

Relatório de Atividades Assistenciais

**Hospital e Maternidade Leonor
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva
Materna**

Convênio n.º00023/2022

Agosto

2023

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

Tamiris De Oliveira Martins

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 agosto de 2023**.

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

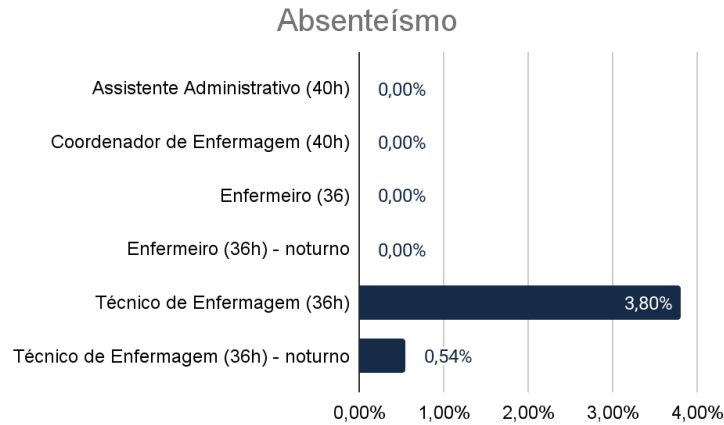
Análise Crítica: Mediante o quadro acima, verificamos que 119% da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho, o efetivo supera o previsto por conta da contratação de (02) dois técnicos de enfermagem para cobertura de férias, (01) uma enfermeira para cobertura de férias e (01) um técnico de enfermagem para cobertura de licença maternidade.

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 (36h)	03.Ivone Prado Cruz Santos	624232
		04.Michele Felix de Castro	404381
	Enfermeiro Ferista	05. Yasmin Santos Vespaziano	664746
	Enfermeiro (36h) - noturno	06.Nayara Fernanda da Costa	470916
		07.Cátia Elaine Calastro	541220
	Enfermeiro Folguista	08.Simone Messias da Silva	204926
	Técnico de Enfermagem (36h)	09.Adrielle Rodrigues	807366
		10.Denise Jeanete Rodrigues	1583997
		11.Efigênia de Freitas	807386
		12.Katia Alves dos Santos	1528682
		13.Magna O. a Silva Araujo	1144348
	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
	Técnico de Enfermagem Folguista	20.Tânia da Costa Dinamarca	1121040
		21.Claudia dos S.L. Gonçalves	1646933
	Técnico de Enfermagem (36h) - Ferista	22. Talita Novais Barbosa Silvestre	757199
		23.Marcela Ribeiro Martins	254902

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 08 dias de ausência durante o período de referência, sendo:

- 07 dias por motivos justificado por meio de atestado médico (Técnica de enfermagem - T.C.D)
- 01 dia por motivos justificado por meio de atestado médico (Técnica de enfermagem - E.C.O.S)

4.3.2 Turnover

Análise crítica:

Tivemos 01 (um) afastamento da colaboradora R. A. R. no dia 03/08/23 devido à Licença Maternidade.

Tivemos 01 (um) contratação da colaboradora L. de O. S. para cargo de técnico de enfermagem para cobertura de licença maternidade .

Tivemos 01 (um) afastamento da colaboradora M.M. R. no dia 27/07 para o INSS.

4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

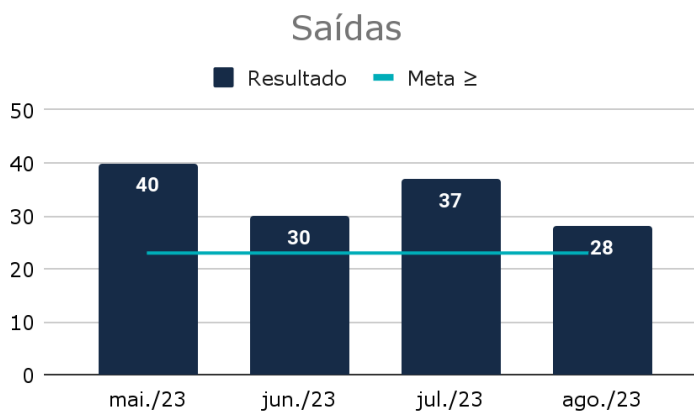
Análise crítica: Não tivemos nenhuma Comunicação de Acidente de Trabalho.A Equipe da Cipa realiza mensalmente atividades e treinamentos voltados para os colaboradores .

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

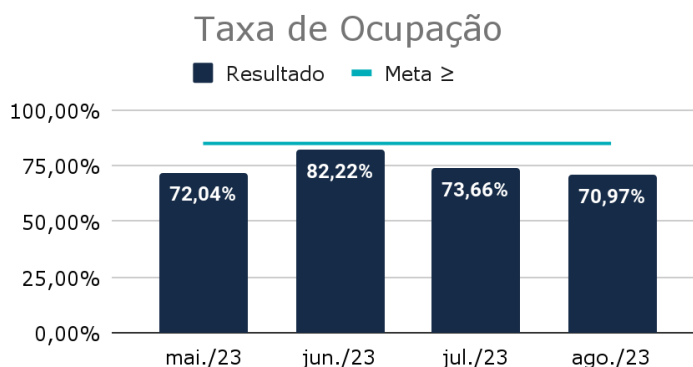
5.1.1 Saídas



Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	1
Evasão	0
Transferência Interna	27
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
Total	28

Análise crítica: No período analisado tivemos 28 saídas (Sendo 27 transferências internas e 01 alta) Meta contratual atingida.

5.1.2 Taxa de Ocupação

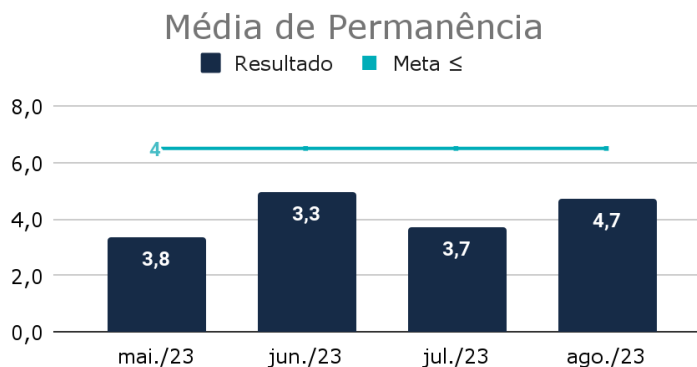


Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
132	186

Análise crítica: No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 71%. Informamos que todas as vagas solicitadas 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. Durante visita multiprofissional é verificado possíveis casos que estejam nos demais setores do Hospital que necessitam de cuidados intensivos, com isso percebemos um crescimento contínuo nesta taxa.

5.2 Indicadores - Qualitativos

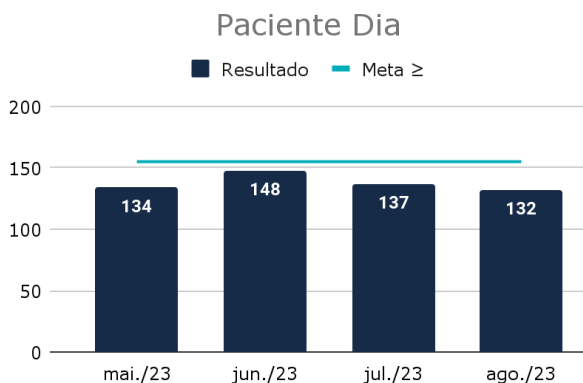
5.2.1 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
132	28

Análise crítica: Nesse mês tivemos uma média de permanência de 4,7 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.

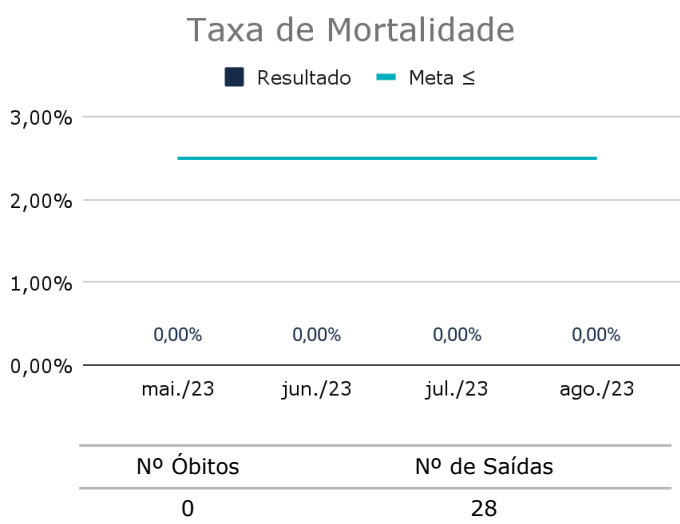
5.2.2 Paciente Dia



Nº Admissões	Giro de Leito
26	4,67

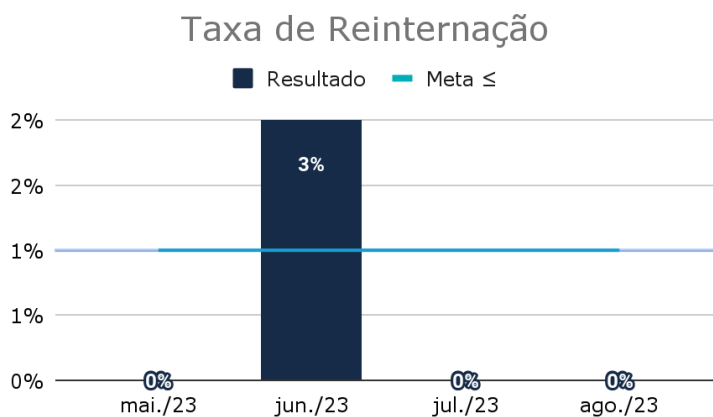
Análise crítica: No período avaliado na UTI Materna tivemos 132 pacientes dia, 26 admissões e 28 saídas, apresentando giro de leito de 4,67 vezes.

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

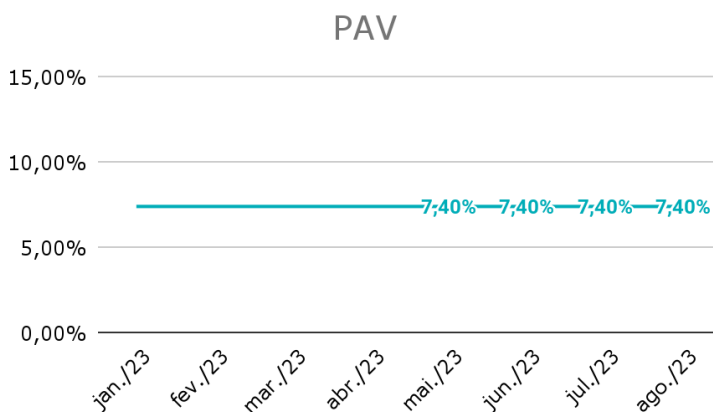


Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	28

Análise crítica: Não tivemos nenhuma reinternação neste período. Meta contratual atingida.

5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

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

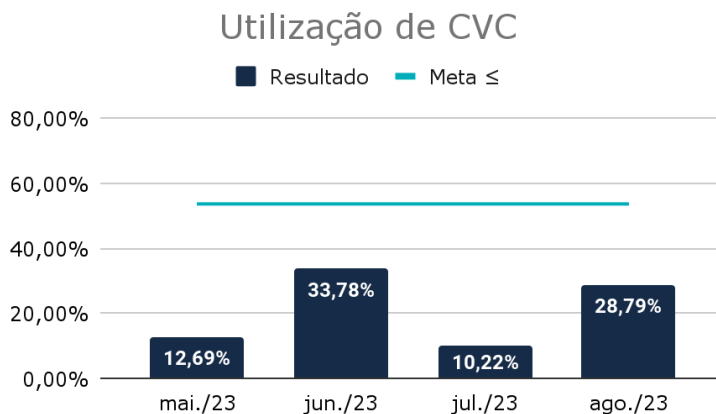


Nº Casos novos de PAV	Nº Paciente-dia em VM
0	32

Análise crítica: Não tivemos Pav nesse período. Meta contratual atingida.

Todos pacientes em V.M. foram acompanhados por toda a equipe multiprofissional que seguem o Bundle de Pav realizando todos os cuidados de Prevenção (Cabeceira Elevada 30 a 45 graus, Higienização da Mãos, Higiene Oral com Clorexidina 0,12% 3x ao dia, Pressão Cuff).

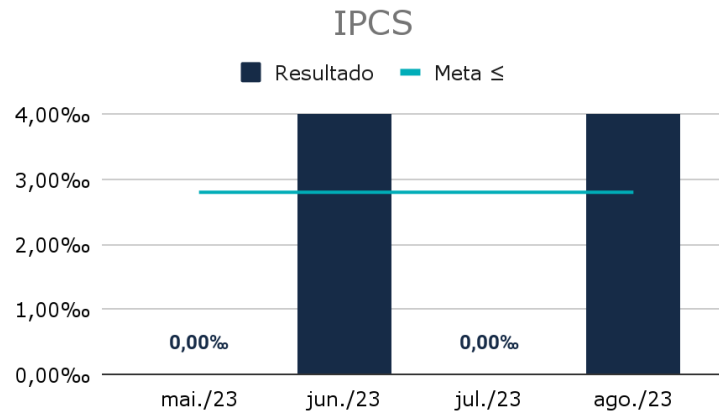
5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)



Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
38	132

Análise crítica: Tivemos neste período 38 pacientes- dia com CVC. 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
1	38

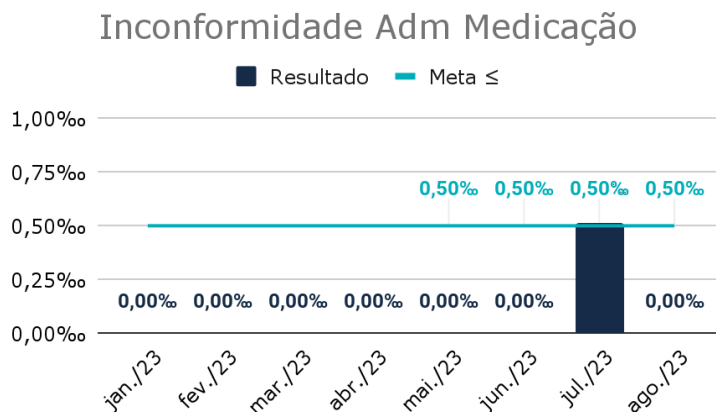
Análise crítica: Tivemos 01 (um) caso de IPCS.

Paciente A.M.S., 42 anos, admitida em 24/07/2023 com HD: Insuficiência Respiratória + Choque Séptico + POPF.

Identificado em amostra de Hemocultura: *Raoultella ornithinolytica*. (29-08). Paciente em uso de vários dispositivos invasivos (Traqueostomia, Cateter Venoso Central e Sonda Vesical de Demora). Iniciado tratamento com Meropenem , seguindo antibiograma.

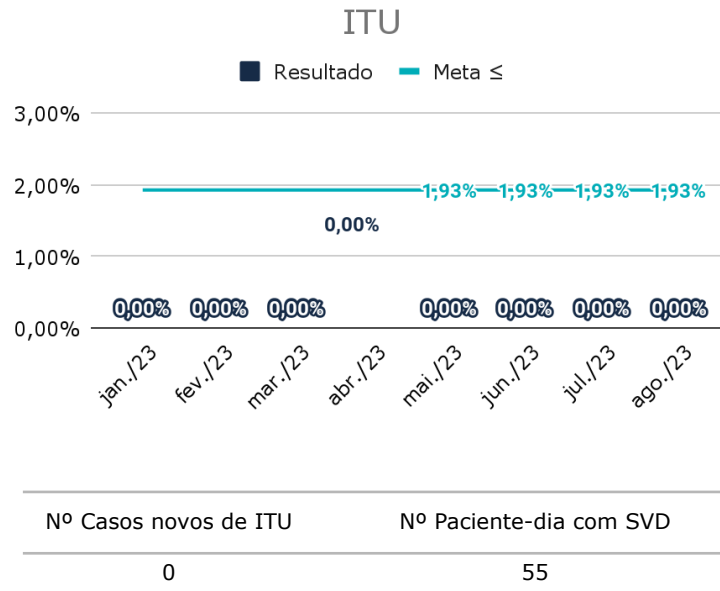
Plano de ação: Será mantida a educação permanente quanto a prevenção de IPCS reforçando os treinamentos sobre higienização das mãos e curativos de cateter.

5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



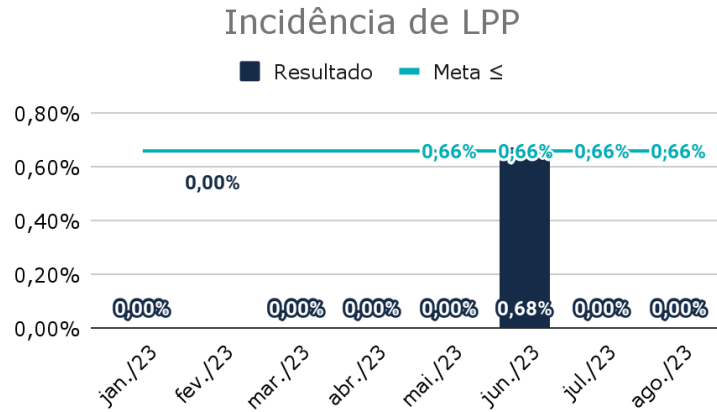
Análise crítica: Não tivemos nenhum caso de não conformidade na Administração de Medicamentos.

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. Tivemos 55 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 (Avaliado: Fixação adequada, sistema fechado de drenagem contínua, bolsa abaixo do nível da bexiga, higiene íntima e bolsa coletora até $\frac{2}{3}$ da capacidade).

5.3.6 Índice de úlcera por pressão

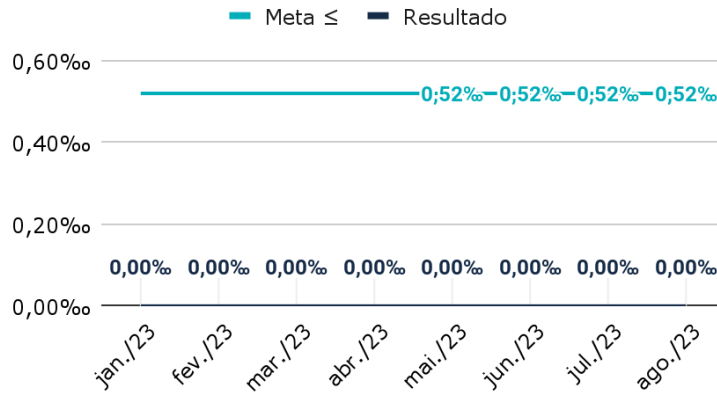


Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
0	132

Análise crítica: Não tivemos nenhuma Lesão por Pressão neste período. Meta contratual atingida. Realizadas algumas medidas de prevenção de LPP como: utilização de colchão piramidal, placa de hidrocolóide, hidratação da pele, mudança de decúbito de 2/2 horas e utilização de coxim.

5.3.7 Incidência de Extubação Acidental

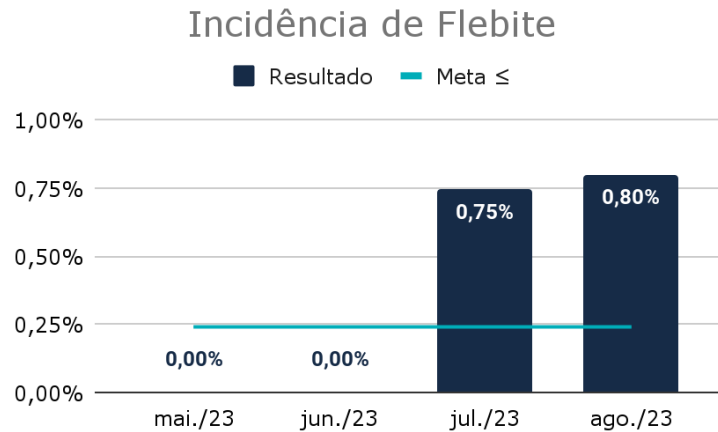
Incidência de Extubação Acidental



Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
0	32

Análise crítica: Não ocorreu nenhuma extubação acidental no período. Meta contratual atingida. Todos os processos de extubação foram devidamente acompanhados durante o despertar e realizados testes que permitiram evoluir os desmames tanto de sedação quanto ventilatórios sem intercorrências.

5.3.8 Incidência de Flebite



Índice de Flebite

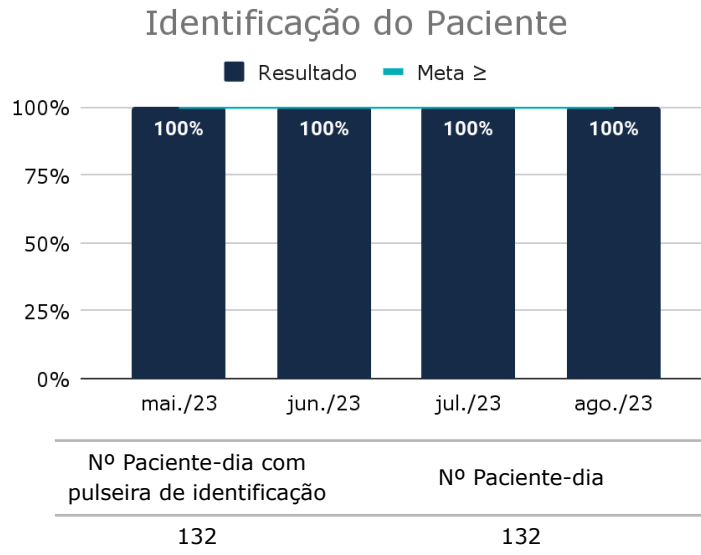
Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
1	125

Análise crítica: Tivemos 01 caso de TromboFlebite nesse período.

Paciente: V.S.B, 34 anos, com HD: POPN + HPP + IRA + PICO PRESSÓRICO, admitida no dia 21 de Agosto. No dia 29 de Agosto paciente apresenta dor, edema e cordão venoso em MSD sendo avaliado pela Enfermeira e Médico plantonista, realizado medidas como compressa morna e hirudoid , realizado USG com doppler de membros que constatou Tromboflebite. Permanecemos realizando medidas e paciente relata melhora da dor.

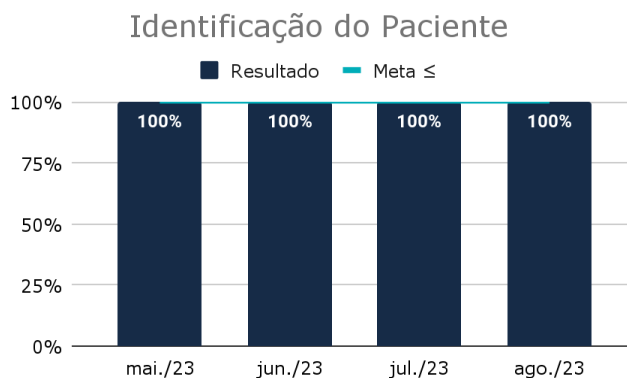
Realizamos Treinamento com toda a equipe de enfermagem reforçando o Protocolo de Flebite, a importância de utilizar filme transparente na fixação do cateter para melhor visualização da inserção do mesmo, assim se surgir qualquer sinal flogístico o mesmo já deverá ser sacado e utilizarmos compressas mornas. Orientado sobre avaliação do calibre da veia e o calibre do dispositivo que será utilizado, localização, higienização das mãos, antissepsia correta no momento da punção, diluição de medicações, infusões rápidas, salinizar sempre com cloreto de sódio 0,9% com seringa adequada e troca de dispositivo até 96 horas. Reforçamos : Diariamente os dispositivos devem ser avaliados pela equipe técnica e enfermeiros. Disponibilizado Escala de Flebite no Posto de Enfermagem para auxiliar na avaliação.

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. Toda equipe está devidamente treinada sobre a Meta 1 de Segurança do Paciente (Identificação do Paciente), realizamos diariamente a conferência dos dados da pulseira de identificação.

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. Equipe médica, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeuta ocupacional realizam as evoluções no sistema S4SP e equipe técnica de enfermagem realiza manualmente (em ambos os turnos) a anotação de enfermagem.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

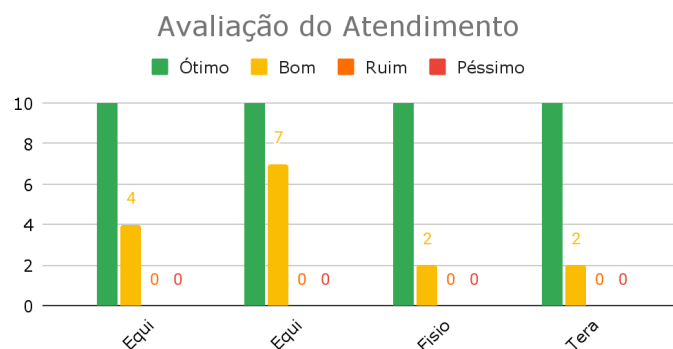
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares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

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

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

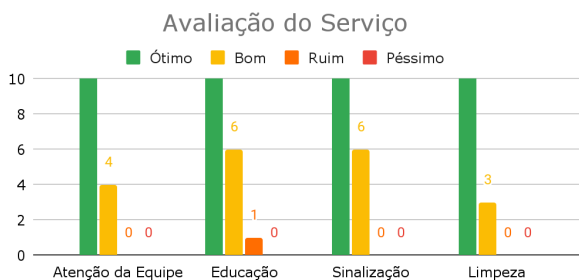
6.1.1 Avaliação do Atendimento

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.



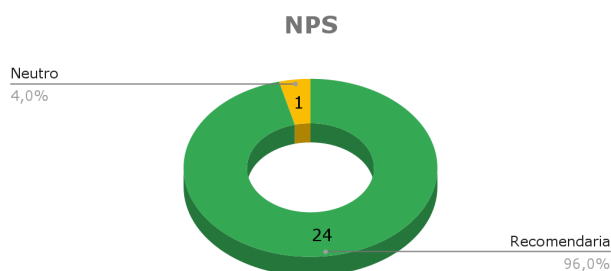
6.1.2 Avaliação do Serviço

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 satisfação do usuário em relação a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado, 96% dos usuários recomendariam o serviço e 4% dos usuários



7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

- Confecção da Apresentação de Treinamento sobre Aleitamento Materno (Treinamento realizado pela Equipe da Cipa , abordando o Tema: Agosto Dourado, com demonstração de Tipos de Mamilos, Pega, Ingurgitamento, Apojadura, Posições do Rn para amamentação e Agosto Lilás: Discutindo sobre os Tipos de Violência Contra a Mulher)



- Entrega dos Certificados da Brigada de Incêndio para o Time da Cipa.



- Treinamento sobre Montagem de Caixa Perfuro Cortante (Descarpack), discutido importância da montagem correta da caixa, seguindo os passos, linha limite de segurança, Não reencapar agulhas, descarte da seringa e agulha juntas no Descarpack)





- Treinamento sobre Meta 3 - Segurança do Paciente

Colaboradora Claudia realizou apresentação sobre a Meta de segurança do Paciente, discutindo sobre importância da Identificação do Paciente, conferência dos dados do Beira Leito, Prescrição Médica, Dupla Checagem das Medicações de Alta Vigilância, 13 Certos da Administração de Medicação.



- **Treinamento sobre Flebite e Manuseio de Dispositivos Invasivos:**
Realizamos a discussão sobre todos os cuidados necessários para Prevenção de Flebites, Realizado a Impressão da Escala de Flebite e apresentados para a Equipe como podemos pontuar a Flebite, disponibilizado o impresso no Posto de Enfermagem para consulta.



São Paulo, 06 de setembro de 2023



Adriana Cristina Alvares
CEGISS - Hospitalar
Supervisor Técnico Regional

DIRETOR TÉCNICO

RENATO TARDELLI