

Relatório de Atividades Assistenciais

**Hospital e Maternidade Leonor
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva
Materna**

Convênio n.º00023/2022

Setembro

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

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

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	10
4.3.2 Turnover	11
4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	11
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	11
5.1 Indicadores - Quantitativos	12
5.1.1 Saídas	12
5.1.2 Taxa de Ocupação	13
5.2 Indicadores - Qualitativos	14
5.2.1 Média de Permanência	14
5.2.2 Paciente Dia	15
5.2.3 Taxa de Mortalidade	15
5.2.4 Taxa de Reinternação	16
5.3 Indicadores - Segurança do Paciente	17
5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)	17
5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)	18
5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	19
5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	20
5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	21
5.3.6 Índice de úlcera por pressão	22
5.3.7 Incidência de Extubação Acidental	23
5.3.8 Incidência de Flebite	24
5.3.9 Adesão às metas de Identificação do Paciente	25
5.3.10 Evolução dos Prontuários	26

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO	27
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	27
6.1.1 Avaliação do Atendimento	27
6.1.2 Avaliação do Serviço	28
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	28
7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO	29

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 setembro de 2023**.

4. FORÇA DE TRABALHO

4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

A equipe de trabalho efetiva é composta por 25 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	4	✓
	Técnico de Enfermagem (36h)	7	8	↑
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	7	9	↑
Total		21	25	↑

Fonte: São Paulo - HMLMB - 2022

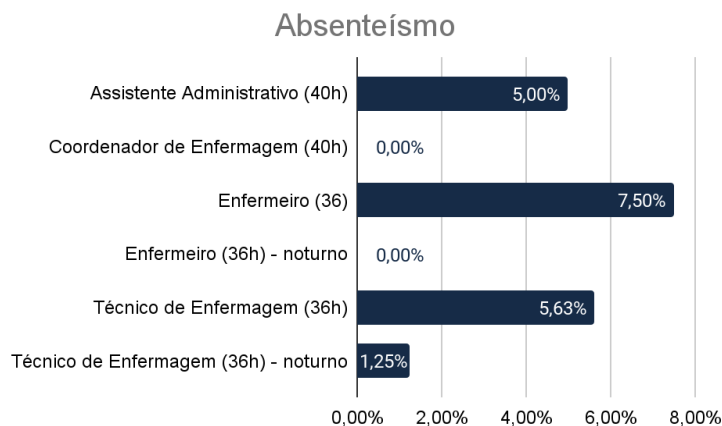
Análise Crítica: Mediante o quadro acima, verificamos que 119% da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho, o efetivo supera o previsto por conta da contratação de (02) dois técnicos de enfermagem para cobertura de férias, (01) uma enfermeira para cobertura de férias e (01) um técnico de enfermagem para cobertura de licença maternidade.

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 (36h)	03.Ivone Prado Cruz Santos	624232
		04.Michele Felix de Castro	404381
	Enfermeiro Ferista	05. Yasmin Santos Vespaziano	664746
	Enfermeiro (36h) - noturno	06.Nayara Fernanda da Costa	470916
		07.Cátia Elaine Calastro	541220
	Enfermeiro Folguista	08.Simone Messias da Silva	204926
	Técnico de Enfermagem (36h)	09.Adrielle Rodrigues	807366
		10.Denise Jeanete Rodrigues	1583997
		11.Efigênia de Freitas	807386
		12.Katia Alves dos Santos	1528682
		13.Magna O. a Silva Araujo	1144348
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	14. Marinalva Rodgerio Moretti	
		15.Elaine Cristina O.dos Santos	1493164
		16.Rafhaela Moreira Vitalino	1511542
		17.Quelcilene de Paula	936670
		18.Sueli Gomes Barbosa	92256
		19.Sandra Rodrigues Vieira	968412
		20. Lidiane de Oliveira Santos	419281
		21. Ranielli Aparecida Ramos	652014
	Técnico de Enfermagem Folguista	22.Tânia da Costa Dinamarca	1121040
		23.Claudia dos S.L. Gonçalves	1646933
	Técnico de Enfermagem (36h) - Ferista	24. Talita Novais Barbosa Silvestre	757199
		25.Marcela Ribeiro Martins	254902

4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

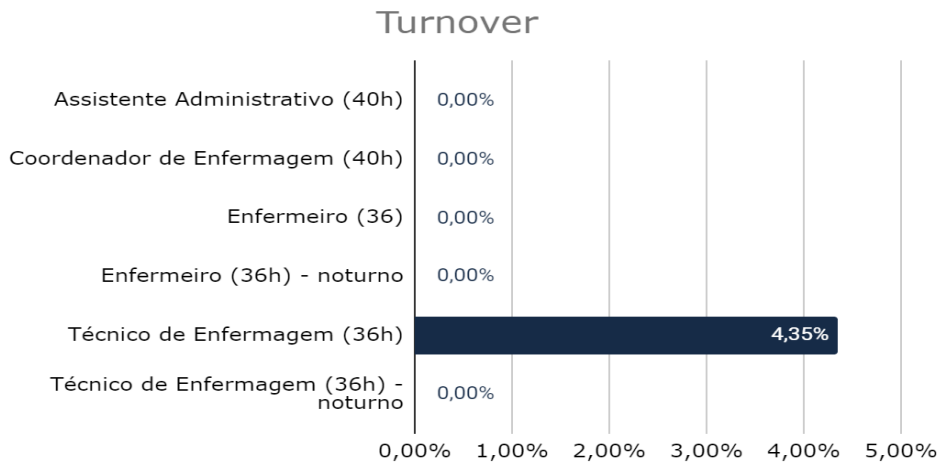
4.3.1 Absenteísmo



Análise crítica: Mediante o cenário de 25 (vinte e cinco) colaboradores (CLT) foram identificados o total de 15 dias de ausência durante o período de referência, sendo:

- 09 dias por motivos justificado por meio de atestado médico (Técnica de enfermagem - T.C.D)
- 02 dia por motivos justificado por meio de atestado médico (Técnica de enfermagem - C.L.S.)
- 01 dia por motivo justificado por meio de atestado médico (Auxiliar Administrativo - W.L.A.)
- 03 dias por motivo justificado por meio de atestado médico (Enfermeiro - I.P.C.)

4.3.2 Turnover



Análise crítica:

Tivemos 01 (um) retorno de licença e pedido de desligamento sem cumprimento de aviso prévio da colaboradora M.M. R. no dia 15/09/2023.

Tivemos 01 (um) encerramento de contrato de experiência da colaboradora T.N.B.S. no dia 27/09/2023.

4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

Análise crítica:

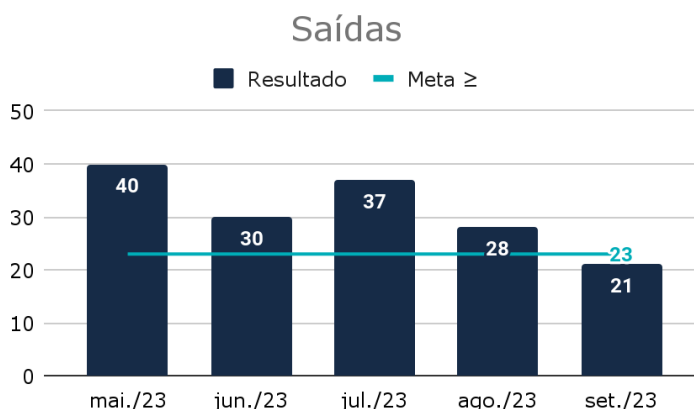
Não tivemos nenhuma Comunicação de Acidente de Trabalho. A Equipe da Cipa realiza mensalmente atividades e treinamentos voltados para os colaboradores.

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



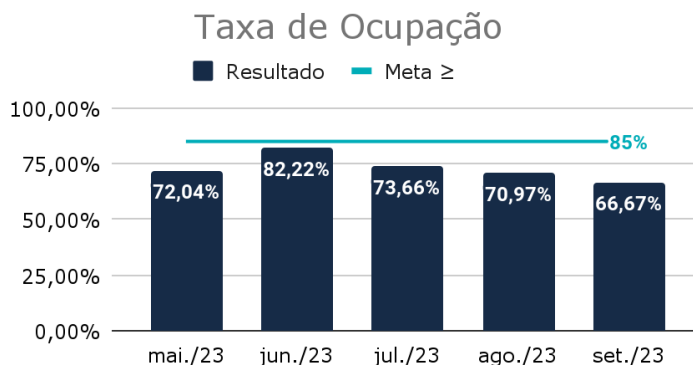
Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão	0
Transferência Interna	20
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
Total	21

Análise crítica: No período analisado tivemos 21 saídas (Sendo 20 transferências internas e 01 transferência externa) Meta contratual não atingida. Tivemos neste período 21 admissões. Todas as vagas solicitadas foram prontamente atendidas.

Transferência Externa: Paciente A.M.S., admitida em 24-07, com HD: Insuficiência Respiratória + PCR (Revertida após 20 minutos)+POPF(17-07).

Paciente em cuidados paliativos proporcionais, em uso de TQT e GTT, após 66 dias de internação, paciente transferida para o Hospital Guarapiranga (para UTI de Retaguarda) devido caso crônico.

5.1.2 Taxa de Ocupação



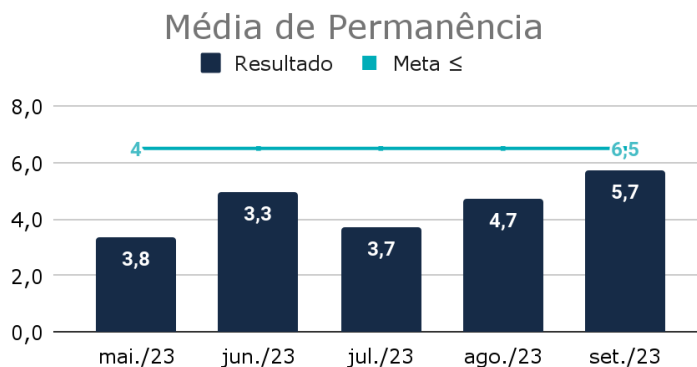
Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
120	180

Análise crítica:

No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 66,67%, 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

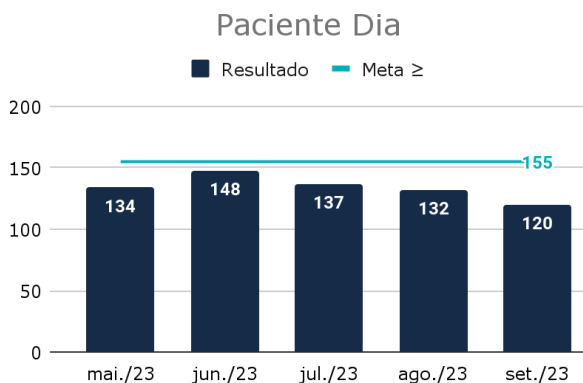
5.2.1 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
120	21

Análise crítica: Nesse mês tivemos uma média de permanência de 5,7 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.

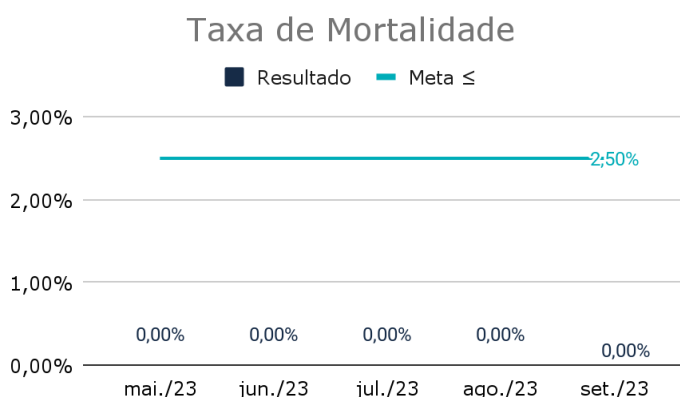
5.2.2 Paciente Dia



Nº Admissões	Giro de Leito
21	3,50

Análise crítica: No período avaliado na UTI Materna tivemos 120 pacientes dia, 21 admissões e 21 saídas, apresentando giro de leito de 3,50 vezes.

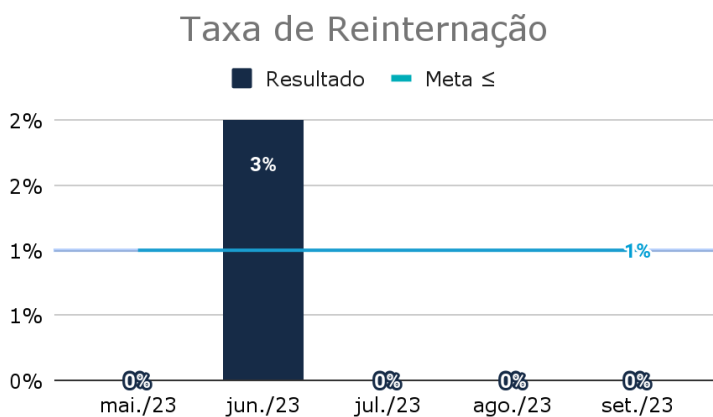
5.2.3 Taxa de Mortalidade



Nº Óbitos	Nº de Saídas
0	21

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

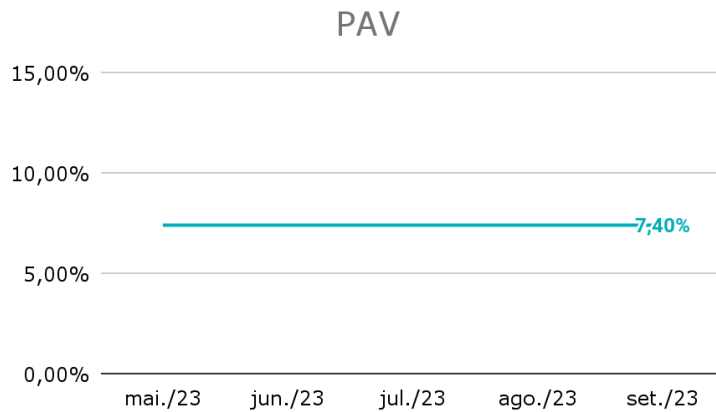


Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	21

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

5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

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

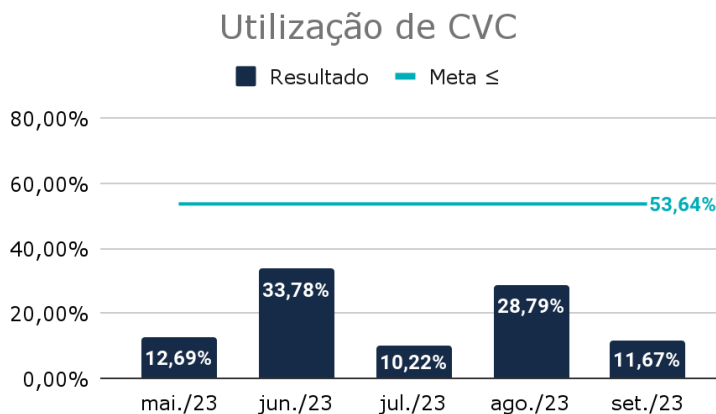


Nº Casos novos de PAV	Nº Paciente-dia em VM
0	29

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).

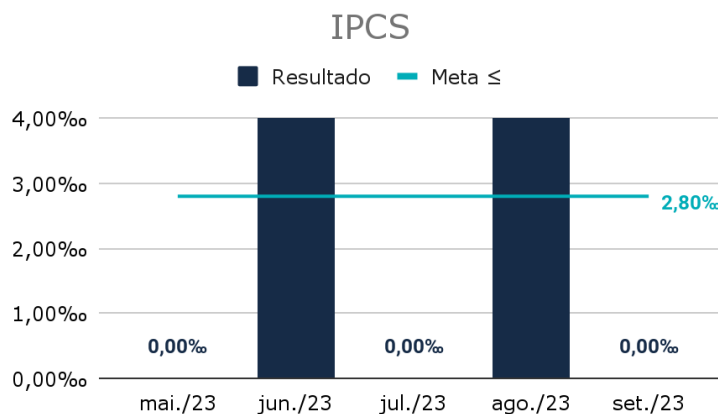
5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)



Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
14	120

Análise crítica: Tivemos neste período 14 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.

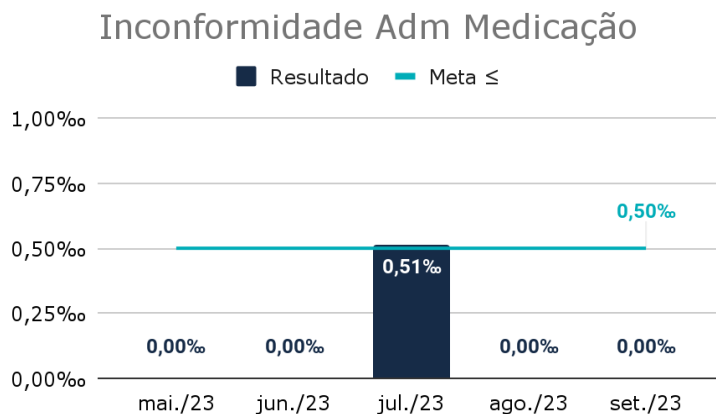
5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	14

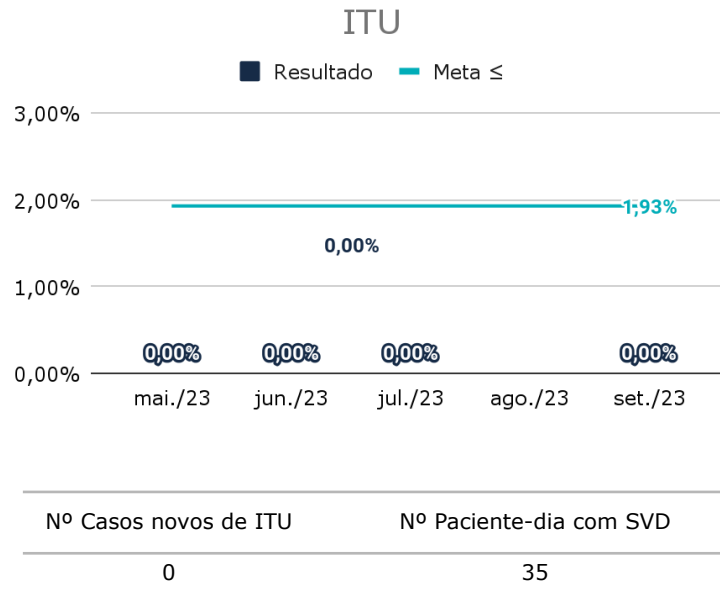
Análise crítica: Não tivemos nenhuma infecção primária da corrente sanguínea relacionada ao acesso vascular central. Meta Contratual Atingida.

5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Análise crítica: Não tivemos nenhum caso de não conformidade na Administração de Medicamentos.

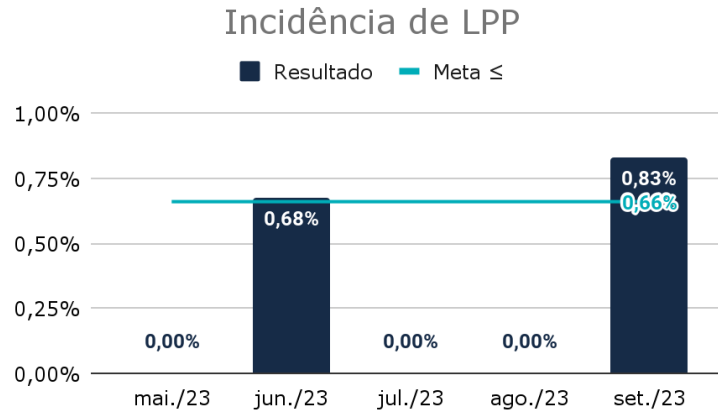
5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Análise crítica: Não tivemos nenhuma infecção do trato urinário neste período. Tivemos 35 pacientes-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

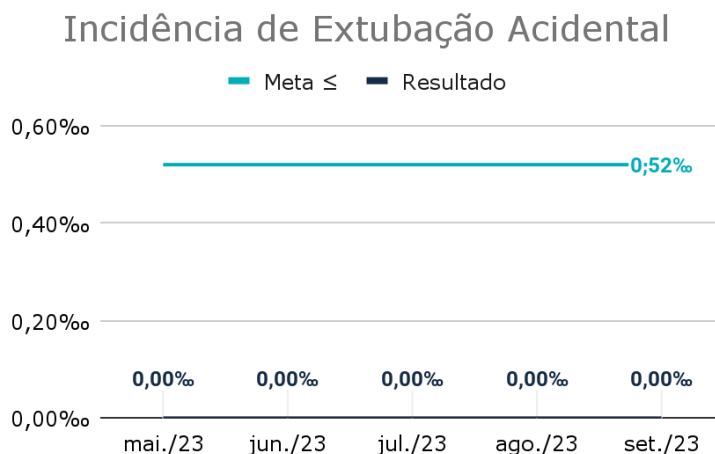


Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
1	120

Análise crítica: Paciente A.M.S., 42 anos, admitida em 24/07/2023, com HD: Insuficiência respiratória + Choque Séptico Tratado. Paciente em uso de traqueostomia e gastrostomia, acamada desde a admissão, apresenta no dia 27/09 presença de perda parcial da espessura da pele, comprometimento de epiderme e parcialmente da derme, presença de rasa abrasão medindo 5 cm de comprimento e 3 cm de largura (LPP Grau II), sem presença de túneis ou cavidades e sem exsudação. Realizado curativo com hidrogel. Aplicamos treinamento com toda a equipe de enfermagem, reforçando os cuidados.

Plano de Ação: Será mantida a educação permanente quanto a prevenção e tratamento de pacientes com LPP, a fim de levantar sugestões de melhoria na prevenção de lesões, uma vez que os cuidados e prevenção durante a assistência estão sendo mantidos.

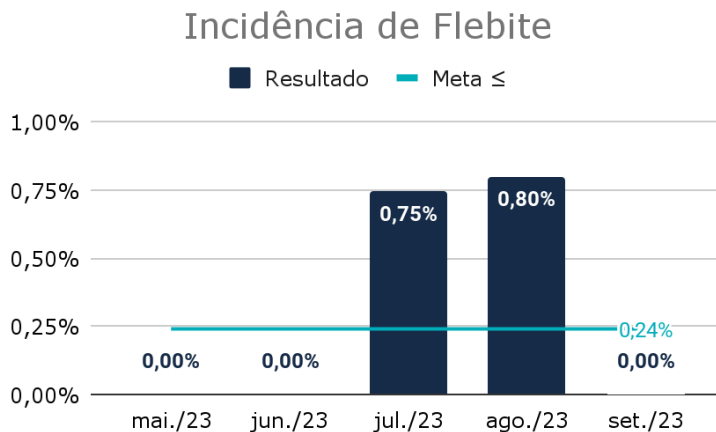
5.3.7 Incidência de Extubação Acidental



Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
0	29

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

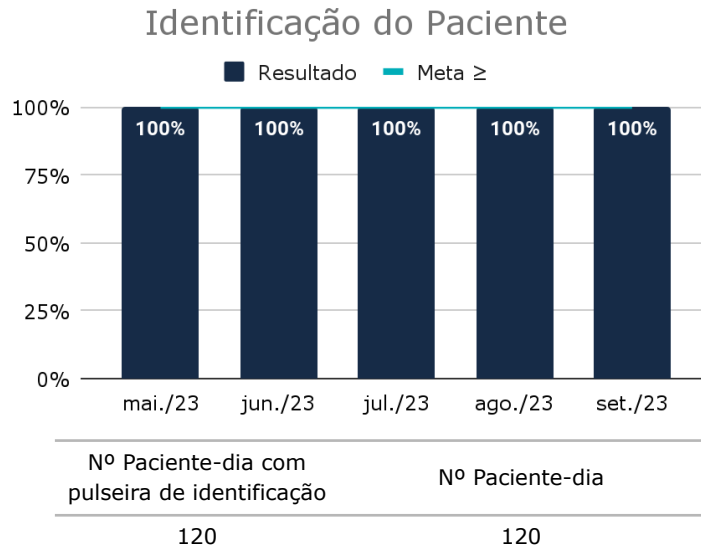


Índice de Flebite

Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	114

Análise crítica: Não tivemos nenhum caso de Flebite neste período. Meta Contratual Atingida. Realizamos treinamentos durante os meses anteriores reforçando com toda a equipe sobre o Protocolo de Prevenção de Flebite (importância de mantermos fixação com filme transparente, avaliar calibre da veia e qual tamanho de dispositivo que será utilizado, discutimos sobre medicações irritativas, diluição de medicação e tempo de permanência dos cateteres).

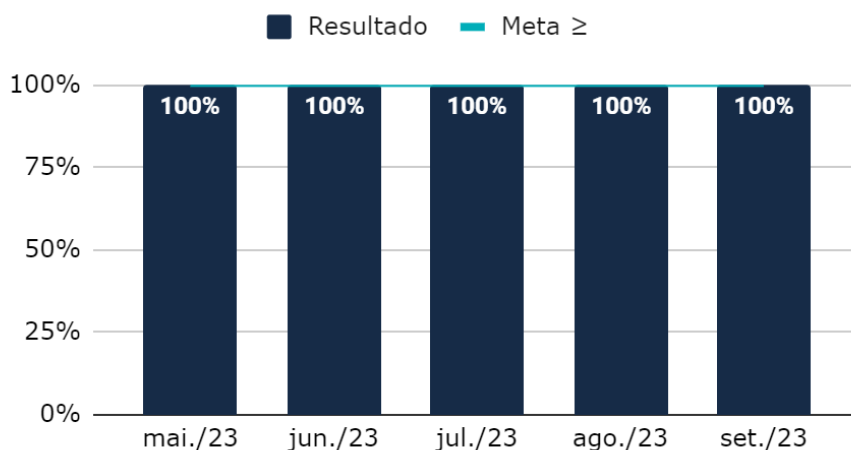
5.3.9 Adesão às metas de Identificação do Paciente



Análise crítica: Mantivemos em nossa UTI todos os pacientes devidamente identificados com pulseira de identificação. Meta contratual atingida. 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

Identificação do Paciente



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

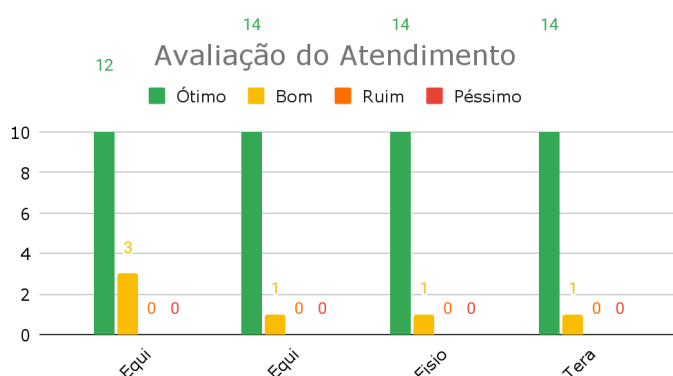
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares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

No período avaliado, tivemos o total de **15 pesquisas preenchidas**. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

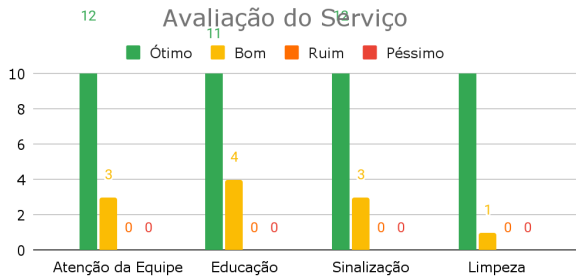
6.1.1 Avaliação do Atendimento

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento da equipe de enfermagem, equipe médica, fisioterapia e terapeuta ocupacional. No período, tivemos uma satisfação de 100%, demonstrando uma percepção positiva ao atendimento.

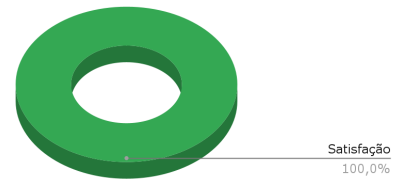


6.1.2 Avaliação do Serviço

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.

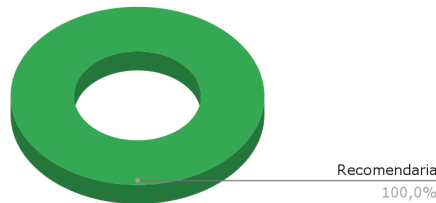


% Satisfação - Serviço



6.1.3 Net Promoter Score (NPS)

NPS



7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

- Treinamento sobre Protocolo Sepsis com equipe da CCIH, Educação continuada e equipe multiprofissional da Uti Materna (Manuseio de Dispositivos, demonstração de imagens para equipe apontar procedimentos realizados indevidamente e quais ações





- Meta 06 - Prevenção de Queda e Lesão por Pressão



- Setembro Amarelo e Roxo (Prevenção ao Suicídio e Fibrose Cística)





São Paulo, 06 de outubro de 2023


Adriana Cristina Alvares
CEGISS - Hospitalar
Supervisor Técnico Regional

DIRETOR TÉCNICO

RENATO TARDELLI