

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Hospital e Maternidade Leonor  
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva  
Materna**

**Convênio n.º00023/2022**

**Novembro**

**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 30 de novembro de 2022**.

## 4. FORÇA DE TRABALHO

### 4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

A equipe de trabalho é composta por 34 colaboradores, sendo 22 contratados por processo seletivo (CLT) e 12 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)	6	6	✓
	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) - diurno	1	1	✓
	Médico Plantonista UTI (12h) - noturno	1	1	✓
<b>Total</b>		<b>34</b>	<b>34</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.

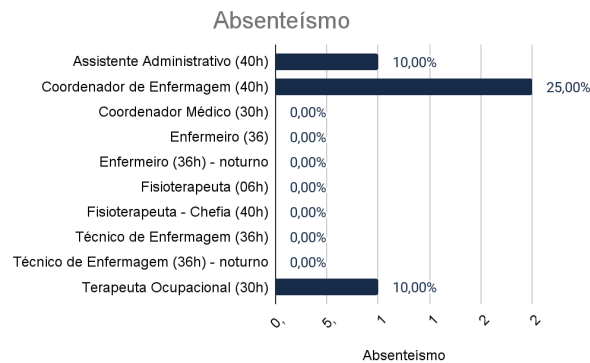
## 4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

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
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	15. Marcela Ribeiro Martins	254902
		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 oito (8) colaboradores (PJ), foram identificados o total de 39 dias de ausências durante o período de referência, sendo:

→ **Motivos:**

- 30 ( trinta) dias por motivos justificados por meio de atestado médico (Técnico de enfermagem diurno - Efigênia de Freitas - encaminhado ao INSS).
- 02 (dois) dias por motivo justificado por meio de atestado médico ( Auxiliar Administrativo )
- 05 (cinco) dias por motivos justificados por meio de atestado médico ( Coordenadora de Enfermagem )
- 02 (dois) dias por faltas não justificadas ( Terapeuta Ocupacional)

### 4.3.2 Turnover

**Análise crítica:** Não tivemos nenhum turnover neste mês

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

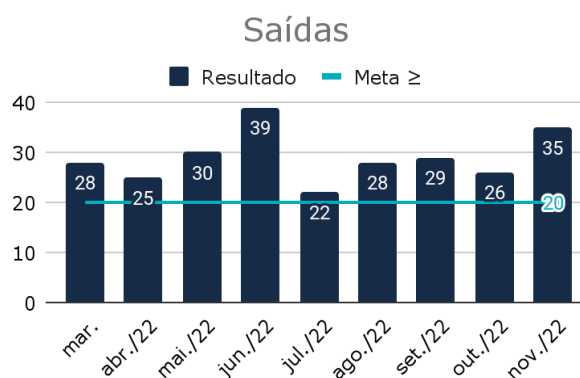
**Análise crítica:** Não tivemos nenhum caso de CAT neste mês

## 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

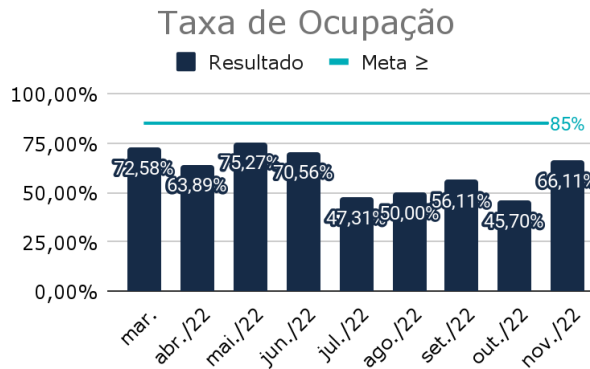


Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão/ Desistência de Tratamento	1
Transferência Interna	33
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
<b>Total</b>	<b>35</b>

**Análise crítica:** No período analisado tivemos 35 saídas. Meta contratual atingida.

**Desistência de Tratamento:** Paciente P.V.L.A.O., 19 anos, admitida na Uti no dia 24/11 às 11:30 com HD: TVP + Curetagem + DM descompensada. Na data do dia 25/11 paciente apresentou-se chorosa e relatando desejo de ir para sua residência e desistir de seu tratamento, acionado equipe de Psicologia e Assistência Social (solicitação prontamente atendida pelas equipes).O médico intensivista, acompanhado da enfermeira do setor, conversaram com a mesma e com seu esposo explicaram todos os riscos e planos de tratamento para paciente, porém a mesma se recusa a manter o tratamento . Às 15:50 a mesma desistiu de seu tratamento, acompanhada do seu esposo.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação

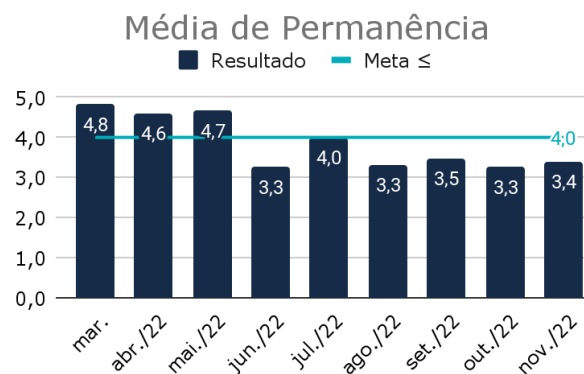


Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
119	180

**Análise crítica:** No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 66,11%. Informamos que todas as vagas solicitadas foram prontamente atendidas.

### 5.2 Indicadores - Qualitativos

#### 5.2.1 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
119	35

**Análise crítica:** Nesse mês tivemos uma média de permanência de 3,4 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.

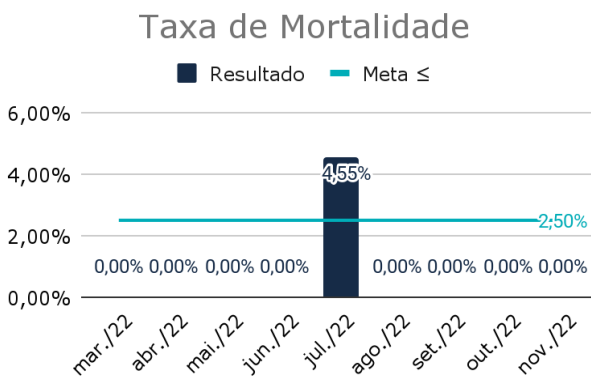
### 5.2.2 Paciente Dia



**Análise crítica:** No período avaliado na UTI Materna tivemos 119 pacientes-dia realizamos 38 admissões e 35 saídas, apresentando giro de leito de 5,83 vezes.

Nº Admissões	Giro de Leito
38	5,83

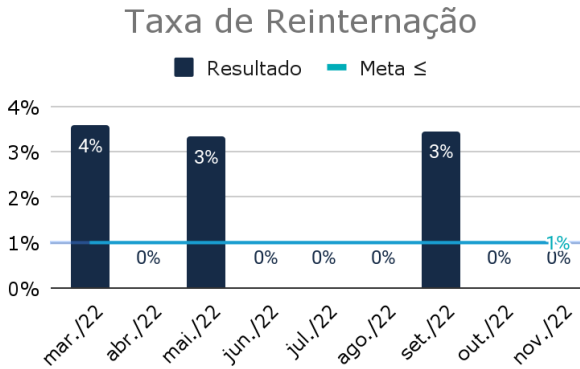
### 5.2.3 Taxa de Mortalidade



Nº Óbitos	Nº de Saídas
0	35

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

### 5.2.4 Taxa de Reinternação

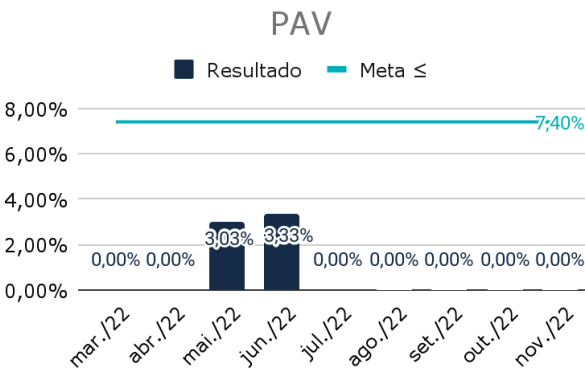


**Análise crítica:** Não tivemos reinternação nesse período. Meta atingida.

Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	35

### 5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

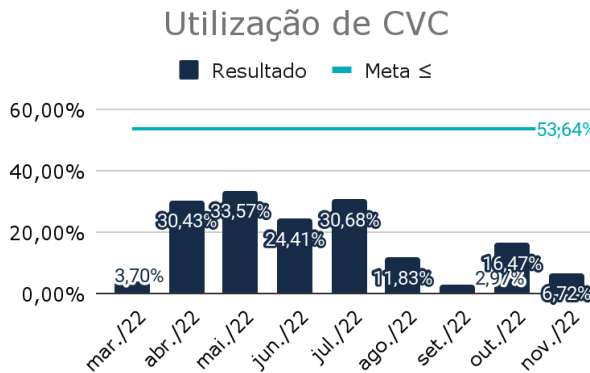
#### 5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)



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

Nº Casos novos de PAV	Nº Paciente-dia em VM
0	1

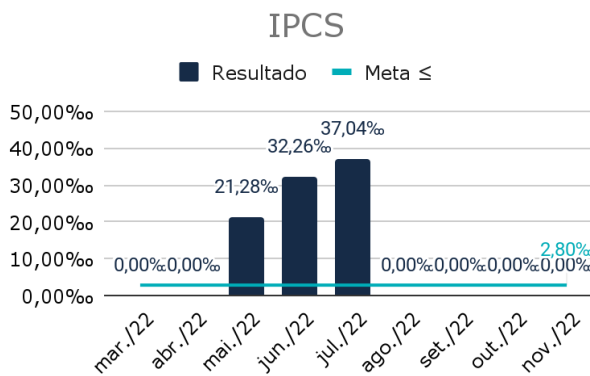
### 5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)



**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.

Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
8	119

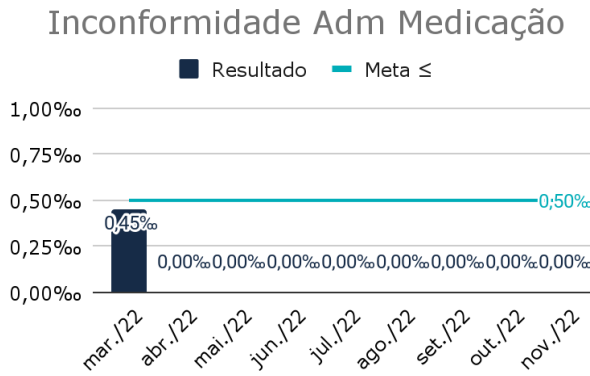
### 5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



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

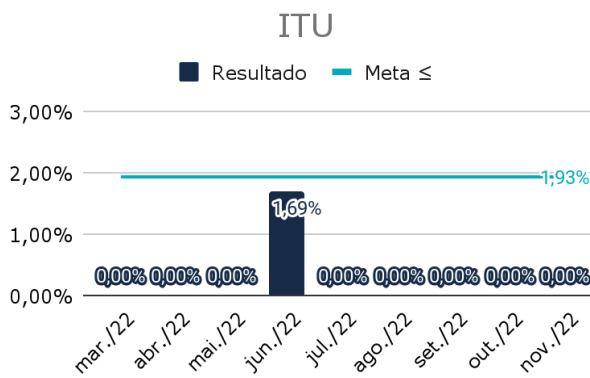
Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	8

### 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

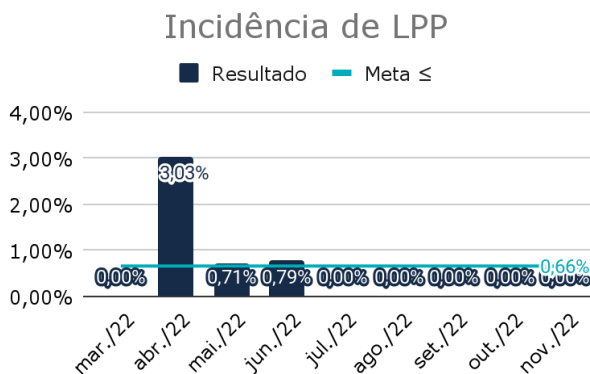


**Análise crítica:** Não ocorreu nenhuma infecção do trato urinário nesse período. Meta contratual atingida.

Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	45



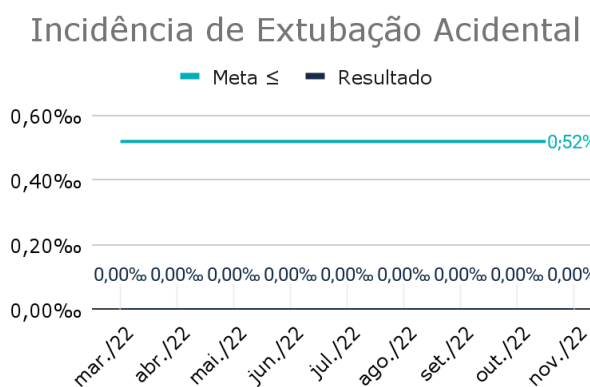
### 5.3.6 Índice de úlcera por pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
0	119

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

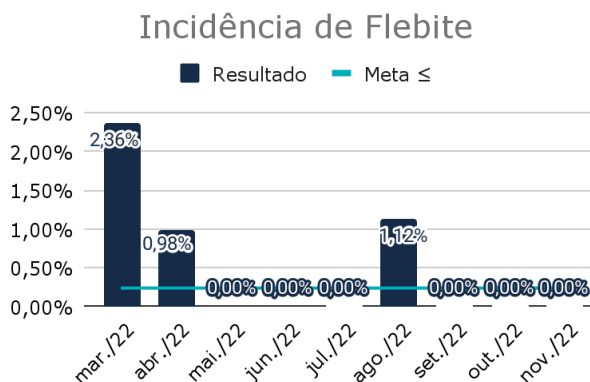
### 5.3.7 Incidência de Extubação Acidental



Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
0	1

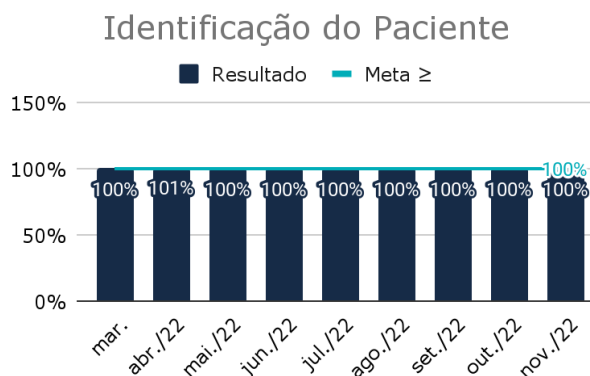
**Análise crítica:** Não ocorreu nenhuma extubação acidental no período. Meta contratual atingida.

### 5.3.8 Incidência de Flebite



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

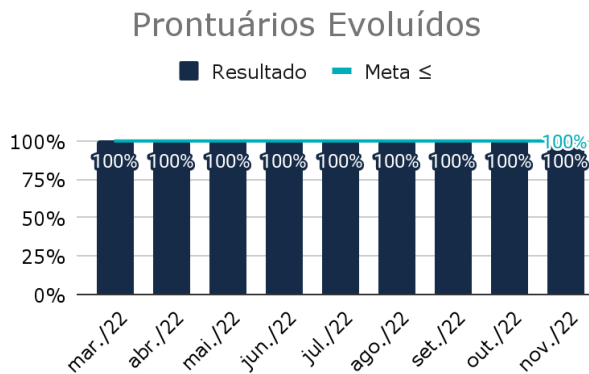
### 5.3.9 Adesão às metas de Identificação do Paciente



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

Nº Paciente-dia com pulseira de identificação	Nº Paciente-dia
119	119

### 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

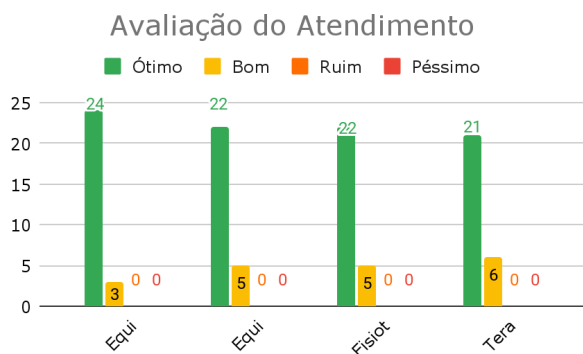
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares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

### 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

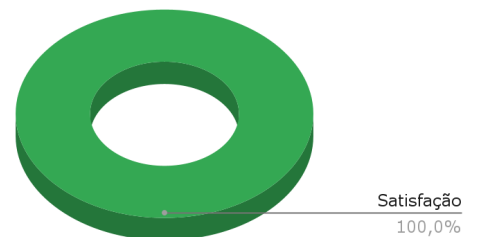
No período avaliado, tivemos o total de 27 formulários preenchidos. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

### 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.

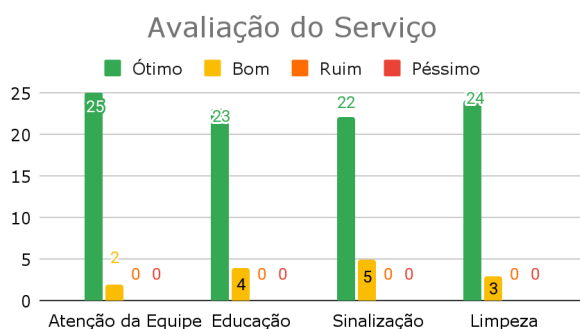


% Satisfação - Atendimento

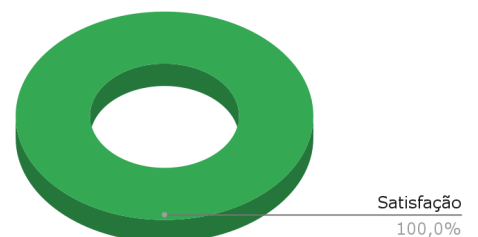


### 6.1.2 Avaliação do Serviço

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.



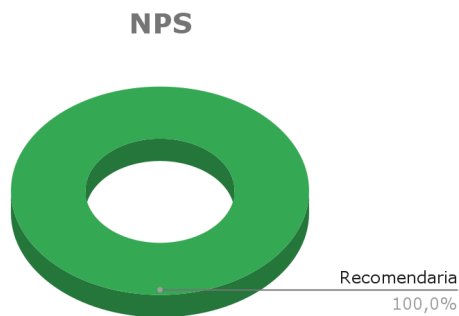
% Satisfação - Serviço



### 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, 100% dos usuários recomendariam o serviço.



## 7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

- Campanha com a equipe abordando o Tema Novembro Azul - Saúde do Homem





- Campanha com a equipe abordando o Tema Novembro Roxo - Prematuridade





São Paulo, 07 de dezembro de 2022.



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