

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Hospital e Maternidade Leonor  
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva  
Materna**

**Convênio n.º00023/2022**

**Dezembro**

**2022**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**GOVERNADOR**

Rodrigo Garcia

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Jean Carlo Gorinchteyn

**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 31 de dezembro de 2022**.

## 4. FORÇA DE TRABALHO

### 4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT e PJ

A equipe de trabalho é composta por 31 colaboradores, sendo 22 contratados por processo seletivo (CLT) e 09 por contratação de Pessoa Jurídica (PJ).

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo	Assistente Administrativo (40h)	1	1	✓
Assistencial	Coordenador de Enfermagem (40h)	1	1	✓
	Coordenador Médico (30h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36)	2	2	✓
	Enfermeiro (36h) - noturno	3	3	✓
	Fisioterapeuta (06h)	3	3	✓
	Fisioterapeuta - Chefia (40h)	1	1	✓
	Técnico de Enfermagem (36h)	7	7	✓
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	7	7	✓
	Terapeuta Ocupacional (30h)	1	1	✓
	Médico Intensivista Matutino (20h)	1	1	✓
	Médico Cirurgia Geral - A distância (12h)	1	1	✓
	Médico Plantonista UTI (12h)	1	1	✓
	Médico Plantonista UTI (12h) - noturno	1	1	✓
<b>Total</b>		<b>31</b>	<b>31</b>	✓

Fonte: São Paulo - HMLMB - 2022

Mediante o quadro acima, verificamos que 100% da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho.

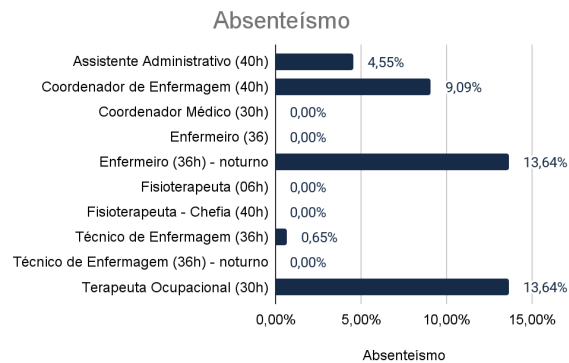
## 4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

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.Ranielli Aparecida	1652014
		09.Quelcilene de Paula	936670
		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.Adrielle Rodrigues	807366
		18.Rafhaela Moreira Vitalino	1511542
		19.Denise Jeanete Rodrigues	1583997
		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), e nove (9) colaboradores (PJ), foram identificados o total de 16 dias de ausências durante o período de referência, sendo:

→ **Motivos:**

- 01 (um) dia por motivos justificados por meio de atestado médico  
( Auxiliar Administrativo )
- 02 (dois) dias por motivos justificados por meio de atestado médico  
( Coordenadora de Enfermagem )
- 03 (três) dias por faltas não justificadas  
( Terapeuta Ocupacional)
- 09 (nove) dias por motivos justificados por meio de atestado médico  
( Enfermeira)
- 01 (um) dia por motivos justificados por meio de atestado médico  
(Técnica de Enfermagem)

### 4.3.2 Turnover

**Análise crítica:** Colaboradora Efigênia de Freitas ( Técnica de Enfermagem) retornou de afastamento por INSS na data do dia 02/12/2022

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

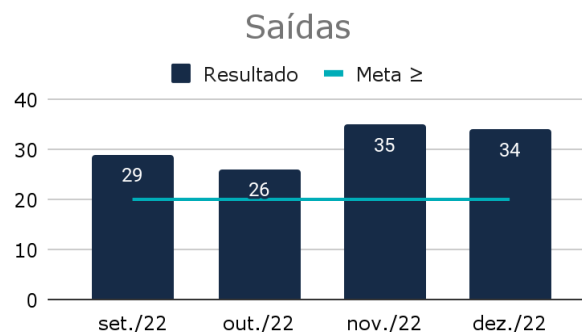
**Análise crítica:** Não tivemos nenhum caso de CAT neste mês

## 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	2
Evasão	0
Transferência Interna	30
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	1
<b>Total</b>	<b>34</b>

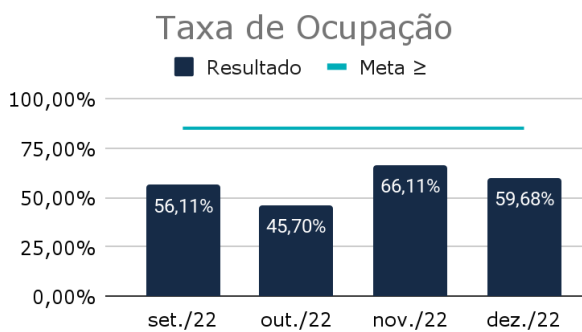
**Análise crítica:** No período analisado tivemos 34 saídas. Meta contratual atingida.

- **Óbito:** Paciente M.G.C., 38 anos, admitida no dia 23/12/2022 com HD: Síndrome Hellyp Parcial + Popc.

No dia 26/12 paciente reavaliado pela equipe da Obstetrícia e indicado reabordagem, no intraoperatório foi evidenciado grande quantidade de líquido serosanguinolento fluido, distensão importante de alças e útero aumentado para 16 semanas.

27/12 - 11:15 Realizado extubação com sucesso (após ter passado no teste de desmame). As 13:00 apresentou dispnéia súbita, queda de saturação e indicado re-intubação, onde evoluiu com parada cardiorrespiratória, sendo realizado manobras de RCP, sem obter sucesso. Óbito constatado às 13:41.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação

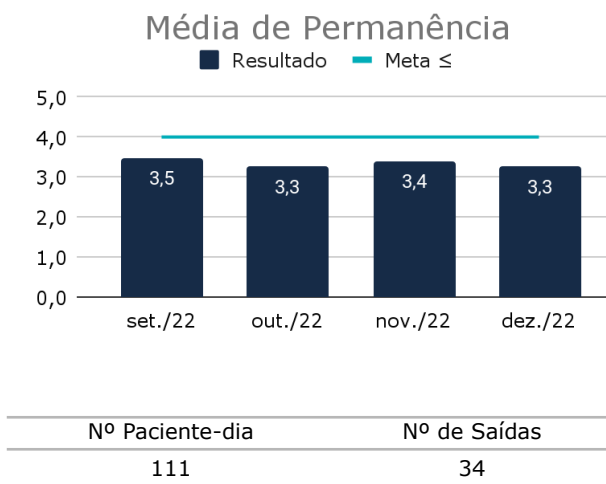


**Análise crítica:** No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 59,68%. Informamos que todas as vagas solicitadas foram prontamente atendidas.

Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
111	186

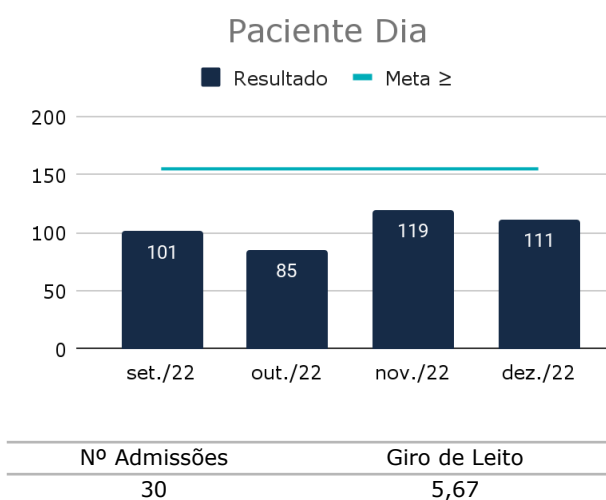
## 5.2 Indicadores - Qualitativos

### 5.2.1 Média de Permanência



**Análise crítica:** Nesse mês tivemos uma média de permanência de 3,3 dias. Atingido a meta pactuada, tendo em vista que diariamente em visita multi 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.

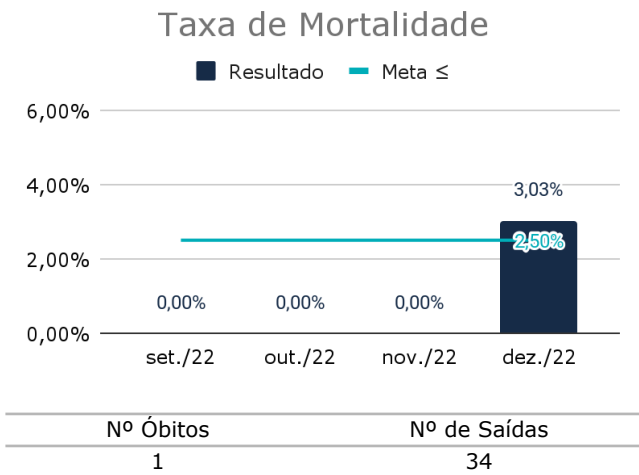
### 5.2.2 Paciente Dia



pacientes-dia, realizamos 30 admissões e 33 saídas, apresentando giro de leito de 5,67 vezes.

**Análise crítica:** No período avaliado na UTI Materna tivemos 112

### 5.2.3 Taxa de Mortalidade

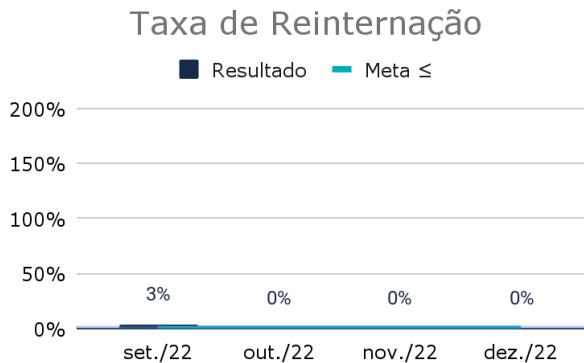


**Análise crítica: Óbito:** Paciente M.G.C., 38 anos, admitida no dia 23/12/2022 com HD: Síndrome Hellp Parcial + Popc.

No dia 26/12 paciente reavaliado pela equipe da Obstetrícia e indicado reabordagem, no intraoperatório foi evidenciado grande quantidade de líquido serosanguinolento fluido, distensão importante de alças e útero aumentado para 16 semanas.

27/12 - 11:15h Realizado extubação com sucesso (após ter passado no teste de desmame). As 13:00 apresentou dispnéia súbita, queda de saturação e indicado re-intubação, onde evoluiu com parada cardiorrespiratória, sendo realizado manobras de RCP, sem obter sucesso. Óbito constatado às 13:41.

## 5.2.4 Taxa de Reinternação

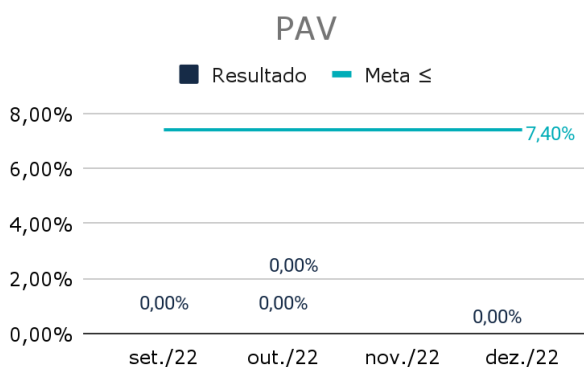


**Análise crítica:** Não tivemos reinternação nesse período. Meta atingida.

Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	34

## 5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

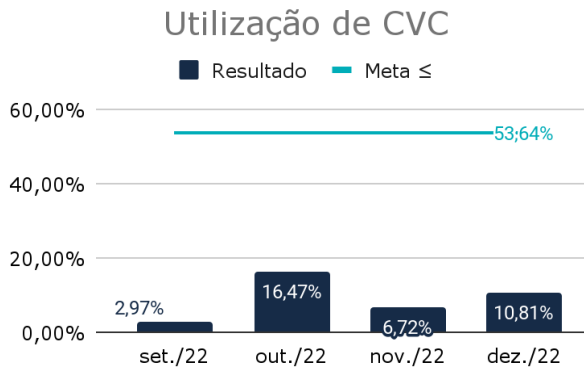
### 5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)



**Análise crítica:** Não tivemos PAV nesse período. Meta contratual atingida.

Nº Casos novos de PAV	Nº Paciente-dia em VM
0	2

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

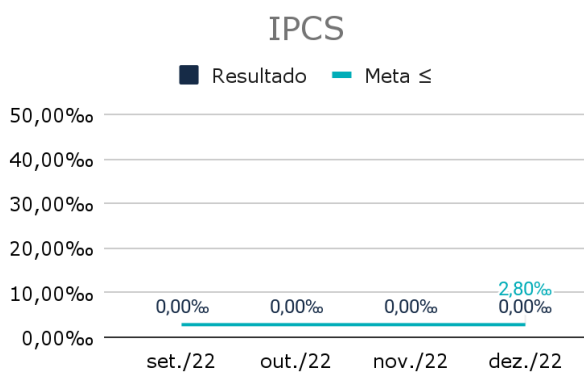


Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
12	111

**Análise crítica:** Atingimos a meta pactuada, tendo em vista a cultura

dos médicos intensivistas em desinvadir o mais precoce possível os pacientes com cateteres centrais.

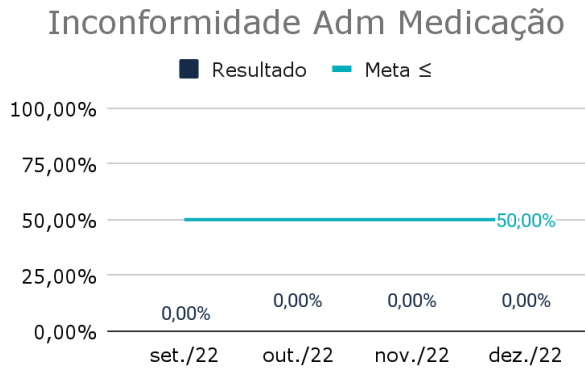
### 5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	12

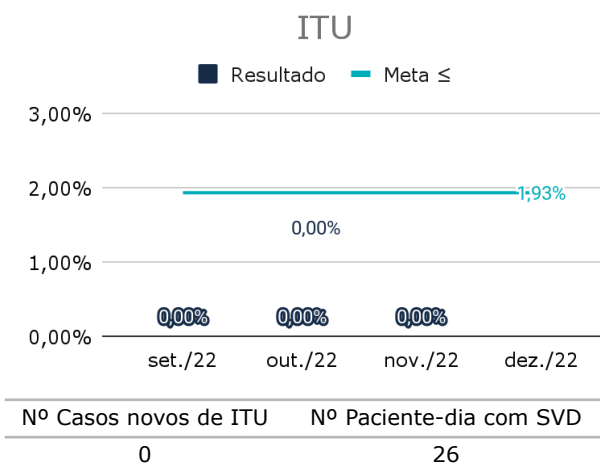
**Análise crítica:** Não ocorreu nenhuma infecção primária da corrente sanguínea relacionada a cateter vascular central, nesse período. Meta contratual atingida.

### 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.

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

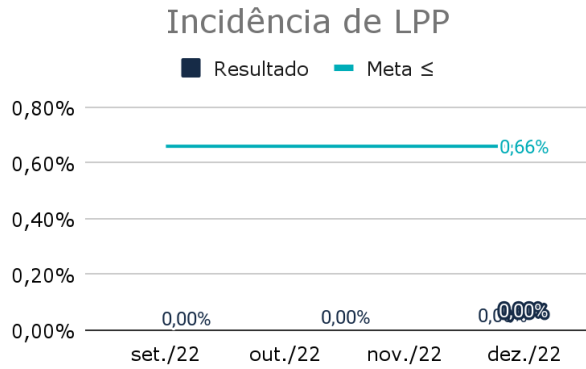


nesses período. Meta contratual atingida.

**Análise crítica:** Não ocorreu nenhuma infecção do trato urinário



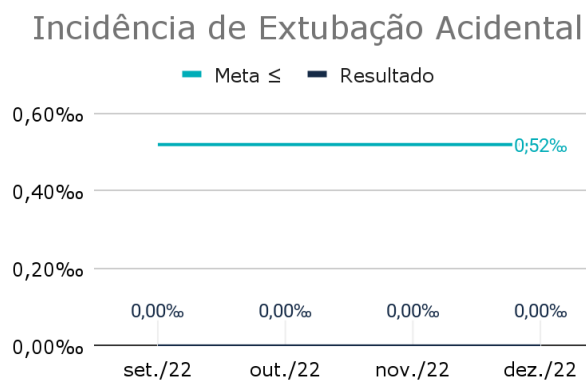
### 5.3.6 Índice de úlcera por pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
0	111

**Análise crítica:** Não ocorreu nenhuma lesão por pressão nesse período. Meta contratual atingida.

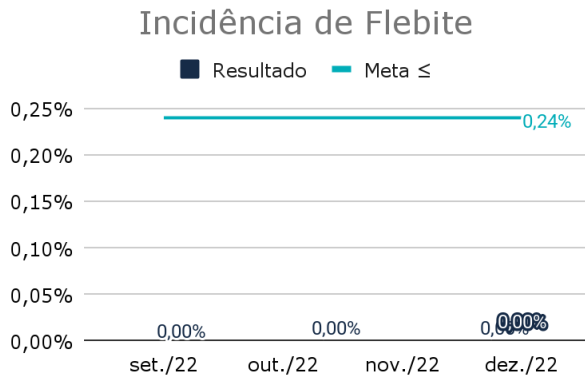
### 5.3.7 Incidência de Extubação Acidental



Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
0	2

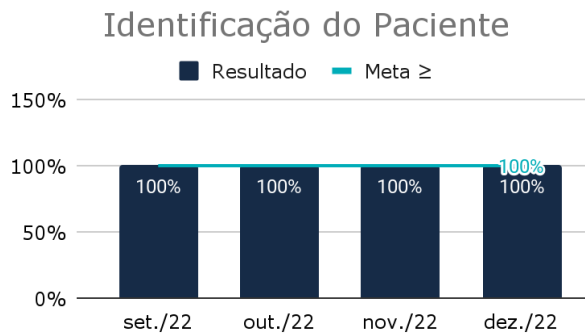
**Análise crítica:** Não ocorreu nenhuma extubação acidental no período. Meta contratual atingida.

### 5.3.8 Incidência de Flebite



**Análise crítica:** Não ocorreu nenhuma flebite no período. Meta contratual atingida.

### 5.3.9 Adesão às metas de Identificação do Paciente

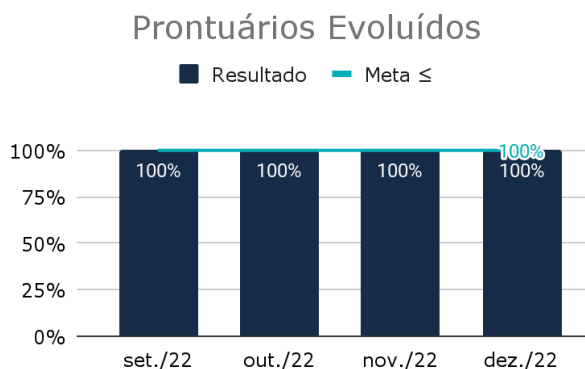


pulseira de identificação. Meta contratual atingida.

Nº Paciente-dia com pulseira de identificação	Nº Paciente-dia
111	111

**Análise crítica:** Mantivemos em nossa UTI todos os pacientes devidamente identificados com

### 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.

## 6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

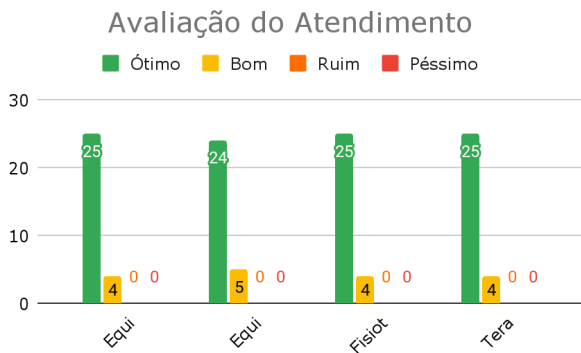
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade.

### 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

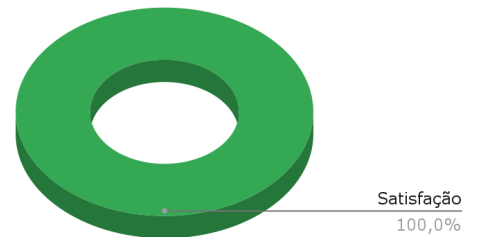
No período avaliado, tivemos o total de 29 formulários preenchidos. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

### 6.1.1 Avaliação do Atendimento

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

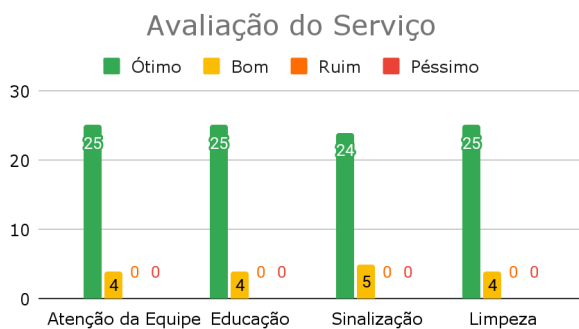


% Satisfação - Atendimento

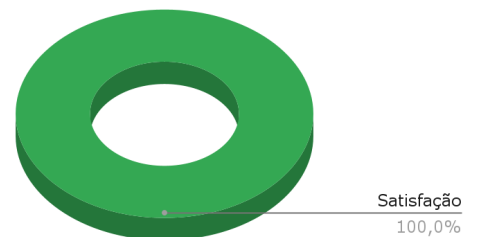


### 6.1.2 Avaliação do Serviço

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a agilidade, atenção, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de 100% dos usuários.



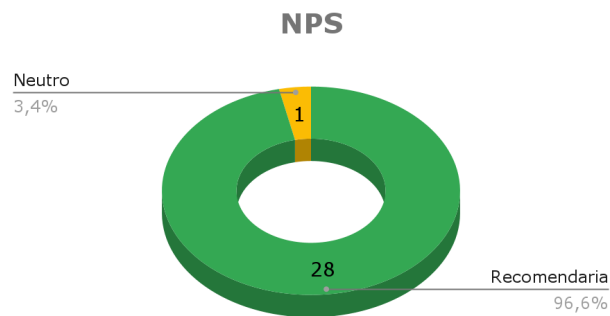
% Satisfação - Serviço



### 6.1.3 Net Promoter Score (NPS)

---

O indicador avalia a satisfação do usuário em relação a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado, 96,6% dos usuários recomendariam o serviço.



## 7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

- Treinamento sobre Prevenção do Câncer de Pele



- Treinamento sobre Prevenção do HIV (Dezembro Vermelho)







- Campanha - Elogio ao colega ( Estimulado todos colaboradores da Uti Materna a realizar um elogio aos colegas de trabalho) Realizado uma mural dos elogios



- Gravação do vídeo de Celebração de Natal



Paulo, 10 de janeiro de 2023.



**Sirlene Dias Coelho**  
Gerente de Serviços de Saúde  
**CEGISS - CEJAM**