

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Hospital Regional Sul**

**Unidade de Terapia Intensiva  
Adulto**

**Convênio n.º 001626/2023**

**Abril**

**2024**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**GOVERNADOR**

Tarcísio Gomes de Freitas

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Eleuses Paiva

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



**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Mário Santoro Júnior

**DIRETOR TÉCNICO**

Renato Tardelli

**SUPERVISOR TÉCNICO REGIONAL**

Adriana Cristina Alvares

**COORDENADOR DE ENFERMAGEM**

[Beatriz Freitas Brandi de Andrade](#)

**COORDENADOR DE FISIOTERAPIA**

[Anamaria Aparecida Santiago Martins](#)

## SUMÁRIO

<b>1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL</b>	<b>6</b>
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	6
1.2 Hospital Regional Sul - Convênio n.º 001626/2023	7
<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>8</b>
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT	8
4.1.1 Dimensionamento UTI Adulto - 20 leitos	8
4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT	9
4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas	11
4.3.1 Absenteísmo	11
4.3.2 Turnover	12
4.3.2 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	13
<b>5.1 Indicadores - Quantitativos</b>	<b>14</b>
5.1.1 Saídas	14
<b>5.2 Indicadores - Qualitativos</b>	<b>15</b>
5.2.1 Taxa de Ocupação	15
5.2.2 Média de Permanência	16
5.2.3 Paciente - dia	17
5.2.4 Taxa de Mortalidade	18
5.2.5 Taxa de Reinternação	22
5.2.6 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)	23
5.2.7 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	24
5.2.8 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)	25
5.2.9 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	26
5.2.10 Prontuários Evoluídos	27
5.2.11 Reclamações na Ouvidoria Interna	27
Gráfico	27
5.2.12 Incidência de Queda	28
5.2.13 Índice de lesão por pressão	28
5.2.14 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	2
5.2.15 Incidência de Flebite	31
5.2.16 Incidência de Perda de CVC	32
5.2.17 Incidência de Perda de PICC	33
<b>6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>	<b>35</b>
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	35
6.1.1 Avaliação do Atendimento	35
6.1.2 Avaliação do Serviço	36

6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	36
6.2 Manifestações	37
6.2.1 Registros na Ouvidoria - Interna/Hospital	37
<b>7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO.</b>	<b>38</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;
- Ecosistema em Saúde.

### **Lema**

"Prevenir é Viver com Qualidade".

## **1.2 Hospital Regional Sul - Convênio n.º 001626/2023**

Com início no dia 10 de Janeiro de 2024, o convênio tem por objetivo promover o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde, prestados aos usuários do SUS na região, visando Gerenciamento Técnico e Administrativo de 20 (vinte) leitos de UTI Tipo II Adulto do Hospital Regional Sul.

## **2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES**

Todas as atividades realizadas na UTI Tipo II Adulto são monitoradas por sistema de informação (INPUT) e planilhas em 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 2024**.

## 4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho efetiva no período avaliado foi Setenta e dois (72) colaboradores contratados por processo seletivo (CLT). O quadro abaixo apresenta a relação de colaboradores (CLT) previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo.

### 4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

#### 4.1.1 Dimensionamento UTI Adulto - 20 leitos

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo
Administrativa	Auxiliar Técnico Administrativo (36h)	4	3
Assistencial	Coordenador de Enfermagem (40h)	1	1
	Coordenador de Fisioterapia (30h)	1	1
	Enfermeiro (36)	5	5
	Enfermeiro (36h) - noturno	5	5
	Fisioterapeuta (30)	9	9
	Técnico de Enfermagem (36h)	24	24
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	24	23
<b>Total</b>		<b>73</b>	<b>71</b>

**Análise Crítica:** Mediante o quadro acima, verificamos que 97,2% da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho.

Há em aberto 01 vaga de técnico de enfermagem no plantão noturno devido 01 pedido de demissão no dia 22/04/2024 e 01 vaga de auxiliar técnico administrativo devido afastamento por licença maternidade a partir de 25/04/2024.

## 4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

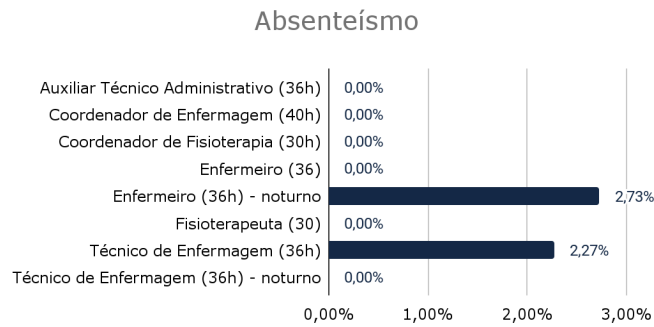
Setor	Efetivos	Cargo	Colaborador	Nº Conselho
UTI Adulto	4	Auxiliar Técnico Administrativo (36h)	Beatriz De Oliveira Moura	N/A
			Eliana Lopes De Oliveira	
			Lais De Freitas Pereira	
			Leticia Ferreira Gregorio Silva	
	1	Coordenador de Enfermagem (40h)	Beatriz Freitas Brandi De Andrade	372293
	1	Coordenador de Fisioterapia (30h)	Anamaria Aparecida Santiago Martins	3/76312-F
	5	Enfermeiro (36)	Mariana Rodrigues do Nascimento	316772
			Alyson Silva Gomes	647912
			Antonia Solange Rodrigues Nascimento	599529
			Adriana Cerqueira da Silva Gimenez	323620
			Marcia Adriana Da Silva Costa	631094
			Crislaine Ressurreição da Silva	754214
	5	Enfermeiro (36h) - noturno	Carlla De Souza Medina	232965
			Francisca Elenice Do Nascimento Sales	514043
			David Chagas Lobo	233031
			Marilac Carvalho Silva Santos	719.946
			Víctor Vinicius Vaz De Souza	679452
	9	Fisioterapeuta (30)	Beatriz Daniela Tomimatsu Santos	3/323261-F
			Camila Agnes Da Trindade Santos	3/187992-F
			Cleiane Nunes De Souza	3/302278-F
			Rosemeire Cavalcante Santana Silva	3/323261-F
			Francisca Viviane Clarentino De Sousa	3/287664-F
			Renata Oliveira da Silva	3/213019-F
			Jassira Lima De Jesus	3/270198-F
Mariana Silva Santana			3/295870-F	
Tania Danielle Bonifacio			3/116510-F	
24	Técnico de Enfermagem (36h)	Agnis Cristina Salgado Silva	1672360	
		Angelica Ramos Da Silva	113883	
		Antonio Carlos Da Silva Travassos	1725280	
		Claudia Montanha Da Silva	1813554	
		Dayana Matos Soares	1790565	
		Diana Lucia Ribeiro De Souza	1722642	
		Valéria Ferreira Batista	1396614	
		Elizabete Lucio De Moura Vieira	1919819	
		Angelica Ramos da Silva	1113883	
		Daiana Michela de Souza Gois	1400007	



		Jackeline Almeida De Sousa	1743695
		Jaqueline Labella Campos	2015085
		Kelly Cristina Martins Da Silva	984818
		Ketlin Giulia Cavalcanti Freitas	1634257
		Manuela Correia Costa	1587428
		Maria Jose Da Silva	1381657
		Pyllar da Fonseca Oliveira	2053380
		Mylena Pinheiro Barbosa	2022401
		Rogério Ferreira De Sousa	1413008
		Sabrina Da Silva Braga	1511241
		Sabrina Mecenias Ribeiro Nascimento	1286865
		Simone Lechi Nishiguchi	1122454
		Sildava da Silva	64587
		Valmira Ribeiro De Souza	1386967
	24	Adriana De Queiroz Mendes Dos Santos	1017812
		Adriana Fernandes Ruiz	584884
		Adriano Alves Da Silva	919624
		Aline Pamela De Sousa	1782007
		vaga	
		Bruna Freire De Castro	1702828
		Bruno Viana Duarte	1948285
		Carla Cristina Garcia Da Silva	1762009
		Daniel Siqueira Bacelar	64204
		Emabio Matos Dos Santos	739765
		Jaqueline Cordeiro Dos Santos	1257525
		Jessica Santos Silva	1888740
		João Firmino Santana Junior	1513678
		Sirlene Cristina Da Luz Alves	1333051
		Rodrigo Aparecido de Jesus	832530
		Lufuankenda Martins Domingos Lopes	1848117
		Marco Antonio Lima Vieira	1745692
		Marco Antonio Margarida Da Silva	1734686
		Nadir Lourenço Da Silva Lima	309976
		Selma Pereira Dos Santos	1741846
		Valeria Dos Passos Stroligo	74114
		Valeria Ferreira De Lima	1272759
		Victor Manoel De Jesus Simplicio	1577425
		Vitoria Goncalves Sousa	1619740

## 4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

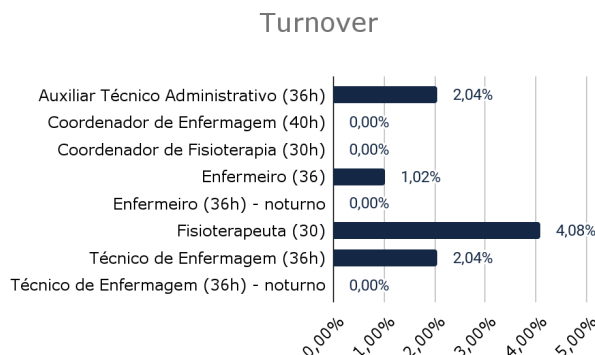
### 4.3.1 Absenteísmo



**Análise Crítica:** Na UTI Adulto, composta por 73 (setenta e três) colaboradores CLT foram identificados 26 (vinte e seis) ausências sendo 2 (duas) injustificadas e 24 (vinte e quatro) justificados por meio de atestado médico.

Em todas as 26 ausências não houve prejuízo à assistência contínua ao paciente pois os colaboradores ativos foram remanejados fazendo assim a cobertura necessária para o atendimento dos pacientes nas UTIs.

### 4.3.2 Turnover



**Análise Crítica:** Neste período de referência fechamos o mês de Abril com 97,2% do quadro de colaboradores CLT contratados.

Foram realizadas 06 admissões sendo 02 fisioterapeutas, ambas em 06/04/2024, R.C.S.S. para o plantão diurno e R.O.S. para o plantão noturno; 01 enfermeiro A. C. S. G. em 16/04/2024; 01 enfermeiro diurno para cobertura da licença maternidade A. S. G. em 05/04/2024; 01 técnico de enfermagem para o plantão diurno V. F. B. em 15/04/2024 e 01 técnico de enfermagem para o plantão noturno R. A. J. em 15/04/2024.

Cinco encerramentos de contrato de experiência sendo 02 fisioterapeutas: F.F.A. em 03/04/2024 e F.F.S.N. em 04/04/2024, 01 enfermeiro do plantão diurno G. D. S. F., 01 técnica de enfermagem do plantão diurno E. A. R., e 01 auxiliar técnico administrativo L. F. G. S., ambos no dia 08/04/2024.

Tivemos também 01 pedido de demissão de J. R. M. F., em 22/04/2024.

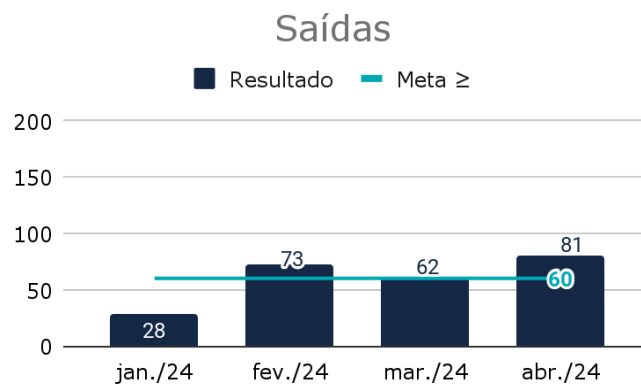
#### 4.3.2 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

**Análise Crítica:** No mês de abril não houve nenhum acidente de trabalho com nossos colaboradores.

### 5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

#### 5.1 Indicadores - Quantitativos

##### 5.1.1 Saídas

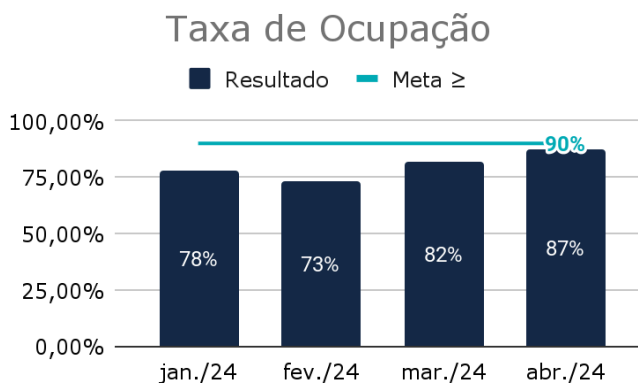


Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Transferência Interna	70
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	2
Óbitos > 24h	8
<b>Total</b>	<b>81</b>

**Análise crítica:** No mês de Abril, trabalhando com capacidade total nas UTIs 1 e 2, foram atingidas 81 saídas, ultrapassando a meta contratual. Desse total, 86,4% das saídas foram de transferências internas para enfermagem por alta melhorada, um paciente, 1,2% das saídas, foi uma transferência externa para o INCOR: paciente L. C. V. L., 65 anos, sexo feminino. Pacientes que evoluíram a óbito representaram 12,3% das saídas das UTIs 1 e 2.

## 5.2 Indicadores - Qualitativos

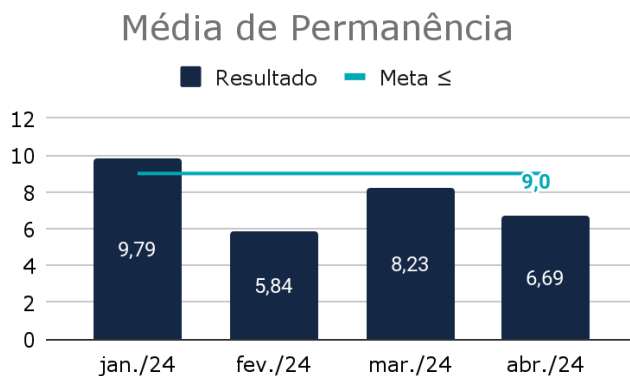
### 5.2.1 Taxa de Ocupação



Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
542	620

**Análise crítica:** No mês de Abril foi atingida uma taxa de ocupação de 87%, abaixo da meta contratual, no entanto, 5,15% maior que o mês anterior. O fluxo de gerenciamento de leitos e aceite de vagas para as UTIs 1 e 2, redefinido em Fevereiro, tem sido efetivo e não houve atraso ou recusa de vagas externa ou interna.

## 5.2.2 Média de Permanência

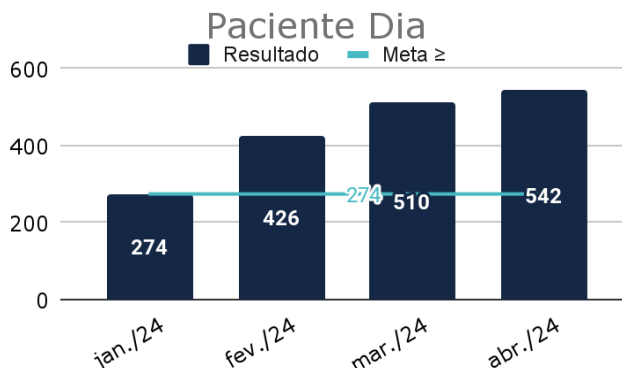


Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
542	81

**Análise crítica:** No mês de abril, o tempo médio de permanência nas UTIs 1 e 2 foi de 6,69 dias, abaixo da meta contratual, conforme esperado. Apesar do atingimento da meta, um ponto de atenção neste mês foi o número de pacientes de alta da UTI aguardando vaga na enfermaria por mais de 24 horas, o que ocorreu com 35,7% dos pacientes.

A abordagem multiprofissional diária dos pacientes com foco em reabilitação e o planejamento diário das altas para as próximas 24 horas continuam sendo fatores decisivos para este resultado.

### 5.2.3 Paciente - dia

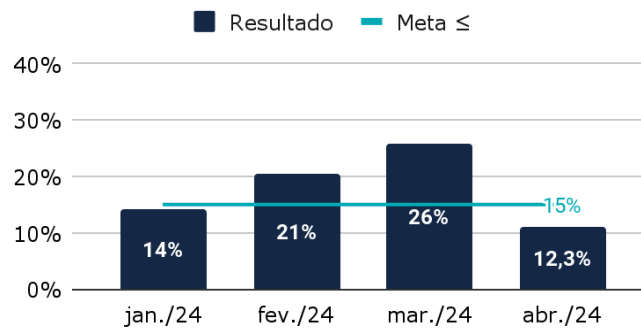


**Análise crítica:** No mês de abril atingimos 542 pacientes dia, ultrapassando a meta contratual. Houve um aumento na solicitação de vagas clínicas e cirúrgicas, para ambas as unidades.

Absorvemos todas as demandas de solicitação de vagas recebidas no período, provenientes do pronto socorro, centro cirúrgico e enfermaria. Dos pacientes internados na UTI 1, 60% foram pacientes clínicos e 40% pacientes cirúrgicos. Na UTI 2, 61% foram pacientes clínicos e 39% pacientes cirúrgicos. Houve o fluxo de 3 pacientes provenientes da UTI 2 para UTI 1 devido a necessidade de isolamento por aerossóis.

## 5.2.4 Taxa de Mortalidade

Taxa de Mortalidade Total



Nº Óbitos	Nº de Saídas
10	81

**Análise crítica:** No mês de abril a taxa de mortalidade das UTIs 1 e 2 atingiu 12,3%, abaixo da meta contratual.

Analisando cada unidade individualmente, a UTI 1 apresentou uma taxa de mortalidade de 17,3%. Foram 8 casos de óbitos sendo: 1 óbito em menos de 24 horas da internação com causa esclarecida e 7 casos de deterioração clínica sem resposta à terapêutica aplicada.

O caso de óbito em menos de 24 horas de internação na UTI foi o paciente P. M. L., 81 anos, sexo masculino, admitido em 12/04/2024 às 22:30 horas, com diagnóstico de Choque misto (cardiogênico e séptico de foco pulmonar e urinário), com antecedentes de DPOC, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, HAS e DM, SAPS 3 = 109 com mortalidade prevista de 98,4%. Admitido em instabilidade hemodinâmica, dependente de drogas vasoativas em altas concentrações, em IOT sob ventilação mecânica. Apresentou 27 minutos de PCR sem resposta às manobras de RCP e evoluiu a óbito às 08:49 horas do dia 13/04/2024.

Sete pacientes evoluíram com deterioração clínica ao longo da internação sem resposta à terapêutica aplicada. Paciente I. G. L., 78 anos, sexo masculino, admitido em 31/03/2024 com diagnóstico de IAM sem supra ST e choque



cardiogênico, antecedente de HAS, SAPS 3 = 84 com mortalidade prevista de 89,48%. Na data da internação na UTI, o paciente apresenta piora hemodinâmica e respiratória necessitando de IOT, ventilação mecânica e drogas vasoativas, sem condições clínicas para realização de cateterismo cardíaco via CROSS. Apresentou episódios de PCR nos dias 31/03/2024 e 03/04/2024, evoluindo óbito no dia 04/04/2024 às 00:22 horas.

Paciente A. P. S., 46 anos, sexo feminino, admitida em 01/04/2024 com diagnóstico de AVCH? e episódio de PCR em clínica de hemodiálise, com antecedente de HAS, DRC, obesidade e AVC prévio, SAPS 3 = 79 com mortalidade prevista de 84,64%. Paciente admitida já em IOT sob ventilação mecânica, sem sedação, com reflexo de tosse ausente e pupilas midriáticas, realizado abertura do protocolo de morte encefálica com resultado negativo devido a prova de apneia. Durante a internação, apresentou instabilidade hemodinâmica dependente de drogas vasoativas e evoluiu a óbito no dia 07/04/2024 às 20:27 horas.

Paciente L. A. A., 63 anos, sexo masculino, admitido em 02/04/2024 com diagnóstico de ITU, choque cardiogênico e séptico?, com antecedente de Insuficiência Cardíaca Congestiva, SAPS 3 = 47 com mortalidade prevista de 18,75%. Paciente admitido em ventilação espontânea em ar ambiente, dependente de drogas vasoativas (Noradrenalina e Dobutamina), em 04/04/2024 evoluiu com arritmia cardíaca necessitando de Amiodarona. Em 06/04/2024 iniciou quadro de desconforto respiratório, inicialmente realizado VNI no entanto evoluindo com necessidade de IOT e ventilação mecânica em 08/04/2024. Paciente permaneceu com instabilidade hemodinâmica em piora e evoluiu a óbito no dia 10/04/2024 às 23:18 horas.

Paciente R. C. A. L., 72 anos, sexo feminino, admitida em 09/04/2024 com diagnóstico de Sepsis de foco urinário e Insuficiência Renal Aguda, com antecedente de HAS, Nefrolitíase e DM, SAPS 3 = 84 com mortalidade prevista de 89,48%. Paciente admitida já em IOT sob ventilação mecânica, com drogas vasoativas em altas doses evoluindo sem resposta clínica, em grave estado geral e hipertermia de difícil controle. Evoluiu a óbito no dia 18/04/2024 às 20:50 horas.

Paciente M. V. S., 28 anos, sexo masculino, admitido em 30/03/2024 com diagnóstico de Sepsis de foco pulmonar por pneumonia atípica, com antecedente de HIV+, SAPS 3 = 65 com mortalidade prevista de 60,13%. Paciente admitido já em IOT sob ventilação mecânica, necessitando de sedação e drogas vasoativas, das quais permaneceu dependente. Durante a internação, o paciente evoluiu com hipoxemia refratária e insuficiência renal aguda com necessidade de hemodiálise. Evoluiu a óbito no dia 22/04/2024 às 01:45 horas.

Paciente M. R. S., 42 anos, sexo masculino, admitido em 22/04/2024 com diagnóstico de Sepsis de foco cutâneo por úlcera varicosea, com antecedente de Insuficiência cardíaca congestiva, obesidade e DM, SAPS 3 = 89 com mortalidade prevista de 92,83%. Paciente admitido em IOT sob ventilação mecânica com sedação e drogas vasoativas, evoluindo com acidose respiratória e hipoxemia refratárias, em 25/04/2024 apresentou PCR de 22 minutos evoluindo a óbito às 11:30 horas.

Paciente J. S. D., 61 anos, sexo feminino, admitida em 06/04/2024 com diagnóstico de sepsis de foco cutâneo por erisipela em MID, com antecedente de obesidade, HAS, DM, FA e doença renal crônica; SAPS 3 = 62 com mortalidade prevista de 52,9%. Já na admissão, a paciente apresentou distúrbio de coagulação formando hematoma central em região clavicular direita, evoluindo com instabilidade hemodinâmica e necessidade de drogas vasoativas. Optado por sedação, IOT e ventilação mecânica em 07/04/2024 para preservar vias aéreas, devido ao volume do hematoma, no entanto, a paciente evoluiu com ausência de resposta neurológica sem causa específica após a suspensão da sedação, o que prolongou o período de VM, sendo extubada eletivamente apenas em 20/04/2024. Em 27/04/2024, a paciente evoluiu novamente com instabilidade hemodinâmica, seguida de queda hematimétrica com necessidade de transfusão de concentrado de hemácias, distensão abdominal e desconforto respiratório. Realizada novamente IOT e tomografia computadorizada de tórax e abdome na urgência, que evidenciou grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal por provável abdome agudo perfurativo. Realizada laparotomia exploradora em 28/04/2024, com drenagem de 7 litros de conteúdo fecaloide

livre na cavidade. No POI, a paciente apresenta piora gradativa da mecânica respiratória e das condições hemodinâmicas, condizentes com sepse de foco abdominal, e evolui a óbito em 30/04/2024 às 02:30 horas.

Na UTI 2, a taxa de mortalidade foi de 5,7%. Foram 2 óbitos sendo: 01 óbito de paciente cirúrgico com menos de 24 horas de admissão na UTI e 01 caso de deterioração clínica por dengue hemorrágica.

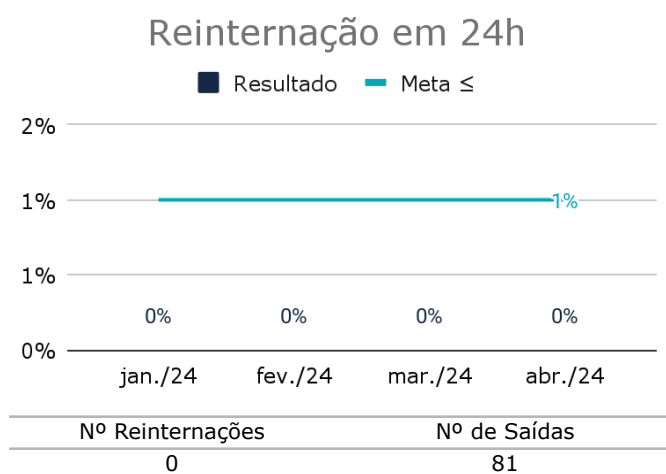
O caso de óbito em menos de 24 horas de internação na UTI 2 foi o paciente A. G. S., 56 anos, sexo masculino, admitido em 02/04/2024 às 18:45 horas em POI de colocação de enxerto aorto bifemoral, com antecedentes de desarticulação de tornozelo esquerdo em 26/03/2024, erisipela, obstrução arterial crônica femural, aneurisma de aorta, tabagismo e HAS. SAPS 3 = 52 com mortalidade prevista de 25,54%. Admitido na UTI em instabilidade hemodinâmica grave, dependente de drogas vasoativas, em IOT sob ventilação mecânica, evoluiu a óbito às 21:40 horas do dia 02/04/2024.

Um paciente evoluiu com deterioração clínica ao longo da internação sem resposta à terapêutica aplicada. Paciente D. A. S., 38 anos, sexo masculino, admitido em 02/04/2024 com diagnóstico de Dengue hemorrágica, com antecedente de Tuberculose em tratamento. SAPS 3 = 34 com mortalidade prevista de 4,7%, paciente apresentando hematúria e sangramento gengival desde a admissão, recebendo hemoderivados diariamente, estável hemodinamicamente sem drogas vasoativas e em respiração espontânea sem suporte de oxigênio. Em 06/04/2024 o paciente apresentou rebaixamento do nível de consciência súbito, realizada IOT e tomografia computadorizada de crânio na urgência, que evidenciou um AVCH extenso. Foi aberto protocolo de morte encefálica, no entanto o paciente evolui a óbito às 02:20 horas do dia 09/04/2024, antes da conclusão de todas as provas.

O Sistema de Pontuação Simplificado (SAPS) é uma ferramenta fundamental na avaliação e previsão da mortalidade nas Unidades de Terapia Intensiva. O *Standardized Mortality Ratio* (SMR), ou Índice de Mortalidade Padronizado, é uma medida crucial derivada do SAPS, que compara a mortalidade observada com a mortalidade esperada. O SMR permite uma avaliação objetiva da qualidade do

cuidado fornecido na UTI. A mortalidade esperada no mês de Abril para as UTIs 1 e 2 do Hospital Regional Sul, segundo a ferramenta SAPS 3, era de 36,5% enquanto a mortalidade real foi de 12,3%. Isso resultou em um SMR de 0,34%, indicando que a mortalidade observada foi significativamente inferior à esperada pelas condições clínicas dos pacientes.

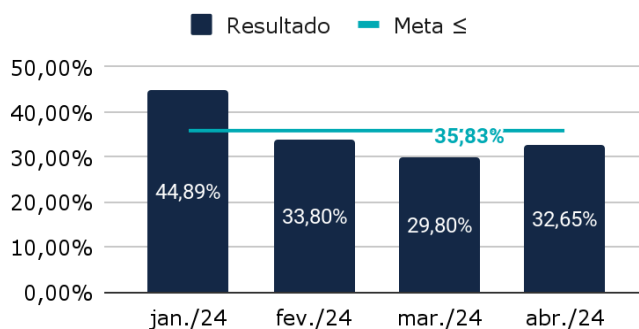
### 5.2.5 Taxa de Reinternação



**Análise crítica:** Não houveram reinternações em menos de 24 horas nas unidades de terapia intensiva, o que demonstra assertividade na indicação de alta para enfermaria.

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

Utilização de VM



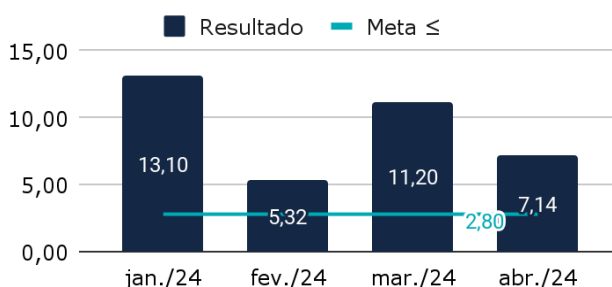
Nº Paciente-dia em VM	Nº Paciente-dia
177	542

**Análise crítica:** A taxa de utilização da ventilação mecânica foi de 32,65%, abaixo da meta contratual. Houve um pequeno aumento em relação ao mês anterior, atribuído exclusivamente ao quadro clínico dos pacientes.

Os pontos relevantes para atingimento da meta foram a ausência de pacientes crônicos na unidade e a visita multiprofissional diária, na qual a estratégia ventilatória de cada paciente é discutida individualmente visando assertividade, prevenção de infecção e retirada precoce da ventilação mecânica.

### 5.2.7 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
03	420

**Análise crítica:** No mês de abril, foram diagnosticados três novos casos de IPCS associados à utilização de CVC, sendo um caso na UTI 1 e dois na UTI 2, atingindo densidade de 7,14, acima da meta contratual, no entanto, 36% menor que no mês anterior.

O caso de IPCS na UTI 1 foi o paciente J. S. D., 61 anos, sexo feminino, admitida em 06/04/2024 com diagnóstico sepse de foco cutâneo por erisipela em MID, com antecedente de obesidade, HAS, DM, FA e doença renal crônica, com acesso venoso central em veia femoral direita passado no dia 07/04/2024. No dia 17/04/2024 evoluiu com leucocitose e aumento do PCR, além de piora da instabilidade hemodinâmica com necessidade de aumento da dosagem de drogas vasoativas. Coletadas culturas e escalonado antibioticoterapia, foi evidenciada na hemocultura contaminação por *Klebsiella pneumoniae* (KPC). Devido à instabilidade hemodinâmica e condição da rede venosa, só foi possível realizar a troca de sítio do acesso venoso central em 23/04/2024, a ponta foi enviada para cultura e houve confirmação da colonização por KPC, além de outros antígenos que não causaram repercussão clínica. A paciente evoluiu a óbito em 30/04/2024 às 02:30 horas, por choque séptico de foco abdominal causado por abdome agudo perfurativo.

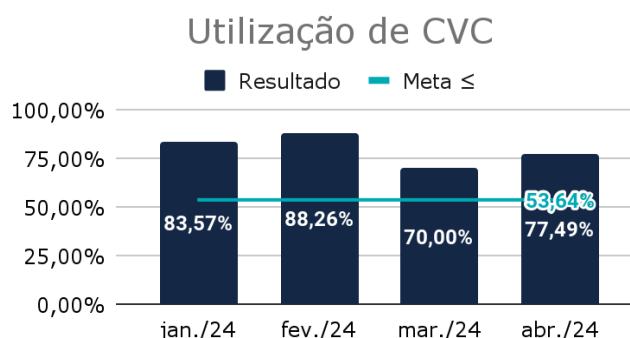
Na UTI 2, o primeiro caso de IPCS foi a paciente V. L. S. O., 64 anos, sexo feminino, admitida em 08/04/2024 em pré operatório de ressecção de tumor cerebral (cirurgia realizada em 09/04/2024), com acesso venoso central em veia jugular direita passado na admissão. No dia 15/04/2024, a paciente apresentou febre e leucocitose, por isso foram coletadas culturas e escalonado antibioticoterapia. Na hemocultura foi evidenciada a contaminação por *Staphylococcus spp.* No dia 26/04/2024 foi realizada a troca eletiva do cateter venoso central e a ponta foi enviada para cultura, confirmação da colonização por *Staphylococcus spp.*, respondendo a antibioticoterapia, sem repercussão clínica no momento. A paciente recebeu alta da UTI em 04/05/2024.

O segundo caso de IPCS na UTI 2 aconteceu com o paciente M.M.G., 83 anos, admitido na UTI em 16/04/2024 por quadro de rebaixamento de nível de consciência e hidrocefalia a/e, com antecedentes de múltiplas abordagens pela equipe da neurocirurgia por infecção de derivação ventrículo peritoneal, com

acesso venoso central em veia jugular direita passado em 26/03/2024. No dia 23/04/2024, a equipe médica optou por realizar a troca eletiva do acesso e a ponta foi enviada para cultura, evidenciando colonização por *Enterococcus faecalis*. A equipe médica optou por realizar antibioticoterapia e o paciente segue internado na UTI.

Neste momento, as IPCS são consideradas um ofensor à qualidade assistencial prestada nas UTIs, por isso a implantação do protocolo de Sepse, a padronização dos cuidados, validade e prevenção de contaminação dos dispositivos venosos são os temas prioritários para treinamentos do time assistencial durante o mês de Maio.

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

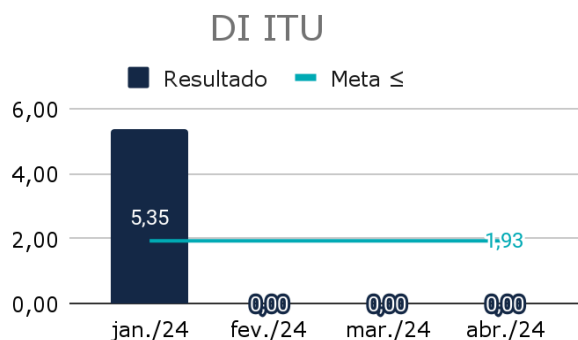


Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
420	542

**Análise crítica:** A taxa de utilização de CVC foi de 77,49%, acima da meta contratual. A taxa de utilização do dispositivo reflete diretamente o perfil clínico dos pacientes atendidos nas UTIs do Hospital Regional Sul, composto por pacientes de alta complexidade e necessidade de utilização de sedação e drogas vasoativas por períodos prolongados, drogas essas de administração exclusiva por cateter venoso central, além dos pacientes que necessitam de monitoramento invasivo contínuo da pressão arterial e os dependentes de hemodiálise. Na visita multiprofissional diária, a data de inserção dos cateteres e a necessidade de sua manutenção são discutidas individualmente, visando assertividade e prevenção de IPCS.

### 5.2.9 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU)

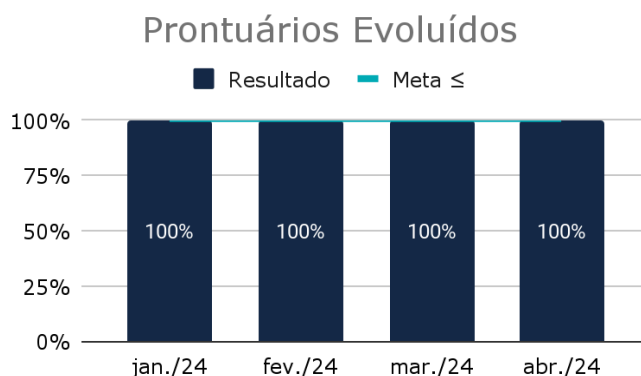
#### relacionada a cateter vesical



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	281

**Análise crítica:** No mês de abril não houve infecção de trato urinário relacionada a utilização de sonda vesical de demora nas UTIs. Completamos três meses consecutivos sem essa infecção.

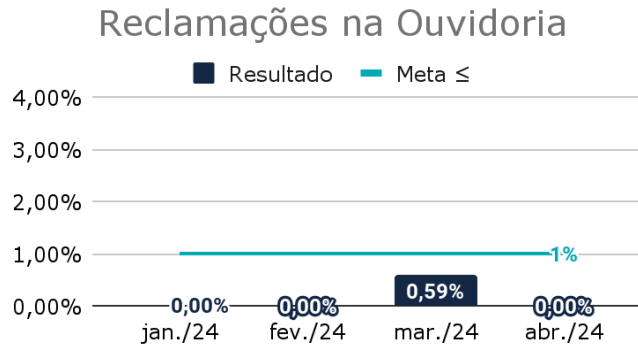
### 5.2.10 Prontuários Evoluídos



**Análise Crítica:** Durante o mês de referência todos os prontuários foram evoluídos. Equipe médica e enfermeiros realizam as evoluções no sistema IMPUT e equipe técnica de enfermagem e fisioterapia realizam evolução manual.

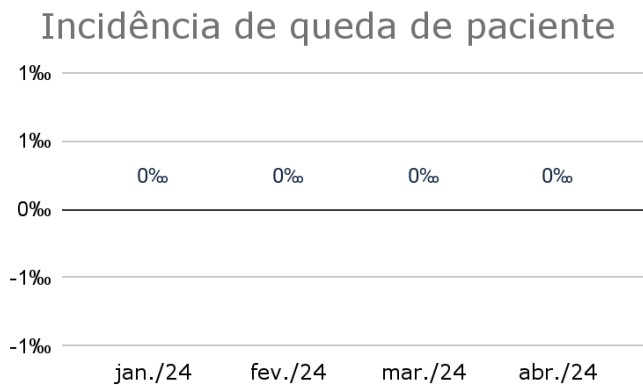


### 5.2.11 Reclamações na Ouvidoria Interna



**Análise crítica:** No mês de referência não tivemos ouvidoria registrada na UTI Adulto.

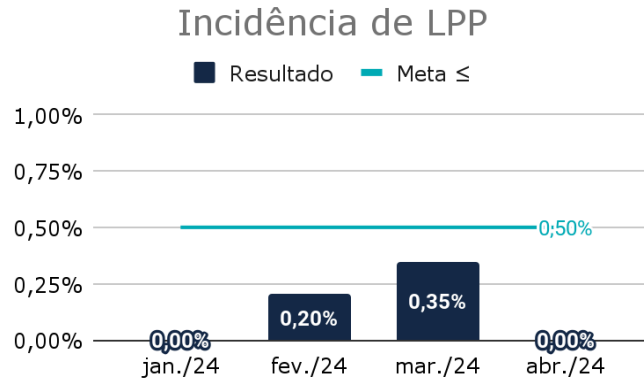
### 5.2.12 Incidência de Queda



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	542

**Análise crítica:** Não houve queda de pacientes no período, permanecendo dentro da meta contratualizada.

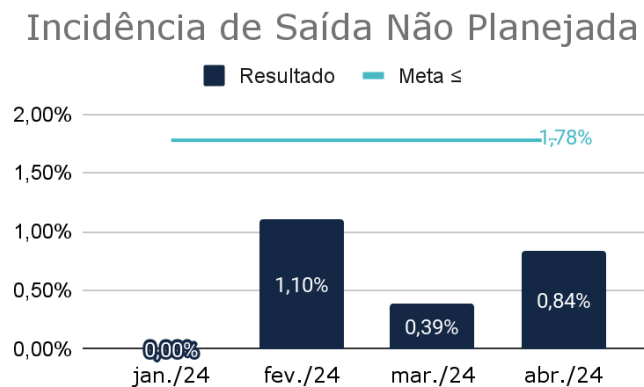
### 5.2.13 Índice de lesão por pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia com risco de adquirir LPP
0	622

**Análise crítica:** Não tivemos casos de novas LPPs durante o mês de Abril. Seguimos atentos às práticas assistenciais para prevenção, como mudança de decúbito a cada 2 horas e utilização de colchão piramidal, colchão pneumático e coxins para descompressão de extremidades. Além de orientar a equipe sobre boas práticas assistenciais e mitigar a possível ocorrência de subnotificação.

### 5.2.14 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT



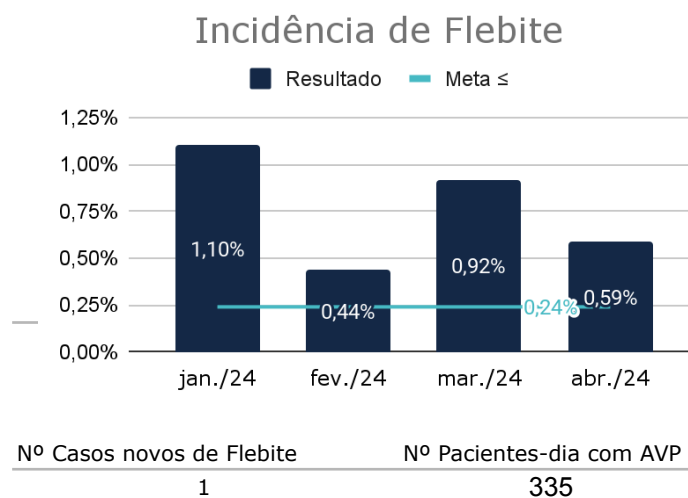
Nº Saída não planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral (SONGE)	Nº Pacientes-dia com SONGE
2	238

**Análise crítica:** No mês de Abril houveram duas saídas não planejadas de sonda nasoenteral, que representou uma incidência de 0,84%, dentro da meta contratual.

O primeiro caso aconteceu no dia 09/04/2024 com a paciente L. G. A., 49 anos, sexo feminino, admitida na UTI em 22/03/2024, no POI de drenagem de abscesso periaigdaliano e TQT, paciente lúcida e orientada, estável hemodinamicamente sem drogas vasoativas, permaneceu sob ventilação mecânica no período de 29/03/2024 a 10/04/2024 devido a broncoespasmo de difícil controle, foi colocada em sedestação em poltrona e ao lateralizar a cabeça a sonda enroscou acidentalmente no braço de apoio da poltrona. A sonda foi repassada imediatamente pois a paciente estava em acompanhamento com a fonoaudiologia para retomar alimentação por via oral.

O segundo caso aconteceu com o paciente J. R. S., 71 anos, sexo masculino, admitido em 10/04/2024 em POI de amputação transtibial a direita com antecedentes de AVC, HAS e DM. Paciente afásico e hemiplégico a direita, no dia 23/04/2024 durante a visita os familiares retiraram a contenção do membro superior esquerdo e foram embora sem comunicar a equipe. Paciente sacou a sonda voluntariamente e a mesma precisou ser repassada devido ao quadro de disfagia e necessidade de alimentação exclusiva via enteral.

### 5.2.15 Incidência de Flebite

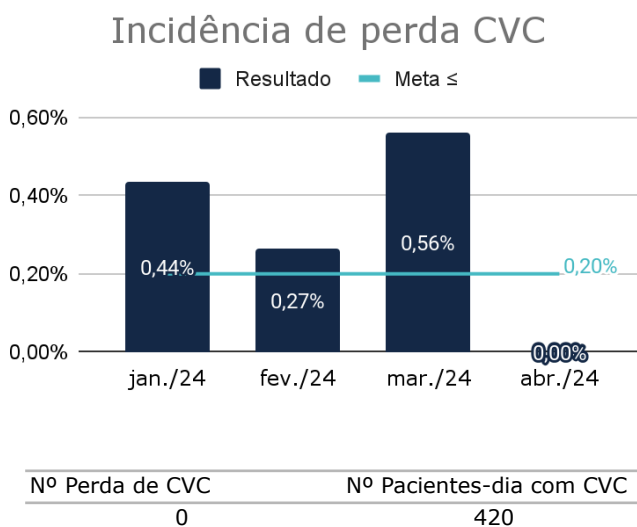


**Análise crítica:** Houve um caso de flebite durante o mês de Abril, que representou um incidência de flebite de 0,29%, acima da meta contratual.

O caso aconteceu com o paciente J. R. P., 82 anos, sexo masculino, internado por lesão neoplásica de couro cabeludo em pré operatório, realizando antibióticoterapia por acesso venoso periférico em MSE desde 12/04/2024. No dia 17/04/2024, durante a realização do exame físico, foi verificada a presença de flebite em MSE. Realizada troca de AVP para MSD e região da flebite tratada com compressa de chá de camomila, curativo hirudoid 3x ao dia e acompanhamento diário da evolução da lesão.

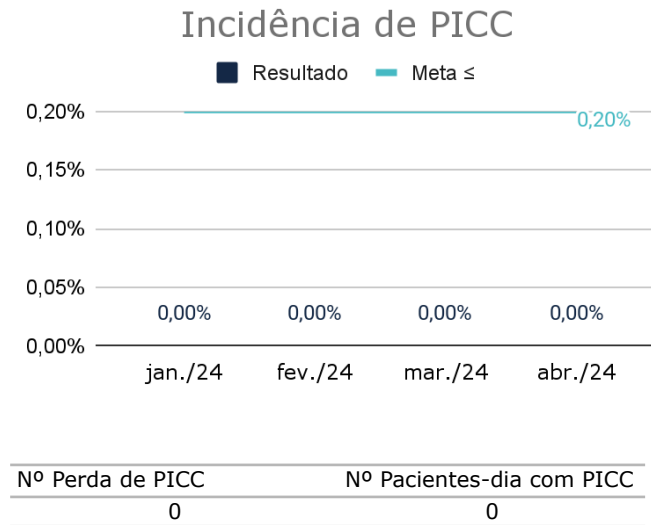
Como boa prática para prevenção de flebite, drogas vasoativas e sedação são administradas exclusivamente por acesso central e os catéteres periféricos são trocados a cada setenta e duas (72) horas.

### 5.2.16 Incidência de Perda de CVC



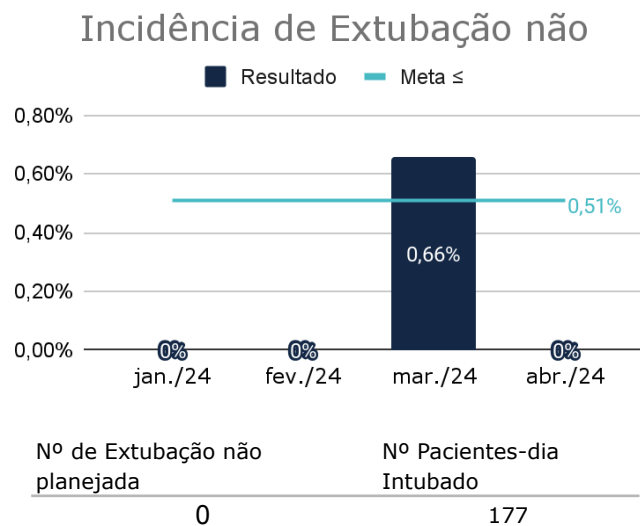
**Análise crítica:** Durante o mês de Abril não houve perda de acesso venoso central.

### 5.2.17 Incidência de Perda de PICC



**Análise crítica:** Não utilizamos cateter de PICC na UTI Adulto.

### 5.2.18 Incidência de Extubação não Planejada



**Análise crítica:** Durante o mês de Abril não houve extubação não planejada de pacientes nas UTIs 1 e 2.

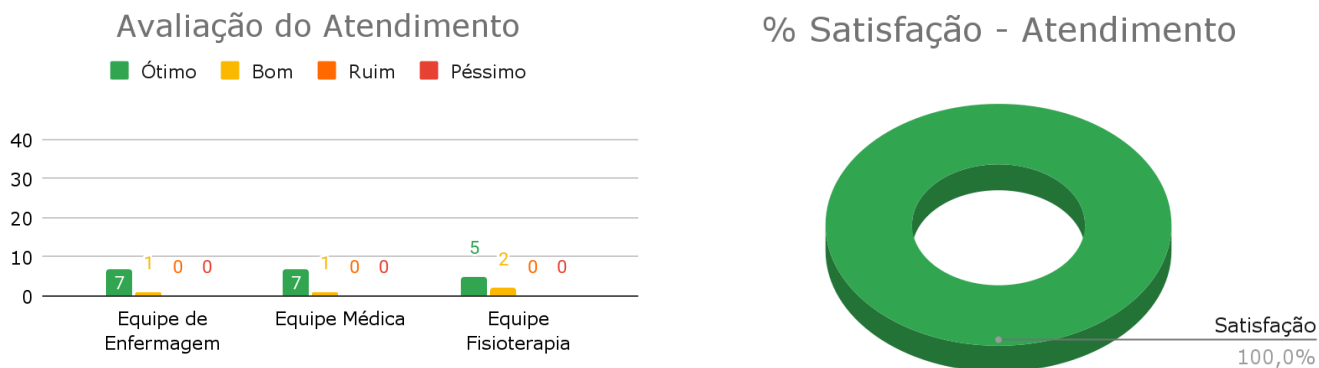
## 6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e denúncias 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.

### 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

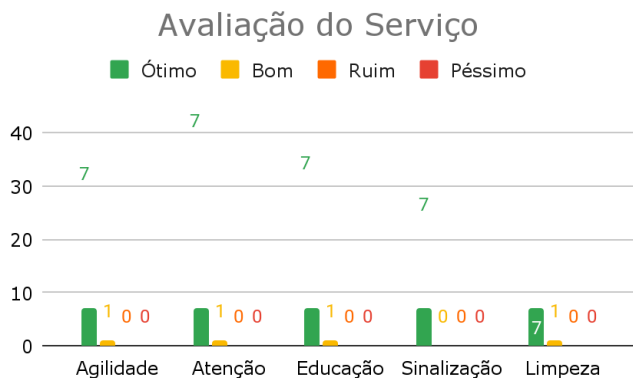
No período avaliado, tivemos o total de **08 pesquisas preenchidas**. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

#### 6.1.1 Avaliação do Atendimento

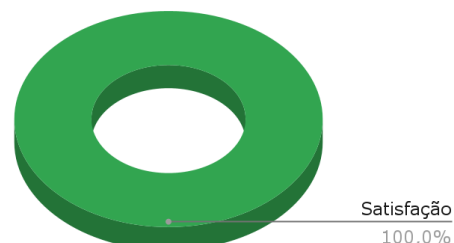


**Análise crítica:** O indicador avalia a satisfação do usuário em relação ao atendimento da Equipe Multidisciplinar de forma dirigida através de busca ativa. No período, tivemos satisfação de 100%, demonstrando uma percepção positiva

### 6.1.2 Avaliação do Serviço

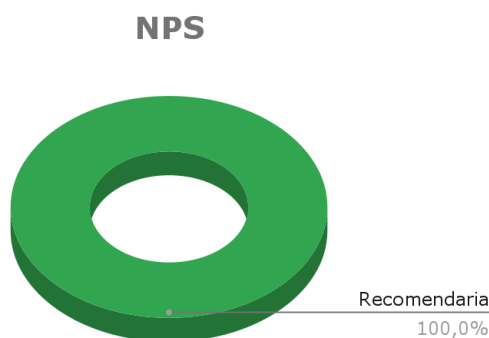


### % Satisfação - Serviço



**Análise crítica:** O indicador avalia a satisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a, atenção da equipe, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de **100%** dos usuários.

### 6.1.3 Net Promoter Score (NPS)



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

## 7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO.

No mês de abril foram realizadas orientações in loco na UTI adulto com as equipes assistenciais sobre fechamento de balanço hídrico, anotação de enfermagem e prevenção de infecção primária da corrente sanguínea.

Temos como prática a visita multiprofissional diária nas UTIs onde são discutidos individualmente cada caso clínico e definido o plano terapêutico visando a recuperação clínica, retirada precoce dos dispositivos e programação de altas.

São Paulo, 08 de maio de 2024.



**Adriana Cristina Alvares**  
Gerente Técnico Regional - CEGISS  
RG 28.885.468-4  
CEJAM

**DIRETOR TÉCNICO**

RENATO TARDELLI