

Relatório Anual de Atividades Assistenciais

**Hospital Regional “Dr. Vivaldo
Martins Simões” - Osasco**
**Unidade de Terapia Intensiva
Adulto**
Convênio n.º 01475/2020

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

COORDENADOR ADMINISTRATIVO

Sirlene Dias Coelho

SUPERVISOR TÉCNICO DE SAÚDE

[Adriana Cristina Alvares](#)

COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Plínio José Bonifácio Neto

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	4
1.2 Convênio n.º 1475/2020	5
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	6
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	6
4. DIMENSIONAMENTO GERAL	7
5. DESEMPENHO ASSISTENCIAL	8
5.1 Indicadores - Produção	8
5.2 Indicadores - Qualitativos	9
5.3 Indicadores - Segurança do Paciente	Erro! Indicador não definido.
6. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	Erro! Indicador não definido.
6.1 Implantação do Serviço de Atenção ao Usuário	13
6.2 Indicadores - Pesquisa de Satisfação	Erro! Indicador não definido.
7. GESTÃO FINANCEIRA	14
8. CONCLUSÃO	14
Apêndice 1 - Quadro Demonstrativo Financeiro	15

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 Convênio n.º 1475/2020

A celebração do convênio visa gerenciamento técnico/administrativo de **40 (quarenta) leitos de Unidade de Terapia Intensiva**, de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas, para o funcionamento ininterrupto destas Unidades, no atendimento exclusivo de pacientes com doenças respiratórias infectadas pela COVID-19, no âmbito do Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões, em caráter emergencial, em vista da disseminação da doença.

A gestão ativa dos 40 (quarenta) leitos da UTI Adulto obedecerá à normatização aplicável, de acordo com a RDC nº 07/2010 e RDC nº 26/2012, ambas do Ministério de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ao Regulamento Técnico para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva – AMIB, e demais legislações pertinentes que dispõem sobre os requisitos mínimos para funcionamento do Setor.

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas na UTI Adulto do Hospital Regional de Osasco – Dr. Vivaldo Martins Simões foram monitoradas por sistema de informática e planilhas de excel para consolidação dos dados. Todos os profissionais são cadastrados no CNES, o que permite o faturamento por procedimento e profissional.

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas na UTI Adulto no período de **01 de janeiro a 16 de abril de 2022**.

4. DIMENSIONAMENTO GERAL

Análise Crítica: A equipe de trabalho prevista é de 122 (cento e vinte dois) colaboradores contratados por processo seletivo (CLT) e 30 (trinta) por contratação de Pessoa Jurídica, totalizando 149 (cento e quarenta nove) colaboradores para este serviço. Mediante o quadro abaixo, verificamos que no período analisado uma média 97,95% da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho.

Competência	Previsto em Plano de Trabalho	Efetivos no Período avaliado	Percentual de efetivação
janeiro/21	122	119	97,54%
fevereiro/21	122	121	99,18%
março/21	122	119	97,54%
abril/21	122	119	97,54%

5. DESEMPENHO ASSISTENCIAL

5.1 Indicadores - Produção

Indicador	Meta	2022			
		jan	fev	mar	abr
Saídas	≥ 36	138	142	135	64
Taxa de Ocupação	≥ 90%	88,47%	83,75%	87,42%	92,66%
Paciente-dia	≥ 547	1.097	938	1.084	593

Análise crítica:

Saídas: Atingimos a meta pactuada se esforçando diariamente para uma saída precoce e segura dos pacientes internados.

Taxa de Ocupação: A demanda de ocupação dos leitos está relacionada a fatores externos sendo eles: o Pronto Socorro do HRO que solicita vaga de Terapia Intensiva e o CROSS com solicitações externas, disponibilizamos todos os leitos disponíveis e absorvemos todas as vagas solicitadas, entretanto, não foi possível atingir a meta compactuada todos os meses.

Paciente dia: o indicador está diretamente relacionado a taxa de ocupação e depende de fatores externos para ser atingido a meta pactuada, cabe ressaltar que mesmo diante de fatores externos foi atingido mensalmente a meta.

5.2 Indicadores - Qualitativos

Indicador	Meta	2022			
		jan	fev	mar	abr
Média de Permanência (Dias)	≤ 8,00	7,95	6,61	8,03	9,27
Taxa de mortalidade em UTI	≤ 20%	30,43%	26,76%	24,44%	31,25%
Taxa de Reinternação em 24 horas	≤ 1,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Prontuários Evoluídos	100%	100%	100%	100%	100%

Análise crítica:

Média de Permanência (Dias): A média de permanência dos pacientes internados ficou discretamente acima da meta estabelecida para este indicador, atribuímos principalmente ao perfil de complexidade dos pacientes recebidos na UTI, pois somos um Hospital referência para pacientes vítimas de politrauma pela Rota dos Bandeirantes, sendo necessário uma internação com tempo maior de cuidados intensivos em UTI.

Taxa de mortalidade em UTI : _A taxa de mortalidade observada está relacionada pelo escore prognóstico SAPS-3 que prevê uma mortalidade predita maior do que a observada sobre os óbitos ocorridos em todos os meses, observamos que todos os óbitos foram esperados e inevitáveis e com o perfil de pacientes neurológicos (Acidente vascular cerebral isquêmico/hemorragico; Hemorragia subaracnóide aneurismática; Traumatismo Cranioencefálico grave) e pacientes com múltiplas comorbidades clínicas que internaram por quadro de sepse.

Taxa de Reinternação em 24 horas: Durante o ano não houve reinternação menor que 24h, sendo reflexo da alta segura do setor de UTI pela equipe multiprofissional.

Prontuários Evoluídos: Atingido meta pactuada tendo em vista o check-list

diário dos prontuários realizado pela equipe Auxiliar Administrativa.

5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

Indicador	Meta	jan	fev	mar	abr
Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)	≤ 35,83%	29,90%	28,89%	29,89%	27,82%
Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	≤ 2,80‰	4,84‰	9,95‰	11,11‰	0,00‰
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)	≤ 53,64%	37,65%	42,86%	41,51%	40,47%
Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	≤ 1,93‰	3,51‰	1,91‰	3,13‰	6,60‰
Incidência de queda de paciente	0,00‰	0,00‰	0,00‰	0,00‰	0,00‰
Índice de Lesão por Pressão	≤ 0,50‰	1,82‰	4,26‰	6,46‰	8,43‰
Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral (SONGE)	≤ 1,78%	0,38%	0,89%	0,58%	0,00%
Incidência de flebite	≤ 0,24%	0,31%	0,00%	0,15%	0,00%
Incidência de perda de cateter venoso central	≤ 0,20%	0,00%	0,00%	0,44%	0,00%
Incidência de perda de cateter central de inserção periférica (PICC)	≤ 0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	≤ 0,51%	0,00%	0,00%	0,31%	0,00%

Análise crítica:

- ❖ **Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM):** Foi atingida a meta para a taxa de utilização de ventilação mecânica, tendo em vista a cultura da equipe médica no desmame mais precoce e seguro possível dos pacientes em IOT.
- ❖ **Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central:** Atingimos a meta pactuada em apenas um mês no período de análise. O índice

aumentado de IPCS se deve ao fato da gravidade dos pacientes admitidos sob uso de DVA, o recebimentos de pacientes via Cross com cateteres já inseridos e o uso por período prolongado dos cateteres com a manipulação frequente para administração de medicamentos, cabe ressaltar que todos os cateteres passados seguiram o protocolo atual de passagem segura de cateteres conforme check list, foi mantido mês a mês conduta médica de desinvadir o mais precoce possível os pacientes em uso de CVC, garantir a passagem segura de cateteres conforme Check list e mantido as medidas de prevenção pela equipe de enfermagem na manutenção dos cateteres.

- ❖ **Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC):** Foi atingida a meta pactuada em todos os meses sobre a taxa de utilização de CVC em UTI, tendo em vista a cultura dos médicos intensivistas de desinvadir o mais precoce possível os pacientes com cateteres centrais.

- ❖ **Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical:** Tivemos alguns meses com densidade de ITU, tendo em vista a complexidade hemodinâmica e necessidade do uso prolongado de CVD por alguns pacientes. Cabe ressaltar que seguimos as boas práticas tanto na passagem quanto na manutenção desse dispositivo, foi utilizado o protocolo de Check List em toda passagem segura dos cateteres.

- ❖ **Incidência de queda de paciente:** Não houve queda durante o período analisado em virtude da educação permanente no que se diz a identificação precoce dos pacientes com risco de quedas e sobre a contenção segura aos pacientes com diminuição de força motora e alterações neurológicas.

- ❖ **Índice de Lesão por Pressão:** Não foi possível atingir a meta pactuada sobre a abertura de LPP em virtude do grau de complexidade e limitação motora dos pacientes, cabe ressaltar que os casos notificados estavam classificados como risco alto ou muito alto para abertura LPP. Foi mantido a educação permanente quanto à prevenção e tratamento de pacientes com LPP e a supervisão contínua das mudanças de decúbito conforme relógio de

posicionamento fixados na beira dos leitos.

- ❖ **Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral (SONGE):** Atingido meta pactuada no período analisado sobre a saída não programada de SNE, em virtude da fixação segura da sonda e identificação precoce pela equipe dos pacientes com risco de sacar sonda acidentalmente.
- ❖ **Incidência de flebite:** Não foi possível atingir a meta pactuada em apenas um mês no período analisado, cabe ressaltar que a enfermagem realiza a passagem e manutenção segura dos cateteres periféricos utilizando todas as técnicas de assepsia, destacamos também que recebemos todos os pacientes externos sob uso de dispositivos deixando de ser possível garantir uma passagem segura de cateter.
- ❖ **Incidência de perda de cateter venoso central:** Não foi possível atingir meta pactuada em apenas um mês no período analisado. Cabe ressaltar que entre os dois casos notificados o 1º paciente é do sexo masculino de 85 anos com HD: IRA, Ureterolitiase e RNC na qual apresentou agitação psicomotora sacando acidentalmente o cateter mesmo estando em uso de contenção mecânica, o 2º paciente é do sexo feminino de 57 anos com HD: TCE na qual apresentou agitação psicomotora sacando acidentalmente o cateter mesmo estando em uso de contenção mecânica. Foi mantido a educação permanente quanto a prevenção e barreiras de segurança a fim de ser sacado acidentalmente os dispositivos intravenosos.
- ❖ **Incidência de perda de cateter central de inserção periférica (PICC):** No momento não é utilizado PICC na unidade de UTI.
- ❖ **Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal:** Atingido meta pactuada em virtude do trabalho em equipe da fisioterapia e enfermagem no que se refere a manutenção e fixação segura do tubo orotraqueal.

6. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

6.1 Implantação do Serviço de Atenção ao Usuário

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. Para isso, o CEJAM disponibilizou folders do SAU (Serviço de Atenção ao Usuário), conforme imagem abaixo, com implantação e início da pesquisa em janeiro de 2021.

6.2 Indicadores - Pesquisa de Satisfação

Indicador	Meta	2022			
		jan	fev	mar	abr
Reclamações na ouvidoria	≤ 1%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Análise crítica: Não houve reclamações no período analisado, tendo em vista a conscientização contínua de toda equipe multidisciplinar em dedicar ao máximo o suporte logístico e emocional aos pacientes que se encontram fragilizados pela doença em tratamento e ambiente hospitalar diferente do seu dia a dia, cabe ressaltar que os Coordenadores de área ficam a disposição do serviço de ouvidoria do hospital para sanar quaisquer dúvidas que os familiares e pacientes tiverem.

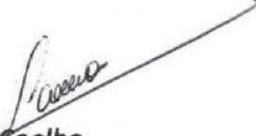
7. GESTÃO FINANCEIRA

Os recursos financeiros que sustentam as atividades da unidade são repassados ao CEJAM pela SES/SP, conforme acordado no Convênio. Os resultados do fluxo operacional do projeto constam no quadro em anexo **(Apêndice 1)**.

8. CONCLUSÃO

Este relatório teve como objetivo detalhar as ações assistenciais realizadas junto ao HRO no convênio nº 01475/2020 no período de Janeiro a Abril (término do convênio dia 16 de abril). Os indicadores apresentaram respostas positivas ao esperado, trabalhamos junto a equipe assistencial em busca de uma excelência na assistência prestada aos pacientes que demandam de cuidados intensivos, sendo importante destacar que a equipe assistencial, administrativa e equipamentos estão completos e aptos para a execução do serviço.

Reafirmamos nosso compromisso junto ao Sistema Único de Saúde e SES-SP em garantir a qualidade na assistência à população que tanto necessita deste serviço.


Sirlene Dias Coelho
Coordenador Administrativo
CEJAM
RG: 13.580.195-3

Apêndice 1 - Quadro Demonstrativo Financeiro

