em relação à poltrona utilizada para acompanhantes. Perante a crítica relacionada a higienização este apontamento foi encaminhado ao setor responsável que estar disponibilizando um profissional exclusivo para a unidade nos períodos diurno e referente a acomodação (poltrona) o setor de patrimônio já ciente dos apontamentos dos usuários, porém este equipamento é utilizado em grande parte da instituição no momento não havendo possibilidade de substituição.

### 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, todos os pacientes, que se manifestaram via formulário, recomendariam o serviço de UTI Pediátrica.

## 6.2 Manifestações

Todas as ouvidorias e pesquisas de opinião são avaliadas e, quando necessário, são respondidas apurando os fatos e adotando as

providências oportunas. O quadro a seguir demonstra a quantidade de ouvidorias registradas.

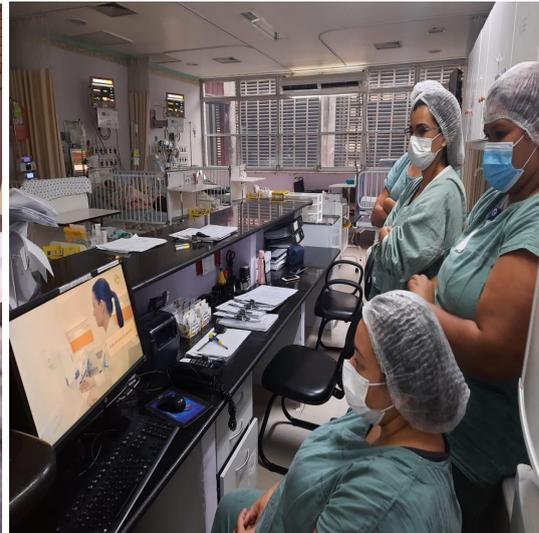
Abaixo as transcrições das manifestações dos usuários quanto ao serviço do setor:

Data	Tipo	Relato do Usuário	Ação
01/10/2021	Elogio	São maravilhosas que Deus dê muita saúde e felicidade a todos	feedback para equipe
01/10/2021	Elogio	A equipe de enfermagem da UTI PED juntamente com os médicos são muitos atenciosos, prestativos e solidários. As enfermeiras Renilce e Josiane são excelentes, carinhosas com meu filho e muito profissionais amam realmente o que fazem !	feedback para equipe
04/10/2021	Crítica	Tem algumas técnicas que precisam ser mais atentas ao paciente. Tem enfermeira que precisa aprender a ouvir. Mas por outro lado algumas enfermeiras nota 10. não dá para generalizar, tem um pessoal bom trabalhando se não fosse alguns ajustes era tudo 10.	feedback para equipe
05/10/2021	Crítica	o banheiro deveria limpar melhor. Equipe médica e enfermeiras são ótimos	feedback para equipe , informado o setor responsável da higienização a unidade contara com um colaborador exclusivo
04/10/2021	Crítica	Acomodação melhor para acompanhante.	feedback para setor de patrimônio no momento não há possibilidade de substituição
08/10/2021	Crítica	entrar em contato	
13/10/2021	Elogio	ótima equipe de enfermagem, meninas prestativas, carinhosas, me senti muito acolhida.	feedback para equipe
13/10/2021	Em Branco		
19/10/2021	Elogio	Hospital super atencioso, atendimentos ótimos..	feedback para equipe
19/10/2021	Elogio	Toda equipe nos tratou com muito	feedback para equipe

		carinho. Só posso agradecer. Gostaria de citar todas, mas não tem papel suficiente. Renilce, Pati, Suelen, Bia Andressa, Taimara, Noeli, Tarsila, Alessandra, Viviane... Gratidão.	
19/10/2021	Crítica	A limpeza dos banheiros é péssima e as poltronas são muito ruins.	informado o setor responsável da higienização a unidade contará com um colaborador exclusivo
20/10/2021	Em Branco		feedback para equipe
20/10/2021	Elogio	Amei, meu filho foi muito bem atendido. Estão de parabéns, tem muita paciência com ele.	feedback para equipe
27/10/2021	Elogio	Quero agradecer a técnica de enfermagem Patricia pela atenção e dedicação a minha RN. muito obrigada a equipe tbm	feedback para equipe
27/10/2021	Em Branco		
27/10/2021	Elogio	Agradeço por tudo que vocês fizeram pela a minha filha, parabéns a todos. Obrigado por tudo. Parabéns.	feedback para equipe
29/10/2021	Elogio	Elogio a todos os profissionais deste a limpeza a enfermeiras. Apenas uma crítica, pois foi passado a mim que a Maya foi sondada sem necessidade. Acho que faltou um pouco de comunicação entre os médicos .	feedback para equipe
31/10/2021	Em Branco		

## 7. EVENTOS E CAPACITAÇÕES

- **Treinamentos sobre os 5 momentos lavagem das mãos THM UTI Pediátrica**



- **Treinamento sobre uso racional das luvas**

O uso desnecessário de luvas em situações não recomendadas pode representar um desperdício de recursos sem que necessariamente, leve a redução de transmissão cruzada de microrganismos, e também pode resultar em perda de oportunidade para higienização das mãos, a representatividade dessas ações podem observadas nos indicadores de qualidade como Densidade de Incidência IPCS relacionada a Acesso Vascular Central . esta ação alcançou 100% da equipe de enfermagem atuante na unidade



- **Prevenção Úlcera de pressão**

A prevenção é a melhor solução para o problema. Primeiro deve ser avaliado o risco, considerando que este é maior para indivíduos acamados, restritos a cadeira de rodas ou os que apresentam limitada capacidade de reposicionamento. Esta ação baseada no protocolo de prevenção de úlcera por pressão MS/ ANVISA/AVALIAÇÃO POR ÚLCERA POR PRESSÃO escala de Braden alcançou 100% da equipe de enfermagem atuante na unidade, uma vez que foi registrado nos últimos 03 meses a incidência de Úlcera de Pressão foi 4% em Agosto e Setembro e indicador zerado em outubro;



Santos, 11 de novembro de 2021.



Sirlene Dias Coelho  
Coordenador Administrativo  
CEJAM  
RG: 13.580.195-3