

Relatório de Atividades Assistenciais

**Hospital e Maternidade Leonor
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva
Materna**

Convênio n.º00023/2022

Agosto

2025

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

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Adriana Cristina Alvares

COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Talita Ferreira da Silva Nascimento

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	4
1.2 Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros - Convênio n.º 00023/2022	5
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	6
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	6
4. FORÇA DE TRABALHO	6
4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT	6
4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT	7
4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas	7
4.3.1 Absenteísmo	7
4.3.2 Turnover	8
4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	8
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	9
5.1 Indicadores - Quantitativos	9
5.1.1 Saídas	9
5.1.2 Taxa de Ocupação	10
5.2 Indicadores - Qualitativos	11
5.2.1 Média de Permanência	11
5.2.2 Paciente Dia	12
5.2.3 Taxa de Mortalidade	13
5.2.4 Taxa de Reinternação	14
5.3 Indicadores - Segurança do Paciente	15
5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)	15
5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)	16
5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	17
5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	18
5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	19
5.3.6 Incidência de Queda	20
5.3.7 Índice de úlcera por pressão	21
5.3.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	22
5.3.9 Incidência de Extubação Acidental	23
5.3.10 Incidência de Flebite	24
5.3.11 Adesão às metas de Identificação do Paciente	25
5.3.12 Evolução dos Prontuários	25
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO	26
6.1.1 Avaliação do Atendimento	26
6.1.2 Avaliação do Serviço	27
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	27
7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO	28

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 agosto de 2025**.

4. FORÇA DE TRABALHO

4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

A equipe de trabalho efetiva é composta no momento por ** 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	3	✓
	Técnico de Enfermagem (36h)	7	8	↑
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	7	7	✓
Total		21	22	↑

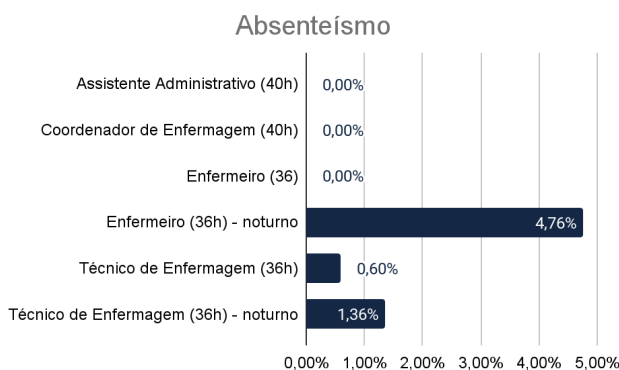
Análise Crítica: Conforme indicado no quadro acima, atingimos 105% da previsão de colaboradores estabelecida no plano de trabalho. Esse resultado se deve à contratação de uma técnica de enfermagem adicional para cobrir férias, o que fez com que o número de efetivos superasse a previsão inicial.

4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

A relação nominal dos profissionais CLT está disponível na folha de pagamento analítica que acompanha o documento de prestação de contas como anexo.

4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.3.1 Absenteísmo

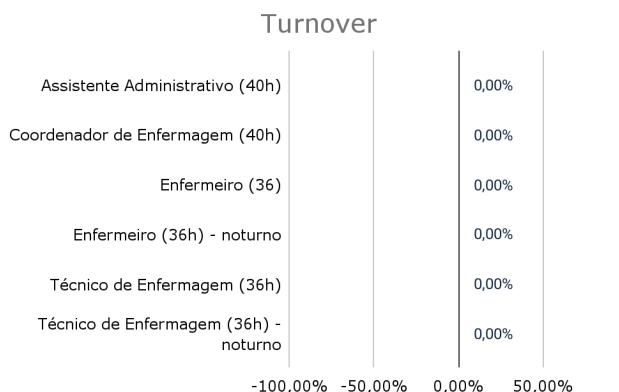


Análise crítica: No mês de referência, registramos um total de 06 (seis) dias de ausência justificada mediante apresentação de atestados médicos, distribuídos da seguinte forma:

- Técnica de Enfermagem C.S.L.G. - 02 dias;
- Técnica de Enfermagem A.R.S - 1 dia;
- Enfermeira M.C.M.G. - 3 dias.

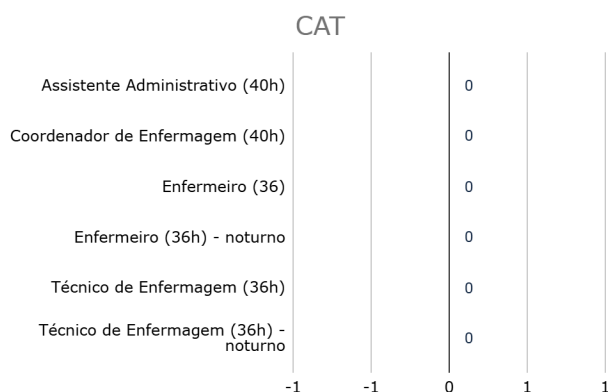
As ausências foram supridas por profissionais da própria Unidade, por meio de remanejamentos internos, garantindo a cobertura necessária para o atendimento aos pacientes na UTI materna, sem prejuízo à qualidade da assistência prestada.

4.3.2 Turnover



Análise crítica: No mês de referência, não houve registros de pedidos de desligamento, admissões ou demissões. O quadro de colaboradores manteve-se estável e em conformidade com o previsto no plano de trabalho.

4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



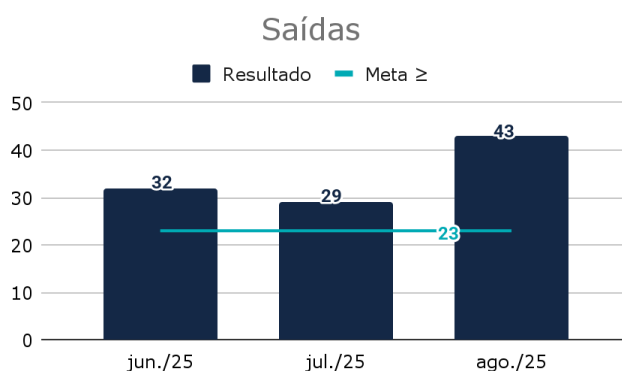
Análise crítica: Durante este período, não houve registro de comunicação de acidente de trabalho. Os membros da CIPA mantiveram suas atividades de orientação junto aos colaboradores, com o intuito de esclarecer dúvidas e reforçar práticas preventivas, contribuindo assim para a promoção de um ambiente de trabalho mais seguro.

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



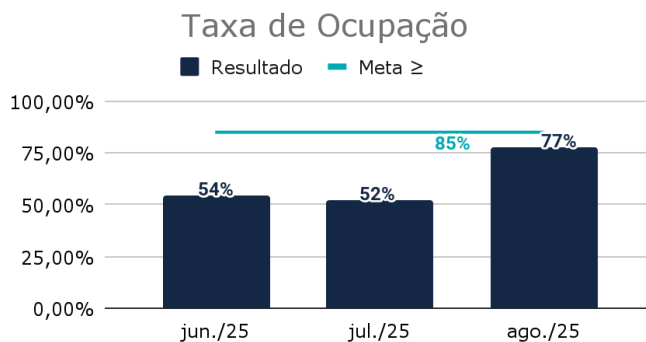
Saídas

Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão	1
Transferência Interna	41
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	1
Total	43

Análise crítica: Durante o período analisado, foram registradas 43 saídas, distribuídas da seguinte forma:

- Transferências para enfermaria (41), em decorrência da melhora do quadro clínico;
- Evasão (01) Paciente F.M.R.S., 29 anos, gestante de 17 semanas, internada com diagnóstico de pneumonia. Desde o momento da admissão, manifestou recusa em permanecer internada na UTI, alegando necessidade de cuidar do filho de 3 anos que depende exclusivamente dela. Após 24 horas de internação, solicitou formalmente a descontinuidade do tratamento, mesmo após orientações detalhadas fornecidas pela equipe médica plantonista e pelo serviço de psicologia. A paciente deixou a unidade acompanhada de seu cônjuge, após redigir carta de próprio punho comunicando sua decisão. Foi realizado Boletim de Ocorrência conforme protocolo institucional.
- Óbito (01).

5.1.2 Taxa de Ocupação



Ocupação

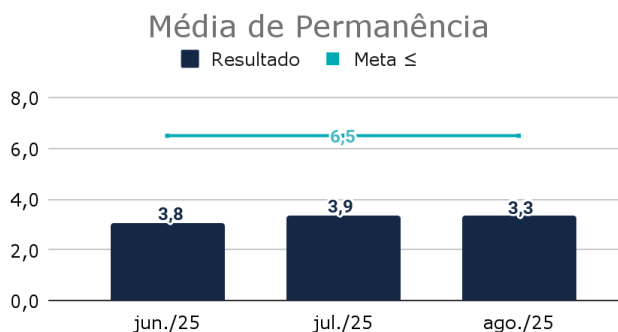
Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
144	186

Análise crítica: No período analisado, a Taxa de Ocupação foi de 77%. Informamos que todas as solicitações de vaga provenientes do Pronto-Socorro (PS), Centro Cirúrgico (CC) e Centro Obstétrico (CO) foram prontamente atendidas, sem recusas ou atrasos.

A equipe do Núcleo Interno de Regulação (NIR) realiza contato diário com a UTI, com o objetivo de verificar a disponibilidade de leitos e avaliar os casos com potencial para transferência por meio da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

5.2 Indicadores - Qualitativos

5.2.1 Média de Permanência

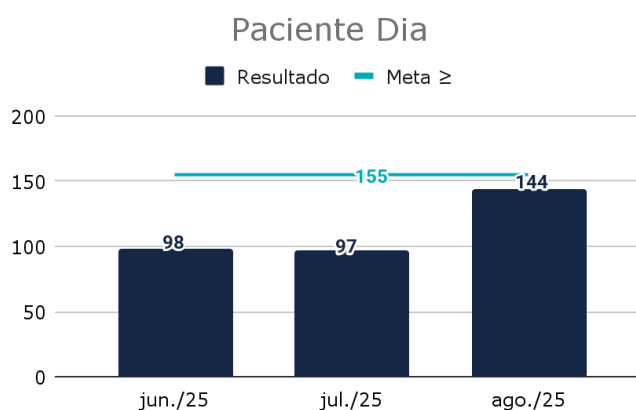


Permanência

Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
144	43

Análise crítica: Neste período, foi registrada uma média de permanência de 3,9 dias, alcançando a meta pactuada. Diariamente, durante a visita multiprofissional, discute-se o momento mais apropriado para a alta segura dos pacientes, fator decisivo para a obtenção desse resultado dentro dos parâmetros estabelecidos.

5.2.2 Paciente Dia



Paciente Dia

Nº Admissões	Giro de Leito
45	7,17

Análise crítica: No período avaliado, registramos um total de 144 pacientes-dia, com 45 admissões e 43 saídas, resultando em um giro de leito de 7,17 vezes. Este indicador ficou abaixo da meta estabelecida, pois é diretamente influenciado pela taxa de ocupação.

Em relação às admissões na UTI, observamos a seguinte distribuição quanto à origem dos pacientes:

- 71,11% provenientes do Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico;
- 13,33% provenientes do Pronto Atendimento (PA);
- 15,55% provenientes da Clínica Médica (lados A e B).

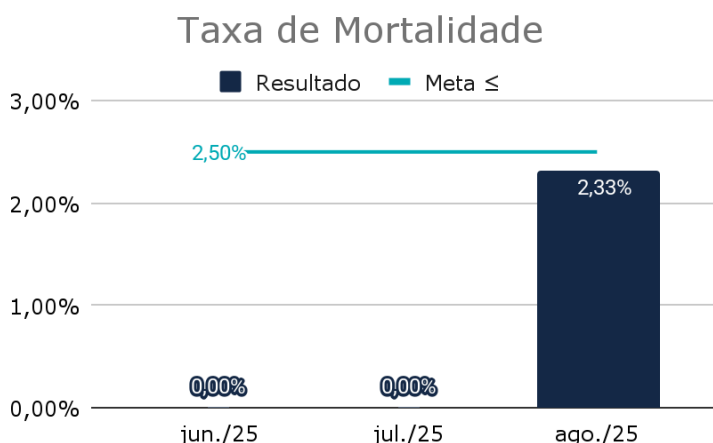
Quanto ao perfil das pacientes admitidas:

- 68,88% puérperas;
- 13,33% gestantes;
- 17,77% ginecológicas.

As principais patologias observadas no período foram:

- 17,77% iminência de eclâmpsia;
- 15,55% pré-eclâmpsia;
- 6,66% HPP;
- Outras condições clínicas relevantes também foram registradas.

5.2.3 Taxa de Mortalidade



Análise crítica: No mês de referência a taxa de mortalidade foi igual a 2,50 % , ficou dentro da meta contratual. No entanto, a análise objetiva dos óbitos utilizando o Sistema de Pontuação Simplificado (SAPS 3) e o Standardized Mortality Ratio (SMR), ou Taxa de Mortalidade Padronizado, demonstram que a **mortalidade esperada** para a UTI Materna era de **8,41%** enquanto a **mortalidade real foi de 2,50 %**. Isso resultou em um **SMR de 0,29%** , indicando que a mortalidade foi menor que a esperada. Realizamos avaliação de gravidade de todas as pacientes da UTI diariamente, ajustando as terapias conforme as demandas dos casos clínicos.

Paciente **E.M.R.M**, puérpera, admitida em 02/08/2025 em trabalho de parto ativo com 35 semanas e 6 dias. No dia 03/08/2025, ainda em enfermaria, apresentou **sangramento vaginal volumoso (~700g)**, **plaquetopenia (78.000/mm³)**, **elevação de LDH (1260 U/L)**, **aumento de transaminases e bilirrubina**, levando à **abertura de protocolo de hemorragia pós parto (HHP)**. Devido à gravidade clínica, foi encaminhada à UTI.

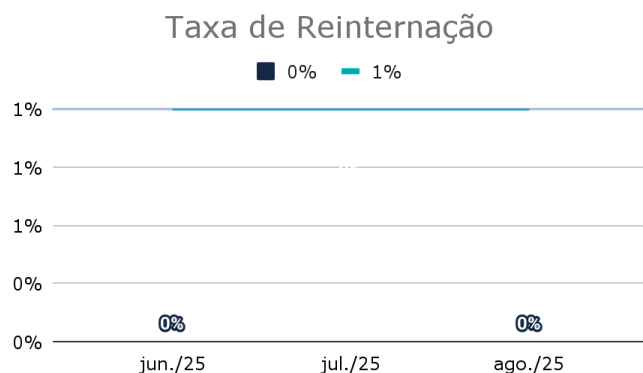
Na UTI, paciente encontrava-se **taquipneica (SpO₂ 88%)**, **taquicárdica (FC 128 bpm)**, com **hipertermia (39°C)**, sendo iniciado **protocolo de seps**. **Mortalidade esperada 29,05 % / SAPS 3 = 57**. Paciente **negava comorbidades conhecidas**, porém, durante avaliação cardíaca, relatou

histórico de "problemas cardíacos desde a infância", sem especificar diagnóstico. Realizado **ecocardiograma**, que evidenciou **alterações cardíacas significativas** (hipertrofia excêntrica do VE, hipertensão pulmonar 108 mmHg entre outros achados), com **piora progressiva do quadro clínico** e necessidade de **intubação orotraqueal**.

Durante internação, paciente apresentou **sangramento em vias aéreas ao ser aspirada** pela equipe de fisioterapia.

No dia **11/08/2025**, paciente evoluiu com **parada cardiorrespiratória (PCR)**. Iniciado **protocolo de reanimação por 1 hora, sem resposta**, sendo constatado **óbito**.

5.2.4 Taxa de Reinternação

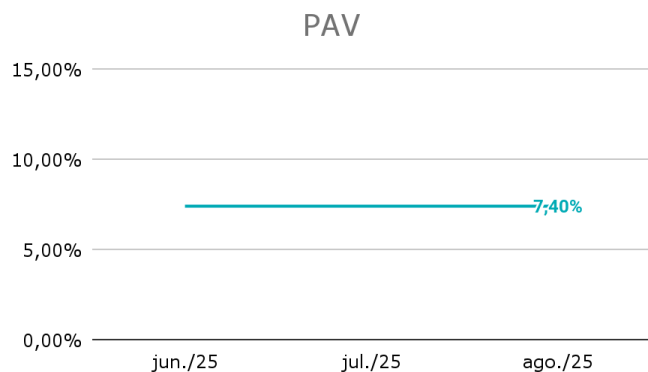


Reinternação < 24h	
Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	43

Análise crítica: No mês de referência, não foram registradas reinternações na UTI Materna no período de até 24 horas após a alta.

5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

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

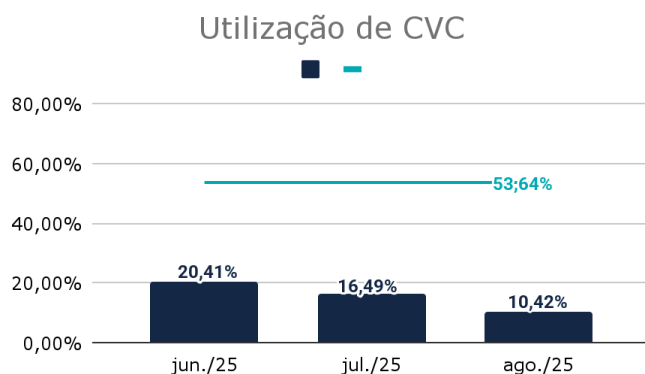


DI PAV

Nº Casos novos de PAV	Nº Paciente-dia em VM
0	5

Análise crítica: No mês de referência, não houve pacientes-dia em ventilação mecânica (VM) na unidade. Consequentemente, não foi registrado nenhum caso de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) no período.

5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)



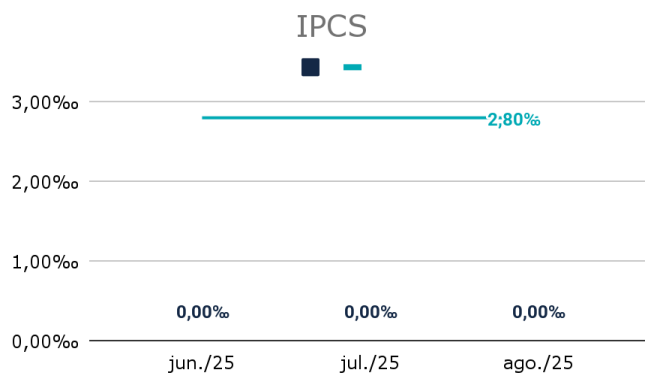
Utilização CVC	
Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
15	144

Análise crítica: No mês de referência, a taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) foi de 11,03%, mantendo-se dentro da meta contratual estabelecida.

A indicação para o uso de acesso venoso central foi fundamentada na necessidade de administração de drogas vasoativas, antibióticos de amplo espectro e realização de transfusões sanguíneas, considerando o perfil clínico do paciente e a complexidade da terapia instituída.

A retirada dos dispositivos invasivos é avaliada de forma contínua, de acordo com a evolução clínica das pacientes, sendo tema recorrente nas discussões das reuniões da equipe multiprofissional.

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

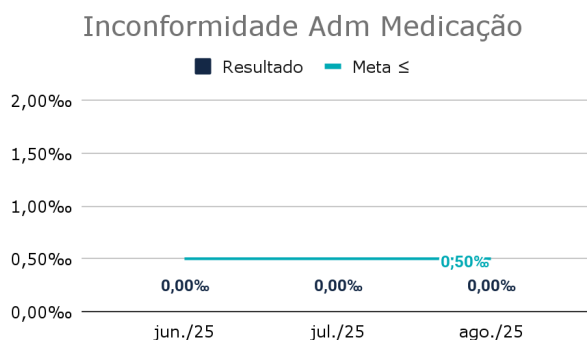


DI IPCS

Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	15

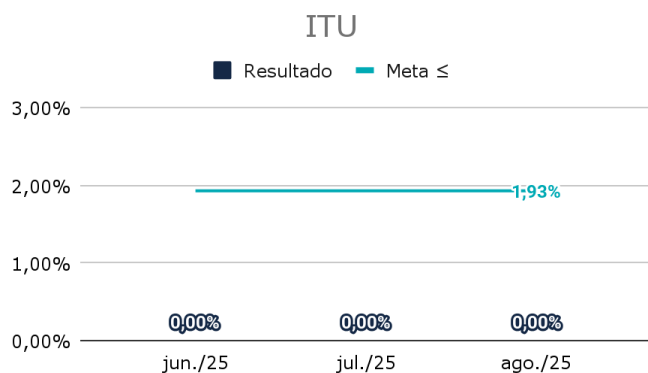
Análise crítica: No período avaliado, foram registrados 16 pacientes-dia em uso de cateter venoso central (CVC), sem registro de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) relacionada ao uso de cateter venoso central (CVC), o que representa o cumprimento da meta contratual para o período.

5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Análise crítica: Neste período, não foram registrados eventos adversos relacionados à administração de medicamentos, cumprindo-se a meta contratual estabelecida.

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



DI ITU

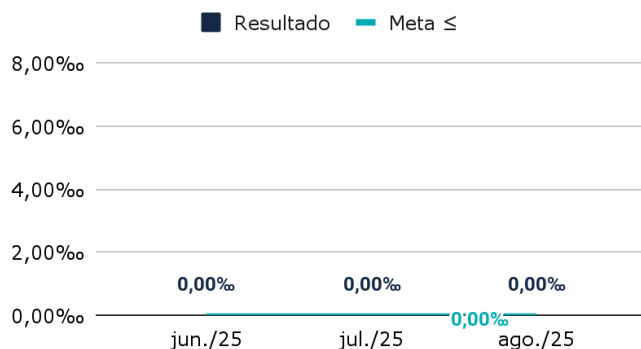
Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	54

Análise crítica: No período avaliado, foram registrados 41 pacientes-dia em uso de Sonda Vesical de Demora (SVD), sem registro de infecção do trato urinário associada ao dispositivo.

Diariamente, durante a visita multiprofissional, é discutido o momento ideal para a retirada precoce do dispositivo, além das medidas preventivas realizadas sistematicamente pelo bundle de SVD.

5.3.6 Incidência de Queda

Incidência de queda de paciente

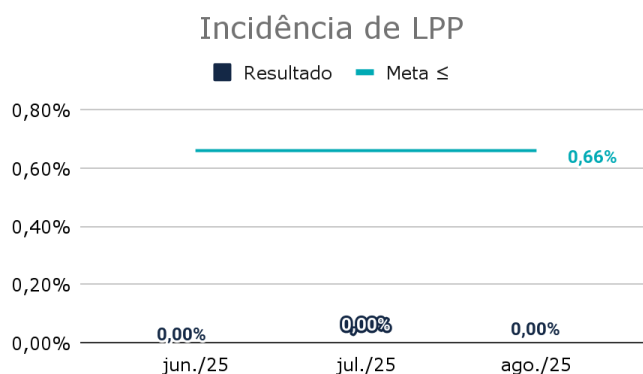


Incidência de queda

Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	144

Análise crítica: No mês de referência, não foram registrados eventos relacionados a quedas. Desde a admissão até a alta, as pacientes recebem orientações contínuas sobre os riscos de queda, garantindo a segurança durante toda a internação. Meta contratual atingida.

5.3.7 Índice de úlcera por pressão



LPP

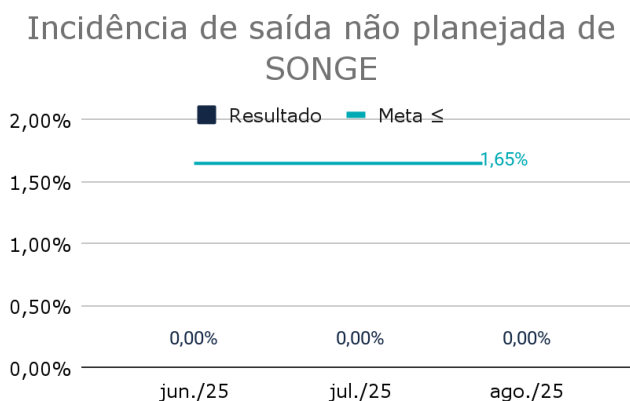
Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
0	7

Análise crítica: No mês de referência, tivemos pacientes com complexidade assistencial elevada. Foram mantidas de forma rigorosa as medidas preventivas contra lesões por pressão (LPP), conforme protocolo institucional, incluindo:

- Mudança de decúbito a cada 2 horas;
- Utilização de colchões e coxins especiais para alívio de pressão;
- Higienização e hidratação adequadas da pele;
- Avaliação diária do risco de LPP utilizando escalas padronizadas (como Braden);
- Capacitação contínua da equipe multiprofissional quanto à prevenção de LPP."

Como resultado, não houve registro de lesões por pressão no período, cumprindo integralmente a meta contratual estabelecida.

5.3.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT

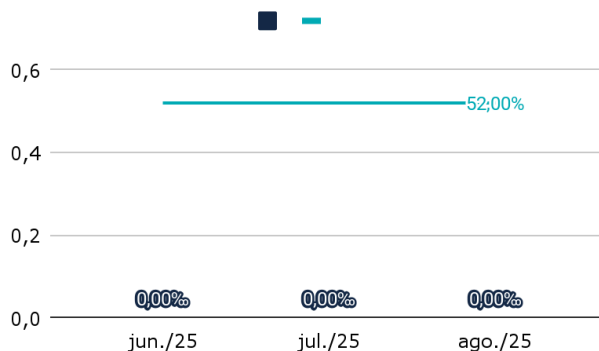


Incidência de saída não planejada	
Nº Saída não planejada de SONGE	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	5

Análise crítica: No mês de referência, não foram registrados eventos relacionados à saída não planejada de sonda nasogástrica (SNG), cumprindo assim a meta contratual estabelecida.

5.3.9 Incidência de Extubação Acidental

Incidência de Extubação Acidental

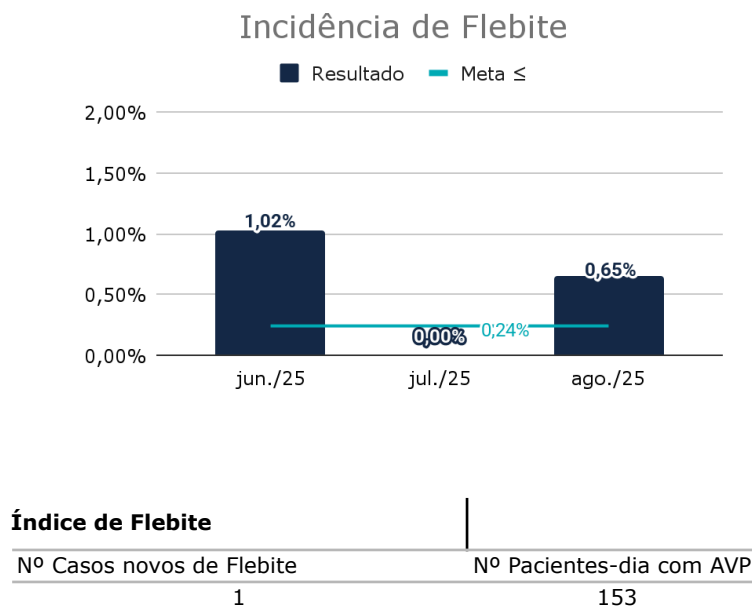


Incidência de Extubação

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

Análise crítica: No mês de referência, não foram registrados eventos relacionados à extubação acidental, atingindo, portanto, a meta contratual estabelecida.

5.3.10 Incidência de Flebite



Análise crítica: No mês de referência, foram contabilizados **153** pacientes-dia com acesso venoso periférico (AVP) e registrado 1 caso de flebite, resultando em uma taxa de 0,65%, ultrapassando a meta pactuada de 0,24% para o período.

T.N.S., paciente de 34 anos, admitida na UTI Materna em 14/08 para monitorização clínica após parto cesáreo. Antecedente de obesidade. Apresenta rede venosa periférica de difícil acesso.

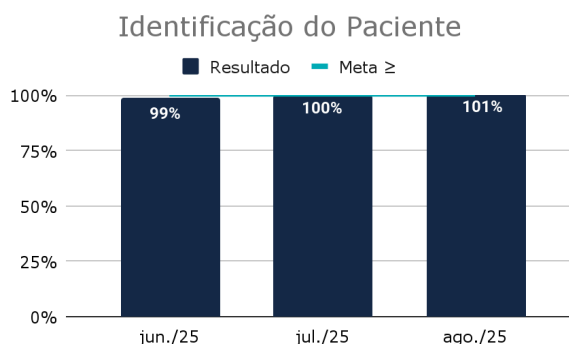
Durante a internação, evoluiu com **flebite grau 2** em membro superior, caracterizada por hiperemia, dor local. Iniciado tratamento tópico (conforme prescrição médica), além de **preservação do membro afetado**.

Como **plano de ação**, foram definidos:

- Realização de **capacitação prática** da equipe sobre **técnicas de punção venosa segura e prevenção de flebite**;
- **Reforço da necessidade de reavaliação diária dos acessos venosos** periféricos, com registro em prontuário;

- **Reforço da adesão ao protocolo institucional** de troca de dispositivos intravenosos em até 96 horas ou conforme avaliação clínica.

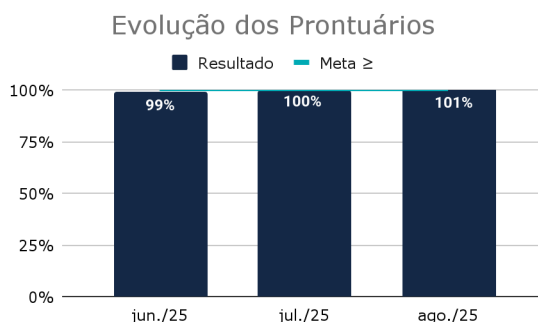
5.3.11 Adesão às metas de Identificação do Paciente



Nº Paciente-dia com pulseira de identificação	Nº Paciente-dia
145	144

Análise crítica: Em conformidade com a Meta Internacional de Segurança do Paciente 1, que visa garantir a identificação correta dos pacientes, a UTI Materna manteve 100% de conformidade durante o mês de julho, atingindo plenamente a meta contratual estabelecida.

5.3.12 Evolução dos Prontuários



Análise Crítica: Durante o mês de referência todos os prontuários 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 a equipe técnica de enfermagem realiza manualmente.

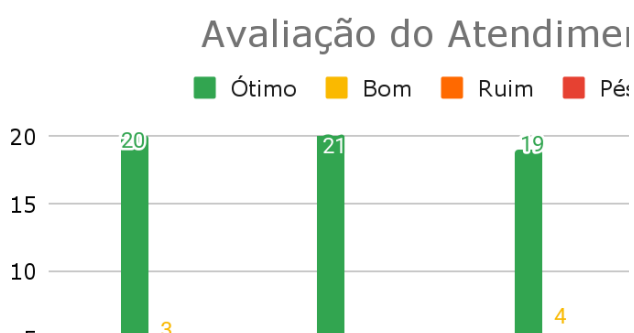
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

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.

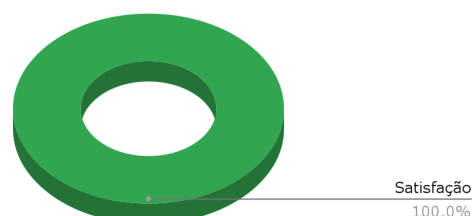
No período avaliado, tivemos o total de **23 pesquisas preenchidas**. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

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.

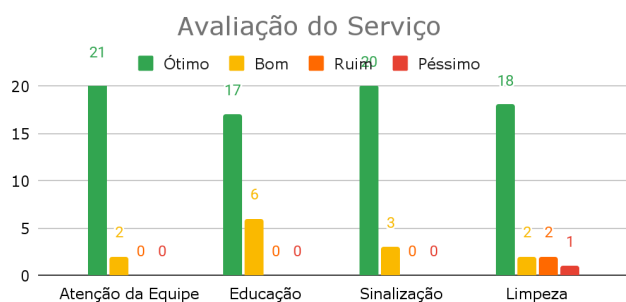


% Satisfação - Atendimento

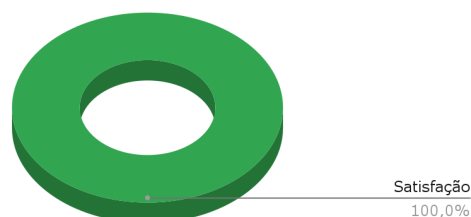


6.1.2 Avaliação do Serviço

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.



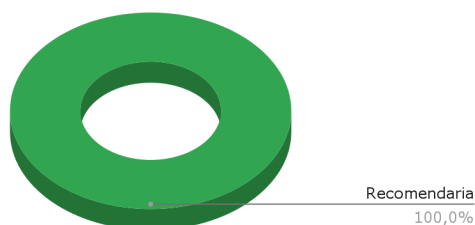
% Satisfação - Serviço



6.1.3 Net Promoter Score (NPS)

O indicador avalia a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado, **100%** dos usuários recomendariam o serviço

NPS



7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

- **Apresentação da plataforma ASAS – CEJAM:**

Foi apresentada aos colaboradores a plataforma ASAS da Escola CEJAM, com destaque para os cursos de desenvolvimento profissional. **Sugerido e incentivado** o curso de **Gestão de Tempo**, o qual foi realizado pela equipe, com entrega dos certificados de conclusão.

- **Orientação sobre curativo de Cateter Venoso Central (CVC):**

Realizada orientação técnica com a equipe sobre o procedimento de **troca de curativo de CVC**, enfatizando a técnica asséptica e estéril.

Apresentado o POP (Procedimento Operacional Padrão) institucional referente à troca de curativo de CVC.

- **Preenchimento do novo formulário BUNDLE – SCIH:**

Apresentado o novo formulário do **BUNDLE** de prevenção de infecções, disponibilizado pela equipe de SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar). Realizada orientação quanto ao correto preenchimento e periodicidade, reforçando a importância para o controle de indicadores assistenciais.

A equipe da **UTI Materna** participou da **comemoração dos 81 anos do hospital**, evento institucional que celebrou a trajetória, os avanços e os profissionais que contribuem diariamente para a qualidade da assistência prestada. A participação reforça o compromisso da equipe com os valores da instituição, promovendo integração entre os setores e reconhecimento do trabalho em equipe.



São Paulo, 04 de setembro de 2025



Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional - CEGISS
RG 28.885.466-4
CEJAM

Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional