

Relatório de Atividades Assistenciais

**Hospital e Maternidade Leonor
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva
Materna**

Convênio n.º00023/2022

Janeiro

2024

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

SUPERVISOR TÉCNICO REGIONAL

Adriana Cristina Alvares

COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Cintia Ramos dos Santos Haziot

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	5
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
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	6
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	6
4. FORÇA DE TRABALHO	7
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	10
4.3.2 Turnover	11
4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	11
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	11
5.1 Indicadores - Quantitativos	12
5.1.1 Saídas	12
5.1.2 Taxa de Ocupação	13
5.2 Indicadores - Qualitativos	14
5.2.1 Média de Permanência	14
5.2.2 Paciente Dia	15
5.2.3 Taxa de Mortalidade	15
5.2.4 Taxa de Reinternação	16
5.3 Indicadores - Segurança do Paciente	17
5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)	17
5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)	18
5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	19
5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	20
5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	21
5.3.6 Índice de úlcera por pressão	22
5.3.7 Incidência de Extubação Acidental	23
5.3.8 Incidência de Flebite	24
5.3.9 Adesão às metas de Identificação do Paciente	25
5.3.10 Evolução dos Prontuários	26

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO	27
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	27
6.1.1 Avaliação do Atendimento	27
6.1.2 Avaliação do Serviço	28
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	28
7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO	29

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 janeiro de 2024**.

4. FORÇA DE TRABALHO

4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

A equipe de trabalho efetiva é composta por 23 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	8	↑
Total		21	23	↑

Fonte: São Paulo - HMLMB - 2022

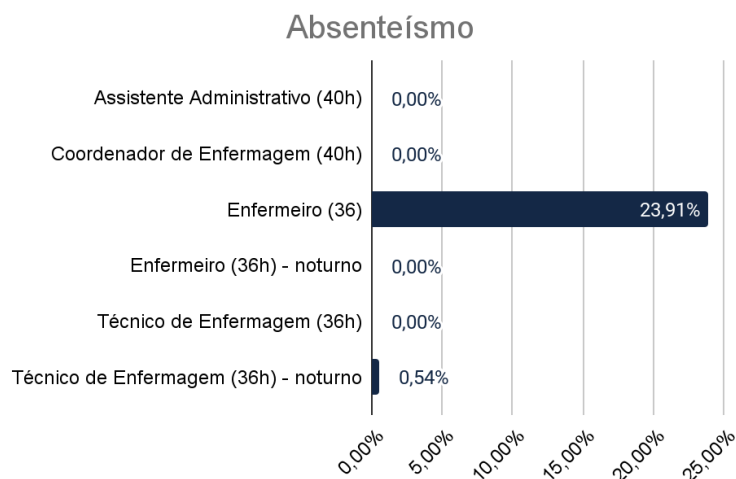
Análise Crítica: Mediante o quadro acima, verificamos que 100% da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho, o efetivo supera o previsto devido a contratação anteriormente de (01) uma enfermeira para cobertura de férias, (01) um técnico de enfermagem para cobertura de férias, (01) um técnico de enfermagem para cobertura de licença maternidade e (01) um técnico de enfermagem para cobertura de licença INSS. No mês de janeiro tivemos o pedido de demissão da Enfermeira I.P.C.S. período diurno. A enfermeira contratada para cobertura do período de férias será alocada no plantão diurno. Também tivemos no final do mês o retorno da licença maternidade da colaboradora R.A.R. A colaboradora L.O.S. que havia sido contratada em caráter temporário para cobertura da licença maternidade terá seu contrato de trabalho encerrado.

4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

Setor	Cargo	Colaborador	Nº Conselho
Uti Materna - 6 Leitos	Assistente Administrativo (40h)	01.Weslley Lohn Albuquerque	N/A
	Coordenador de Enfermagem (40h)	02.Cintia Ramos dos Santos Haziot	68167
	Enfermeiro (36h)	03.Yasmin Santos Vespaziano	664746
		04.Michele Felix de Castro	404381
	Enfermeiro (36h) - noturno	05.Nayara Fernanda da Costa	470916
		06.Cátia Elaine Calastro	541220
	Enfermeiro Folguista	07.Simone Messias da Silva	204926
	Técnico de Enfermagem (36h)	08.Adrielle Rodrigues	807366
		09.Denise Jeanete Rodrigues	1583997
		10.Efigênia de Freitas	807386
		11.Katia Alves dos Santos	1528682
		12.Magna O. a Silva Araujo	1144348
		13.Marcela Ribeiro Martins	254902
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	14.Elaine Cristina O.dos Santos	1493164
		15.Rafhaela Moreira Vitalino	1511542
		16.Quelcilene de Paula	936670
		17.Sueli Gomes Barbosa	92256
		18.Sandra Rodrigues Vieira	968412
		19. Lidiane de Oliveira Santos	419281
		20. Ranielli Aparecida Ramos	652014
	Técnico de Enfermagem Folguista	21.Tânia da Costa Dinamarca (Licença INSS)	1121040
		22. Katia Bayer	1844212
		23.Claudia dos S.L. Gonçalves	1646933
	Técnico de Enfermagem (36h) - Ferista	24.Maria Vivalda S. do Nascimento	990689

4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.3.1 Absenteísmo



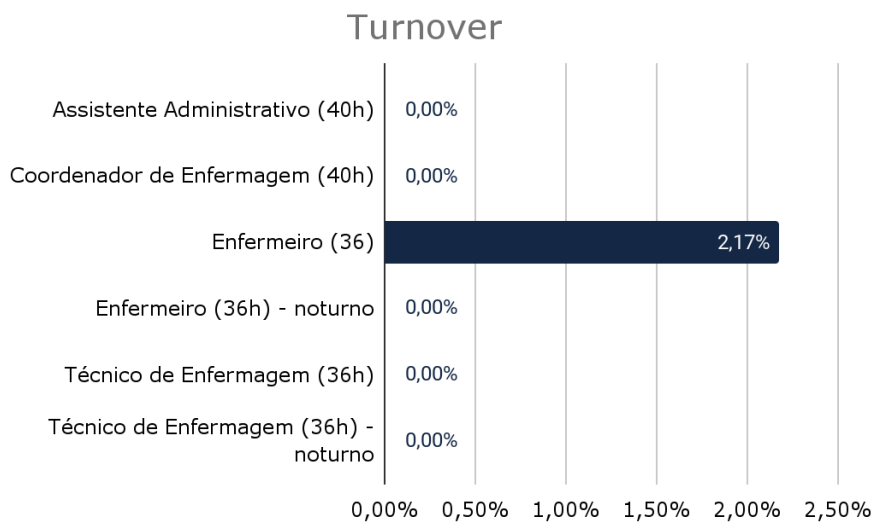
Análise crítica:

Mediante o cenário de 23 (vinte e três) colaboradores (CLT) foram identificados o total de 12 dias de ausência durante o período de referência, sendo:

- 01 dias por motivos justificado por meio de atestado médico (Técnica de enfermagem - L.O.S.)
- 03 dias por motivo justificado por meio de atestado médico (Enfermeira - I.P.C.S.)
- 08 dias por faltas injustificadas (não cumprimento aviso prévio) (Enfermeira - I.P.C.S.)

Diante das ausências das colaboradoras foi necessária a cobertura da escala por outras profissionais do setor com disponibilidade em realizar o plantão garantindo desta forma assistência de enfermagem contínua aos pacientes.

4.3.2 Turnover



Análise crítica: Durante o mês corrente, tivemos o pedido de demissão de (01) uma Enfermeira.

4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

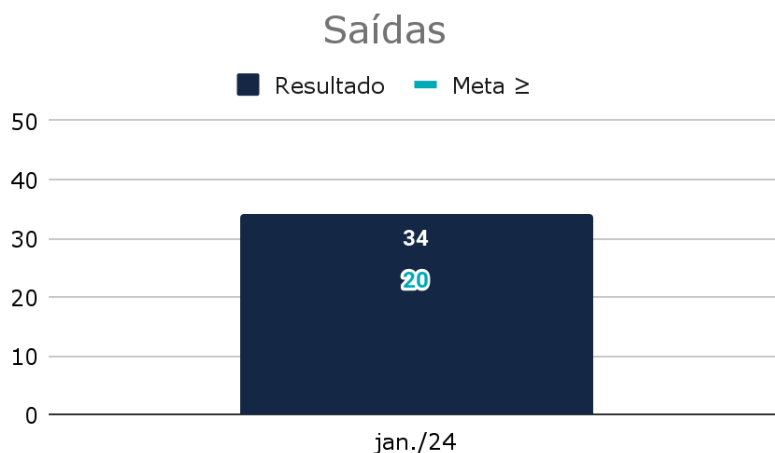
Análise crítica: Não tivemos nenhuma comunicação de acidente de trabalho. Os membros da CIPA realizam mensalmente atividades e treinamentos voltados para os colaboradores.

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

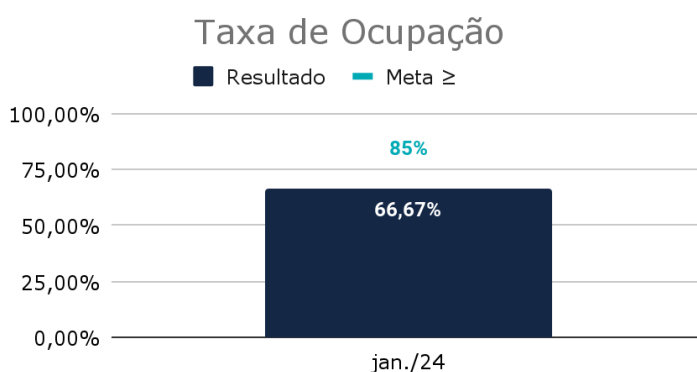


Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão	0
Transferência Interna	33
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
Total	34

Análise crítica: No período analisado tivemos 34 saídas , sendo 33 transferências internas e 01 transferência externa, N.S.G.C. 39 anos, PO de Histerectomia por miomatose uterina. Apresentou hemiplegia à direita, desvio de

rima labial para esquerda e queda de saturação após extubação no C.C. Devido a suspeita de TEP e AVC, foi transferida para o Hospital Presidente, convênio particular, à pedido da família.

5.1.2 Taxa de Ocupação

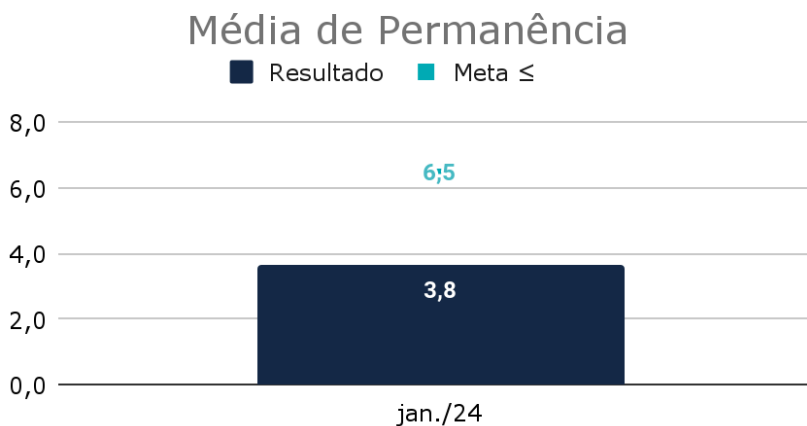


Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
124	186

Análise crítica: No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 66,67%. Informamos que todas as vagas solicitadas via PS, CO e CC foram prontamente atendidas. A Equipe do NIR (Núcleo Interno de Regulação) realiza contato diariamente com a UTI verificando a disponibilidade de vagas e avaliando os casos para aceitação mediante disponibilidade de vaga na UTI Neonatal. Ambas são co-dependentes para o aceite de vagas externas. Durante visita multiprofissional, é verificado possíveis casos que estejam nos demais setores do Hospital que necessitam de cuidados intensivos, onde são transferidos para esta unidade.

5.2 Indicadores - Qualitativos

5.2.1 Média de Permanência

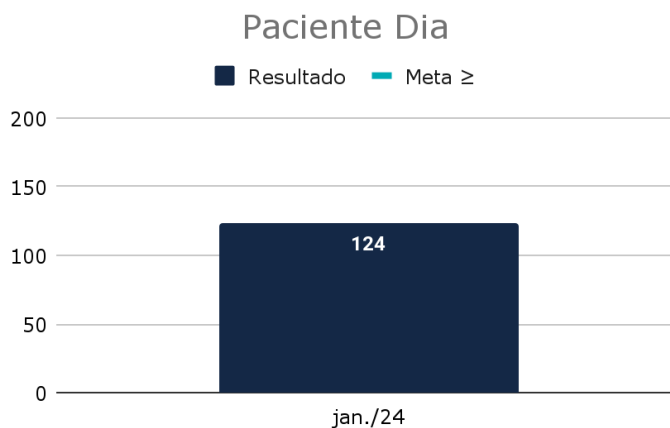


Permanência

Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
124	34

Análise crítica: Neste período tivemos uma média de permanência de 3,8 dias. Atingido a meta pactuada, tendo em vista que, diariamente em visita multiprofissional, 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.

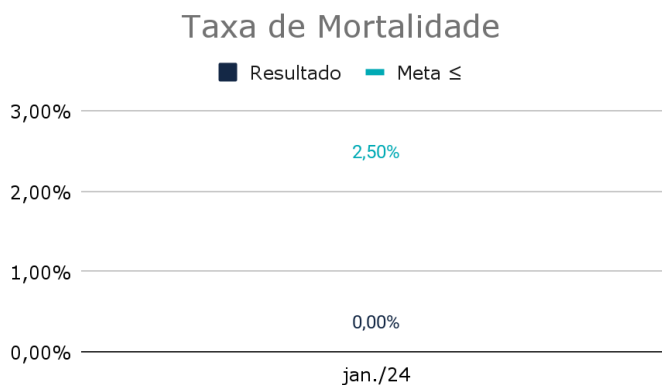
5.2.2 Paciente Dia



Nº Admissões	Giro de Leito
38	5,67

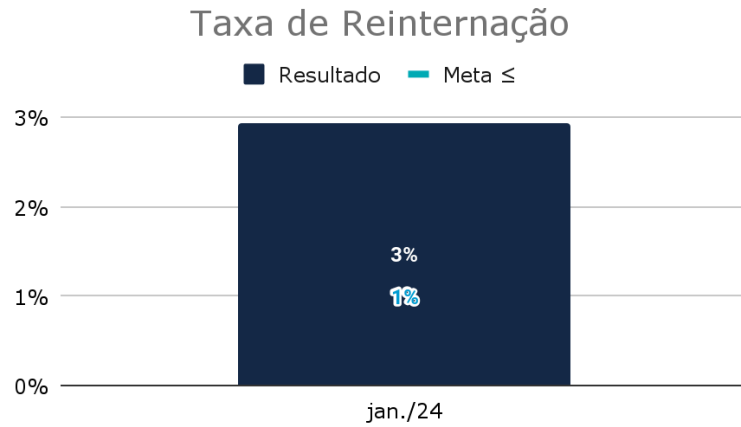
Análise crítica: No período avaliado, na UTI Materna tivemos 124 pacientes dia, 38 admissões e 34 saídas, apresentando giro de leito de 5,67 vezes. Indicador abaixo da meta estabelecida pois é diretamente dependente da taxa de ocupação.

5.2.3 Taxa de Mortalidade



Análise crítica: Não tivemos nenhum óbito nesse período. Meta contratual atingida. Realizamos avaliação de gravidade de todas as pacientes da UTI diariamente, ajustando as terapias conforme as demandas dos casos clínicos.

5.2.4 Taxa de Reinternação



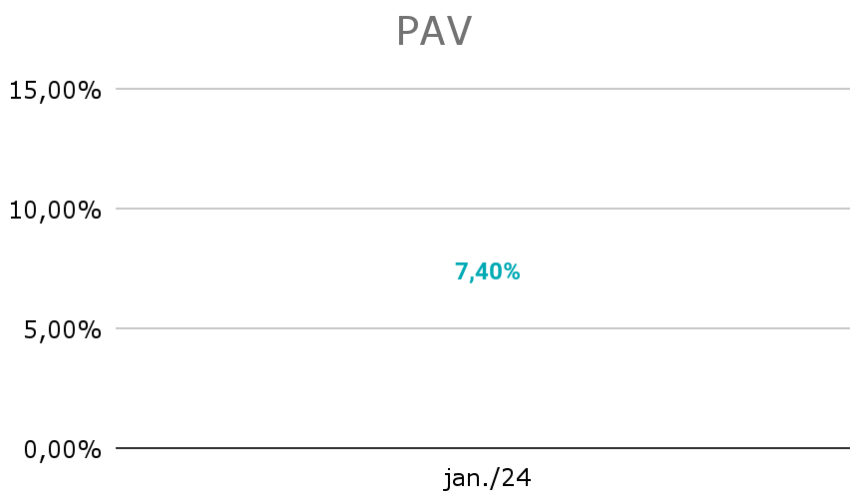
Reinternação < 24h

Nº Reinternações	Nº de Saídas
1	34

Análise crítica: Durante o mês de janeiro tivemos (01) uma reinternação no período de 24 horas não atingindo a meta contratual. Paciente G.N.A., 38 anos, internada na UTI materna no dia 16/01 em pós operatório de parto cesárea e iminência de eclâmpsia. Devido a taxa de ocupação estar 100% e solicitação de vaga via PA, paciente recebeu alta para o alojamento conjunto no dia 18/01. Durante a madrugada do dia 19/01 paciente referiu mal-estar e "dor no peito" tendo apresentado discreta melhora após medicação. Persistindo o quadro pela manhã, foi solicitada novamente vaga de UTI devido a suspeita de TEP. Paciente foi readmitida na UTI dia 19/01. Posteriormente diagnosticada com ICS não associada a utilização de CVC.

5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

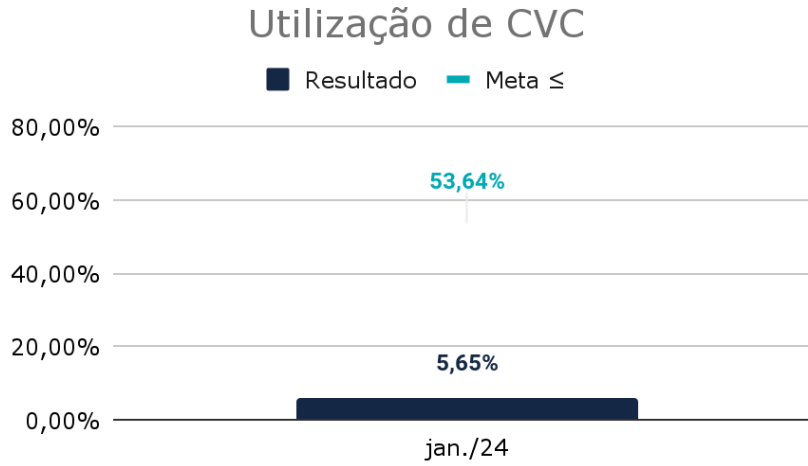
5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)



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

Análise crítica: Não tivemos PAV nesse período. Meta contratual atingida. Todas as pacientes internadas na UTI Materna e em VM foram acompanhadas pela equipe multiprofissional que realiza o bundle de PAV diariamente objetivando a prevenção da pneumonia associada à ventilação.

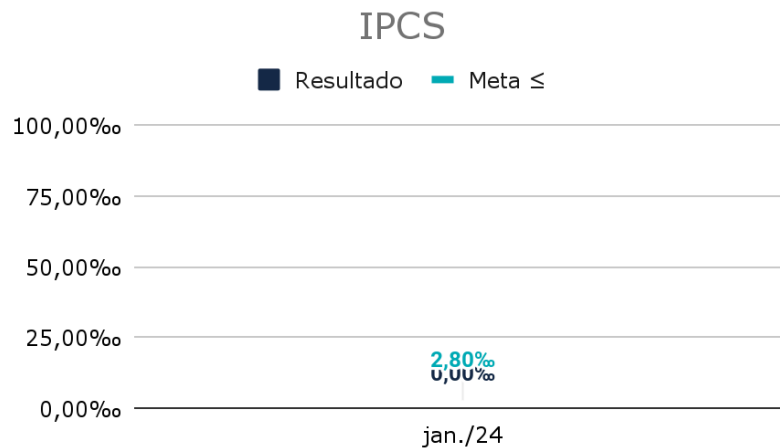
5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)



Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
1	56

Análise crítica: Tivemos neste período (01) um paciente com CVC. Atingimos a meta pactuada, tendo em vista o alinhamento entre a equipe médica e de enfermagem com o objetivo em desinvadir o mais precoce possível os pacientes com cateteres centrais.

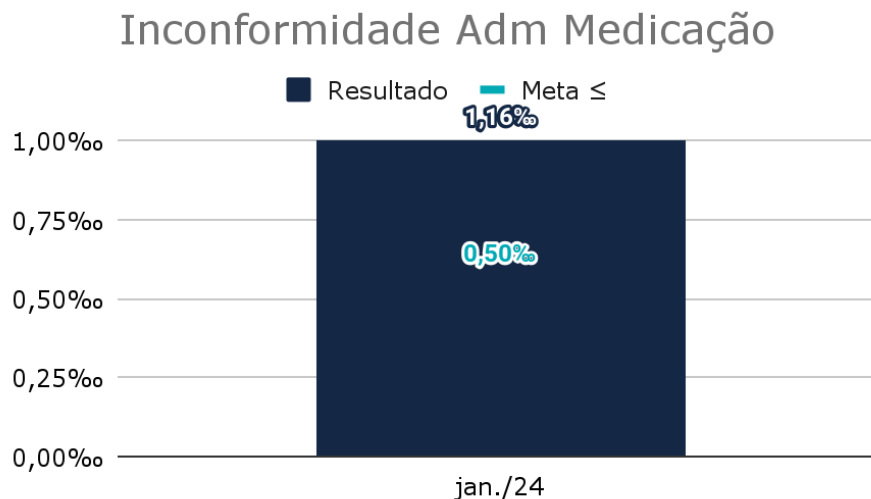
5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	1

Análise crítica: Neste mês não tivemos infecção primária da corrente sanguínea relacionada ao acesso vascular central. Meta contratual atingida.

5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



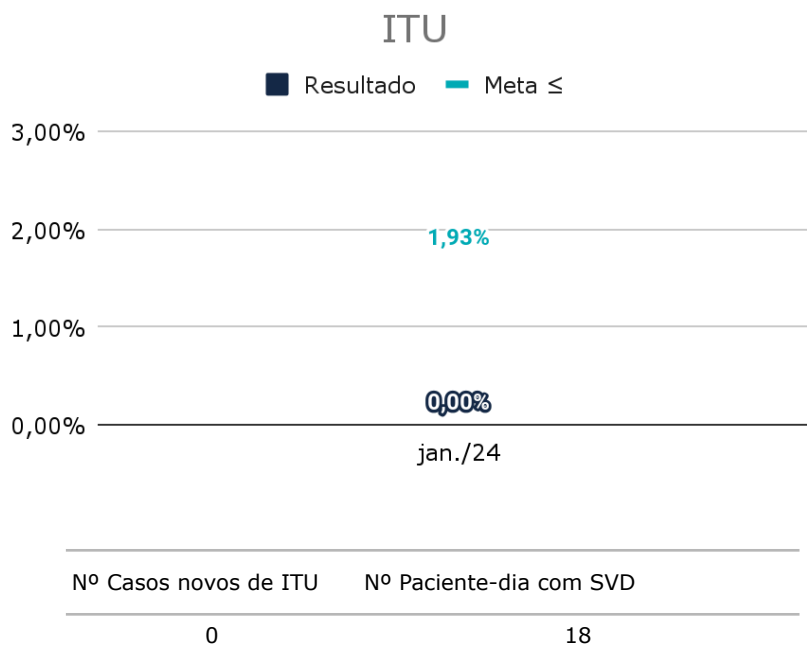
Análise crítica: No mês de janeiro tivemos (02) dois eventos relacionados ao processo de administração de medicamentos.

- Paciente M.N. , 38 anos, gestante 29 semanas + iminência de eclâmpsia. Prescrito anti-hipertensivo de 12 /12 horas. Administrada primeira dose do medicamento em prescrição anterior mas quando prescrito em nova prescrição não foi dada continuidade no horário por um período de 24 horas. Não houve dano grave para paciente, pois a mesma estava fazendo uso de outros medicamentos hipertensivos.

- Paciente E.A.F, 50 anos, POT de histerectomia+salpingectomia+TVP. Paciente referiu ser alérgica a dipirona cuja sinalização estava acima do leito e em prontuário. Após ter referido dor, paciente foi medicada com dipirona conforme prescrição médica. A colaboradora diz ter informado à paciente que estava administrando a dipirona e não houve manifestação contrária da mesma. No dia seguinte a paciente referiu ter recebido o medicamento no qual era alérgica e diz sentindo leve mal-estar após administração do medicamento.

Em ambos os casos foram realizadas notificações de evento adverso, análise, e orientação com registro para as colaboradoras envolvidas e iniciado treinamento para os demais colaboradores da equipe.

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

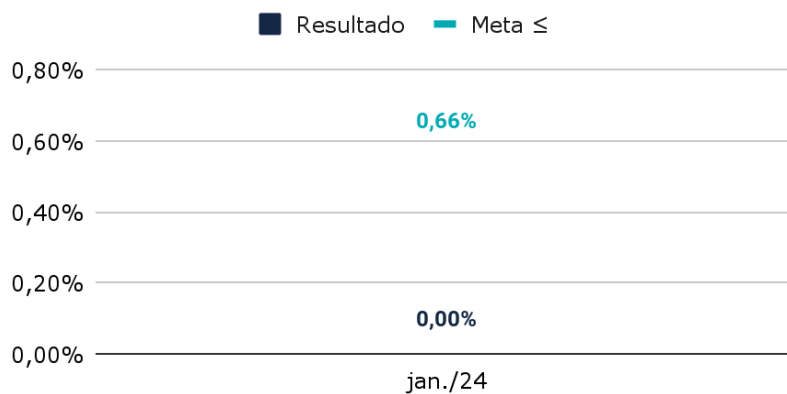


Análise crítica: Não tivemos nenhuma infecção do trato urinário neste período. Tivemos 18 pacientes-dia em uso de SVD.

Tendo em vista que diariamente em visita multiprofissional é discutido o momento ideal para retirada do dispositivo o mais precoce possível. Além das medidas realizadas pelo Bundle da SVD diariamente.

5.3.6 Índice de úlcera por pressão

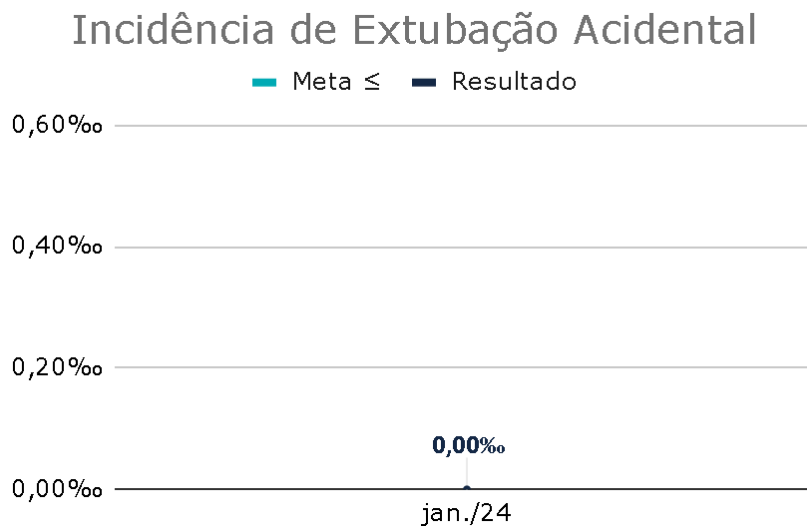
Incidência de LPP



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
0	56

Análise crítica: Não tivemos nenhuma lesão por pressão neste período. Meta contratual atingida.

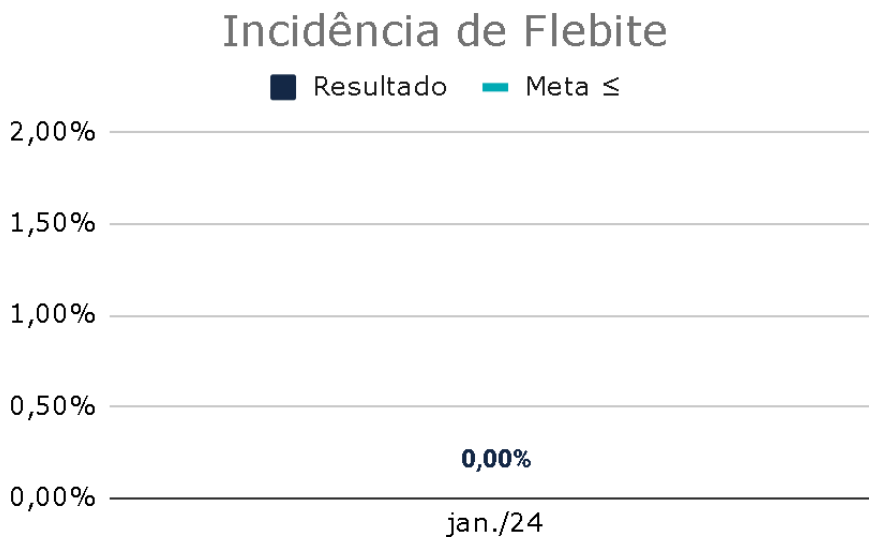
5.3.7 Incidência de Extubação Acidental



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

Análise crítica: Neste período tivemos (01) uma paciente entubada, mas devido às medidas de prevenção não houve extubação acidental atingindo a meta contratual.

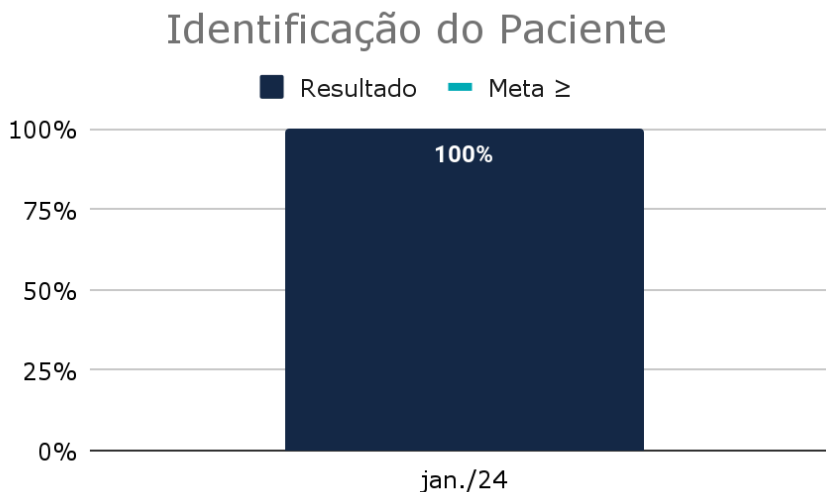
5.3.8 Incidência de Flebite



Índice de Flebite	
Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	36

Análise crítica: Neste período não tivemos caso de flebite ficando o indicador dentro da meta contratual.

5.3.9 Adesão às metas de Identificação do Paciente

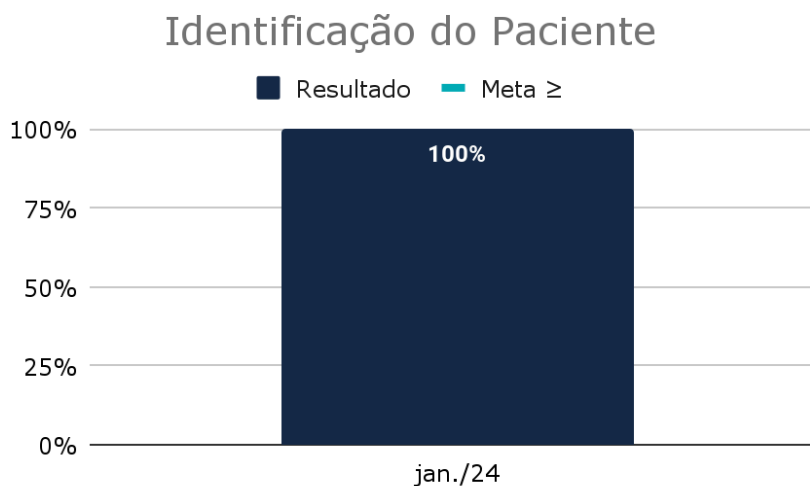


ID Paciente

Nº Paciente-dia com pulseira de identificação	Nº Paciente-dia
124	124

Análise crítica: Mantivemos em nossa UTI todos os pacientes devidamente identificados . Meta contratual atingida.

5.3.10 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 realizam as evoluções no sistema S4SP e equipe técnica de enfermagem realiza manualmente.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

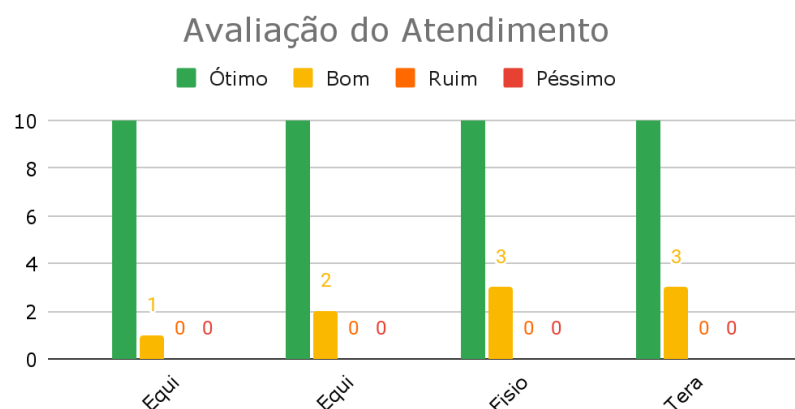
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade. Pesquisa realizada pelo usuário no Tablet Institucional.

No período avaliado, tivemos o total de **25 pesquisas preenchidas**. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

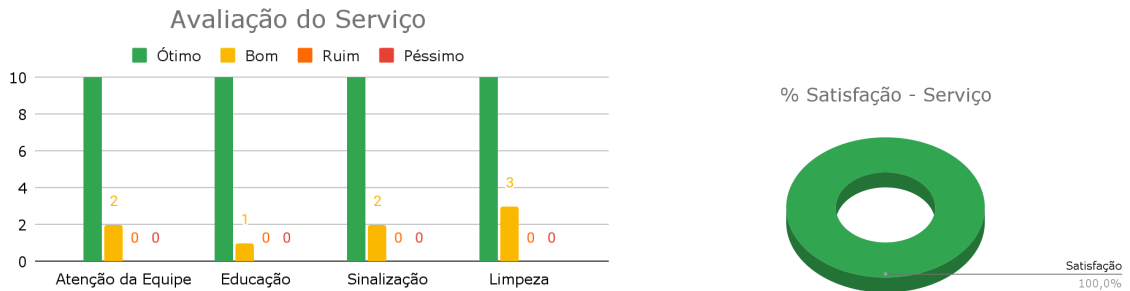
6.1.1 Avaliação do Atendimento

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. Não foi avaliado o atendimento do profissional de Terapia Ocupacional pois a vaga encontra-se aberta.



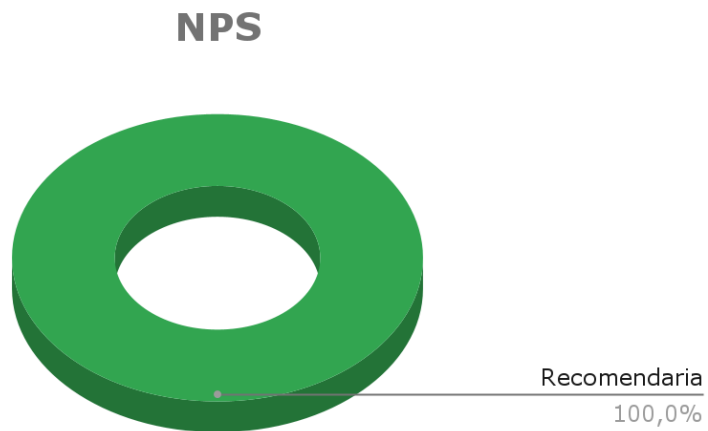
6.1.2 Avaliação do Serviço

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.



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.



7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

- Em incentivo ao Janeiro Branco campanha que é dedicadas a reforçar a importância dos cuidados com a saúde mental e ao Janeiro Roxo, campanha sobre a conscientização da hanseníase - doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta, principalmente, por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos, foram organizados treinamentos para os colaboradores do Time Cejam da UTI Materna do Hospital Leonor Mendes de Barros . Foram realizados pré-testes para identificar os conhecimentos relacionados aos temas e pós testes para avaliar o entendimento do conteúdo abordado.



- Treinamento segurança no uso de medicamentos



São Paulo, 07 de fevereiro de 2024


Adriana Cristina Alvares
CEGISS - Hospitalar
Supervisor Técnico Regional

DIRETOR TÉCNICO
RENATO TARDELLI