

Relatório de Atividades Assistenciais

**Hospital e Maternidade Leonor
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva
Materna**

Convênio n.º00023/2022

Fevereiro

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

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	9
4.3.2 Turnover	10
4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	10
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	11
5.1 Indicadores - Quantitativos	11
5.1.1 Saídas	11
5.1.2 Taxa de Ocupação	12
5.2 Indicadores - Qualitativos	13
5.2.1 Média de Permanência	13
5.2.2 Paciente Dia	13
5.2.3 Taxa de Mortalidade	14
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	20
5.3.6 Incidência de Queda	21
5.3.7 Índice de úlcera por pressão	22
5.3.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT	23
5.3.10 Incidência de Flebite	25
5.3.11 Adesão às metas de Identificação do Paciente	26
5.3.12 Evolução dos Prontuários	27
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO	28
6.1.1 Avaliação do Atendimento	28

6.1.2 Avaliação do Serviço	29
6.1.3 Net Promoter Score (NPS)	29
7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO	30

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 28 de fevereiro de 2025**.

4. FORÇA DE TRABALHO

4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

A equipe de trabalho efetiva é composta no momento por 21 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	3	↑
	Enfermeiro (36h) - noturno	3	3	✓
	Técnico de Enfermagem (36h)	7	8	↑
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	7	7	✓
Total		21	23	↑

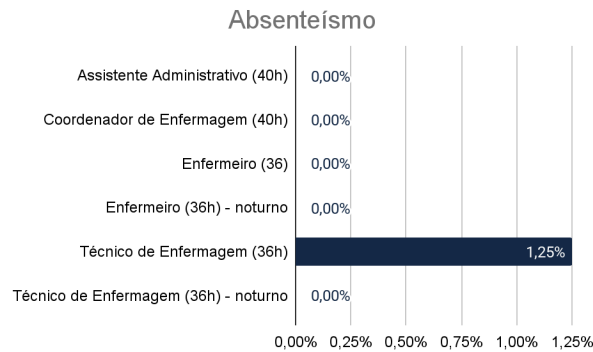
Análise Crítica: Mediante o quadro acima, verificamos que 109 % da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho. No mês de fevereiro não tivemos desligamentos e demissões. O efetivo supera o previsto devido a contratação anteriormente de (01) uma enfermeira e de uma (1) técnica de enfermagem para cobertura de férias.

4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

Setor	Cargo	Colaborador	Nº Conselho
Uti Materna - 6 Leitos	Assistente Administrativo (40h)	01. Joseane Santos Mascarenhas	N/A
	Coordenador de Enfermagem (40h)	02.Cintia Ramos dos Santos Haziot	68167
	Enfermeiro (36h) - Diurno	03. Andressa Barroso Assunção	653579
		04.Michele Felix de Castro	404381
	Enfermeiro (36h) - Noturno	05.Nayara Fernanda da Costa	470916
		06.Cátia Elaine Calastro	541220
	Enfermeiro Folguista	07.Yasmin Santos Vespaziano	204926
	Enfermeiro Ferista	08. Ana Flávia Santos Cardoso	682360
	Técnico de Enfermagem (36h) - Diurno	09.Adrielle Rodrigues dos Santos	807366
		10.Efigênia de Freitas	807386
		11.Katia Alves dos Santos	1528682
		12.Magna O. a Silva Araujo	1144348
		13. Erisvalda dos Santos Solidade	68906
		14.Maria Vivalda S. do Nascimento	990689
	Técnico de Enfermagem (36h) - Noturno	15.Elaine Cristina O.dos Santos	1493164
		16.Rafhaela Moreira Vitalino	1511542
		17.Quelcilene de Paula	936670
		18.Sueli Gomes Barbosa	92256
		19.Sandra Rodrigues Vieira	968412
		20. Ranielli Aparecida Ramos	652014
	Técnico de Enfermagem Folguista - Noturno	21. Claudia dos S.L. Gonçalves	1646933
	Técnico de Enfermagem Folguista - diurno	22. Simone Barbosa dos Santos	1431865
	Técnico de Enfermagem (36h) - Ferista	23. Rebeca S.J. Piaulino	776239

4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.3.1 Absenteísmo

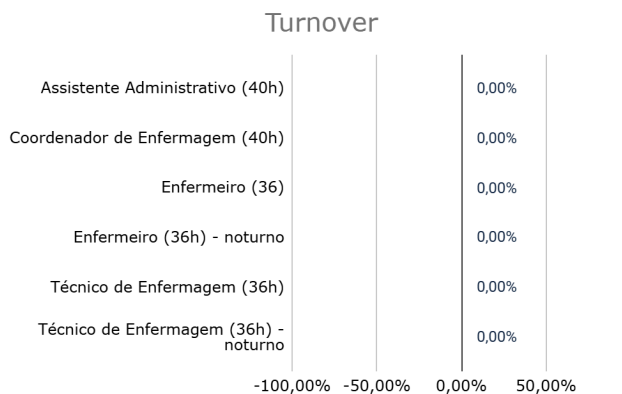


Análise crítica: No mês de fevereiro tivemos 02 dias de ausência justificado por meio de atestado médico

- Técnica de Enfermagem A.R.S. - 2 dias

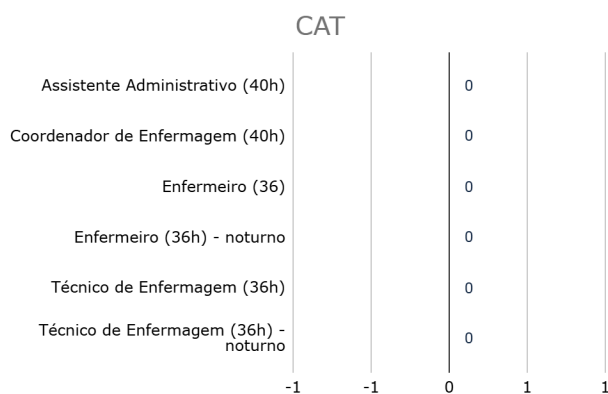
As ausências foram cobertas por profissionais da própria Unidade, com remanejamentos, efetivando a cobertura necessária para o atendimento dos pacientes nas UTI sem prejuízo para a assistência.

4.3.2 Turnover



Análise crítica: No mês de fevereiro não tivemos pedido de demissão, desligamentos e admissões. O quadro de colaboradores está de acordo com o previsto.

4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



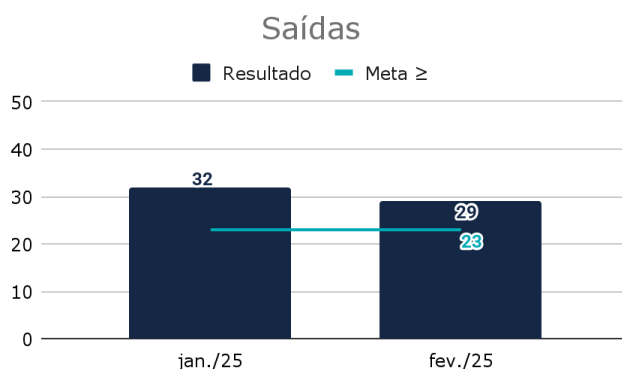
Análise crítica: Neste período não tivemos comunicação de acidente de trabalho. Os membros da CIPA realizam orientações voltadas para os colaboradores a fim de esclarecer dúvidas e reforçar práticas que evitam a ocorrência do acidente.

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

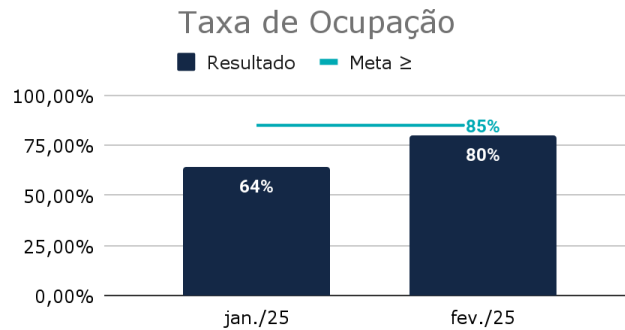
Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão	2
Transferência Interna	24
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	2
Total	29

Análise crítica: No período analisado tivemos 29 saídas, sendo 24 transferências internas direcionadas para enfermarias, 01 transferência externa 02 evasões e 02 óbitos.

Paciente A.G.G., 22 anos, gestante 28 semanas, internada na UTI Materna em 16/02 por cetoacidose diabética. Antecedentes: DM tipo 1, HAC, IRC, hipotireoidismo e ansiedade. Paciente atendida no PA com quadro de náusea, vômito, fadiga, taquipneia e dextro 473 mg/dl. Na fase de ajuste das doses de insulina e com previsão de alta para enfermaria, paciente verbalizou desejo de evadir do Hospital. Recebeu orientação sobre a importância em continuar internada visto que ainda apresentava episódios de hipoglicemia além de pico pressórico. Foi acionado serviço de psicologia, paciente já estava sendo acompanhada, e serviço social para reforçar a necessidade de permanecer internada. Foi conversado também com namorado da paciente que verbalizou que não estava de acordo com a decisão da paciente. Mesmo ciente da gravidade do caso, paciente mantém a decisão de abandonar o tratamento. Em 24/02 evadiu do Hospital acompanhado pelo namorado.

Paciente N.J.J.R.P., 29 anos, puérpera parto cesáreo, internada na UTI Materna em 22/02 para monitorização clínica e término de sulfatação. Antecedentes: HAS, alcoolismo e tabagismo. Paciente procurou atendimento no PA com queixa de dor em baixo ventre. Não forneceu informações sobre ter realizado pré-natal e ultrassonografia e referiu nunca ter sentido movimentação fetal. Ao exame clínico, afebril, taquicardia, PA de 190 X 126 mmHG, movimentação fetal e batimento cardíaco fetal (BCF) ausentes. Realizado USG que evidenciou ausência de BCF. Diante da suspeita de descolamento prematuro de placenta e confirmação do óbito fetal, a paciente foi encaminhada ao CO para resolução. Durante a internação na UTI chegou a realizar angiotomografia de tórax devido a suspeita de TEP. Posteriormente esta hipótese foi descartada. Estava sendo medicada com anti hipertensivo e anticoagulação terapêutica, em condições de alta para Enfermaria mas com necessidade de permanecer internada. Paciente residente em Florianópolis, sem apoio familiar de amigos. Havia verbalizado a intenção de participar do enterro da filha. Mesmo ciente dos riscos, em 27/02 optou por desistir do tratamento e evadiu do Hospital.

5.1.2 Taxa de Ocupação



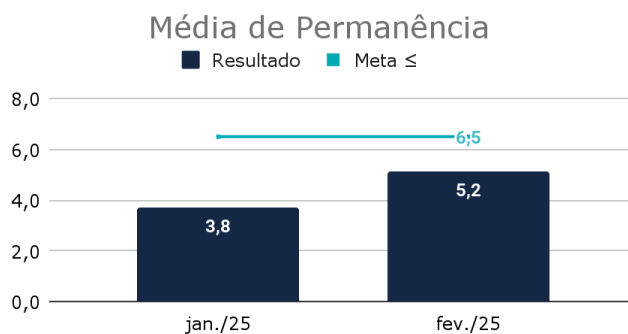
Ocupação

Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
134	168

Análise crítica: No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 80%. Informamos que todas as vagas solicitadas via PS, CO e CC foram prontamente atendidas sem recusas ou atrasos. A Equipe do NIR (Núcleo Interno de Regulação) realiza contato diariamente com a UTI verificando a disponibilidade de vagas e avaliando os casos para possível aceitação via CROSS.

5.2 Indicadores - Qualitativos

5.2.1 Média de Permanência

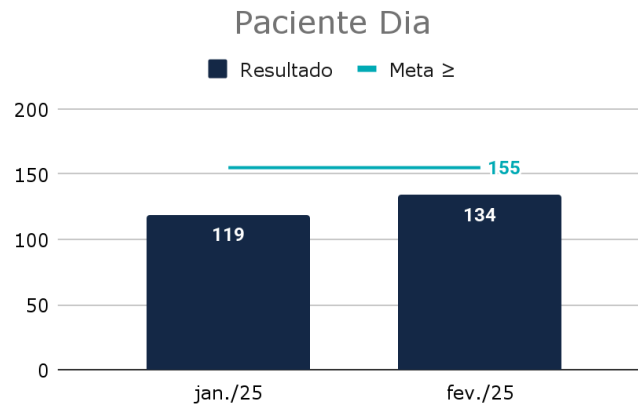


Permanência

Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
134	29

Análise crítica: Neste período tivemos uma média de permanência de 5,2 dias atingindo a meta pactuada. Diariamente, durante a visita multiprofissional, é discutido o momento ideal para uma alta segura dos pacientes, sendo um fator decisivo para obtenção do resultado dentro da meta.

5.2.2 Paciente Dia



Paciente Dia

Nº Admissões	Giro de Leito
25	4,83

Análise crítica: No período avaliado tivemos 134 pacientes dia, 25 admissões e 29 saídas, apresentando giro de leito de 4,83 vezes. Indicador abaixo da meta estabelecida pois é diretamente dependente da taxa de ocupação.

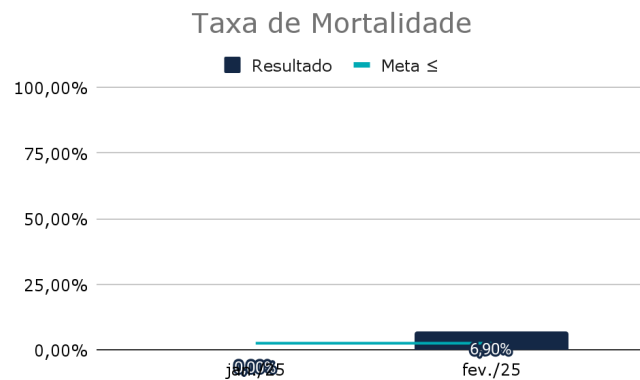
Das pacientes admitidas na UTI, das pacientes foram 64% cirúrgicas e 36% pacientes clínicas; 20,7% eram gestantes e 71% % puérperas e 8,3 % pacientes da ginecologia. A pré-eclâmpsia foi a principal internação na UTI, totalizando 36 % das internações.

No dia 21/02 a UTI materna estava com 100% de ocupação, mas devido a intercorrência com um membro da equipe médica , admitimos a 7ª paciente e ficamos com a ocupação em 116% por um período de 3 horas até a alta de uma das pacientes.

Paciente M.M.S., 59 anos, internada na UTI Materna para monitorização clínica devido a suspeita de IAM. Antecedentes : pré diabetes e ansiedade. Paciente procurou o PA por meios próprios com queixa de dor torácica retroesternal de forte intensidade sem irradiação, associado a mal estar generalizado e lipotimia. Realizado ECG , ritmo sinusal, sem supradesnivelamento de ST, inversão de onda

T ou outros sinais isquêmicos. Admitida na UTI consciente, orientada, hipotensa, taquicárdica, recebendo nitroglicerina endovenosa, eupneica, afebril, corada, hidratada. Permaneceu estável durante o período de internação na UTI Materna. Solicitada transferência para o Hospital Geral com suporte hemodinâmico. Em 22/02 cedida vaga via Cross para o Hospital Santa Rita sendo transferida neste dia. Posteriormente confirmada através de CATE a existência de CIA e Ponte miocárdica.

5.2.3 Taxa de Mortalidade



Análise crítica: No mês de fevereiro a taxa de mortalidade foi igual a 6,9 % ficando acima 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 no mês de fevereiro para a UTI Materna era de 10,11% enquanto a mortalidade real foi de 6,9 %. Isso resultou em um SMR de 0,68%, 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.

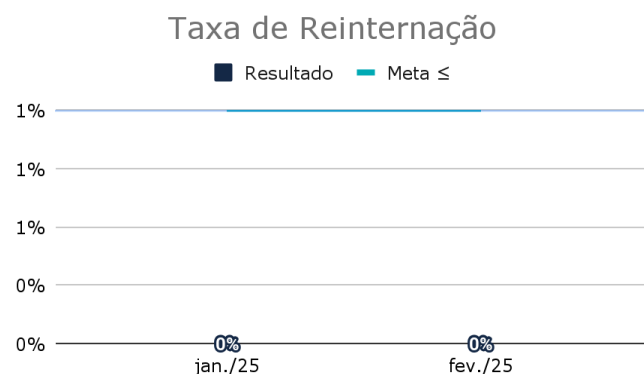
Paciente **D.A.C.S.R**, 36 anos, gestante 13 semanas + 5 dias, internada na UTI Materna em 30/01 para vigilância clínica e investigação etiológica de cefaleia persistente e epilepsia mal controlada. Antecedentes: Portadora de síndrome de sela vazia, onde foi implantada derivação ventrículo peritoneal há 3 anos,

evoluindo com quadro de epilepsia e cefaleia pós procedimento. Esteve internada recentemente no Hospital do Mandaqui devido à cefaleia persistente + crise convulsiva e dor abdominal. Paciente foi trazida ao Hospital pelo namorado após ter apresentado crise convulsiva tônico clônico generalizada com duração de 2 minutos. Após a chegada no PA, crise cessa espontaneamente e paciente recobra consciência. Após estabilização encaminhada a UTI para monitorização. Admitida na UTI com Glasgow 15, sem déficits motores e sensitivos, pupilas isocóricas e fotorreagentes, normocárdica, normotensa e afebril. Mortalidade esperada 12,1 % / SAPS 3 = 46. Em menos de 24 horas de internação na UTI paciente apresentou pico pressórico por ansiedade e evoluiu com crise convulsiva refratária e estado de mal convulsivo, foi medicada com benzodiazepínico, sem reverter o quadro sendo necessário intubação e sedação com propofol e fentanil. No dia 31/01 apresentou parada cardiorrespiratória durante 2 minutos que foi revertida com 1 ciclo de RCP + 1 ampola de adrenalina. Mantida sedação e iniciada drogas vasoativas. Neste mesmo dia foi realizada tomografia de crânio que mostrou pequena quantidade de hemorragia em núcleo caudado à esquerda. Em 01/02 foi realizado USG obstétrico que evidenciou ausência de batimento cardíaco fetal com constatação de abortamento retido. No dia 06/02, após indução, houve expulsão do feto e em 08/02 foi submetida a curetagem. Dia 03/02 foi realizada nova tomografia de crânio que mostrou importante edema cerebral e perda da diferenciação da substância branca/cinzenta podendo estar relacionada à encefalopatia hipóxico-isquêmica grave. Diante do quadro neurológico, a família foi informada sobre a gravidade do caso. Realizados exames clínicos do protocolo de morte encefálica em 07/02 e em 11/02, estes que foram interrompidos devido ao teste de apnéia ter apresentado drive respiratório. Em 13/02 foi realizada nova reunião com familiares e em consenso optado por cuidados paliativos proporcionais e medidas de conforto. No dia 16/02 paciente evoluiu para óbito.

Paciente **J.A.V.**, 34 anos, internada na UTI Materna em 06/02 para monitorização clínica após biopsia de lesão vegetante em vagina. Antecedentes: obesidade + sangramento uterino anormal + TU útero com metástase hepática. Paciente internou eletiva via pronto socorro para realização de curetagem de prova. Recebeu 02 concentrados de hemácias devido a anemia. Após

procedimento evoluiu com desaturação até 88% sendo necessário instalação de cateter de O₂. Admitida na UTI com Glasgow 15, taquicardica, hipotensa, corada, desidratada 1+¹/₄, icterica 3+¹/₄, afebril, saturando 93% as costas de 3l/O₂ por cateter nasal, com abdome globoso e doloroso a palpação. Mortalidade esperada 54,9% / SAPS 3 =69. Em 07/02 aberto protocolo sepse devido leucocitose e iniciado ceftriaxona e clindamicina. Em 09/03 escalonado antibiótico para Tazocin devido piora do leucocitose e entubada devido desconforto respiratório. Iniciado drogas vasoativas. Evoluiu com insuficiência renal com indicação de hemodiálise. Foi submetida a duas sessões de hemodiálise sendo a segunda interrompida por instabilidade hemodinâmica. A família foi informada previamente sobre a gravidade do quadro. Paciente com choque refratário evoluiu para óbito em 11/02.

5.2.4 Taxa de Reinternação



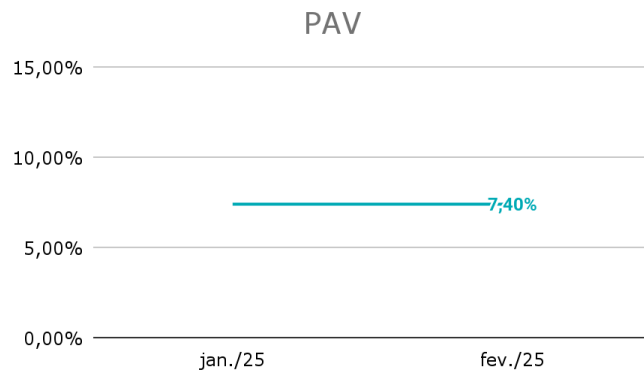
Reinternação < 24h

Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	28

Análise crítica: No mês de fevereiro não houveram reinternações em menos de 24 horas após a alta da UTI Materna. Meta contratual atingida.

5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

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

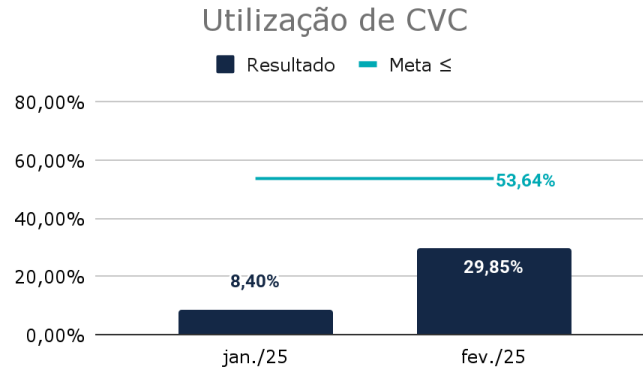


DI PAV

Nº Casos novos de PAV	Nº Paciente-dia em VM
0	20

Análise crítica: No mês de fevereiro tivemos 20 pacientes-dia em VM mas não tivemos PAV neste período. 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)

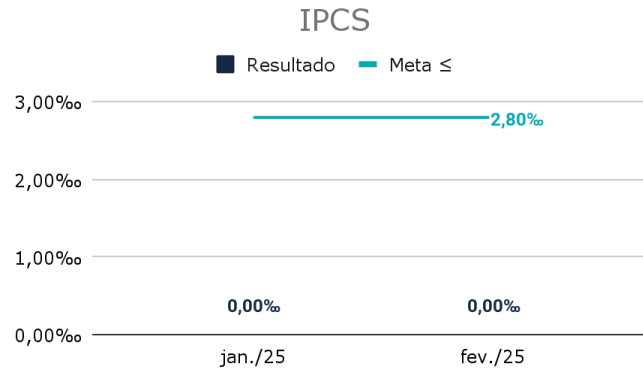


Utilização CVC

Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
40	134

Análise crítica: Em fevereiro tivemos uma taxa de utilização de cateter venoso central igual a 29,85 % ficando dentro da meta contratual . A indicação do acesso central foi baseada na necessidade da infusão contínua de sedação e drogas vasoativas, além de transfusão sanguínea e antibióticos . A retirada dos dispositivos invasivos é avaliada conforme evolução do quadro clínico das pacientes e discutida durante a reunião multidisciplinar.

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

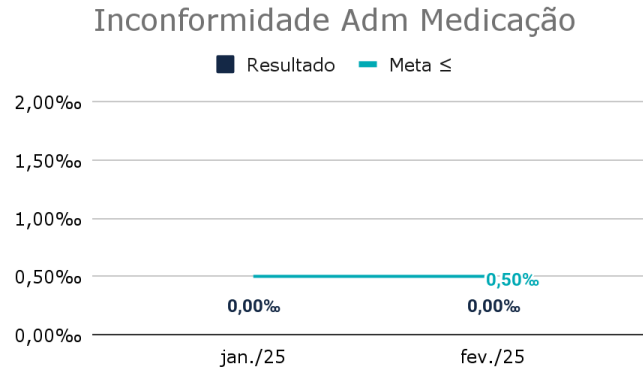


DI IPCS

Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	43

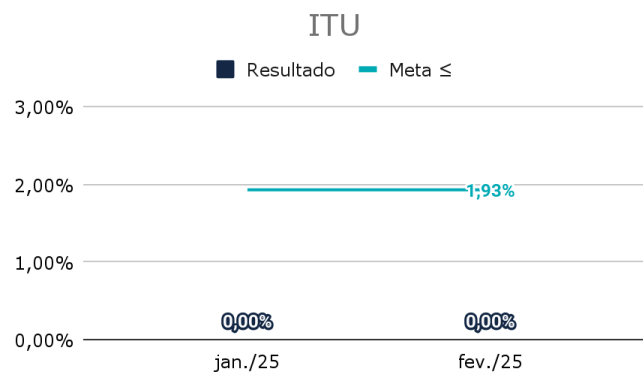
Análise crítica: No mês de fevereiro não tivemos infecção primária relacionada ao uso de CVC. Meta contratual atingida.

5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



Análise crítica: Neste período não tivemos eventos relacionados à administração de medicamentos atingindo a meta contratual.

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

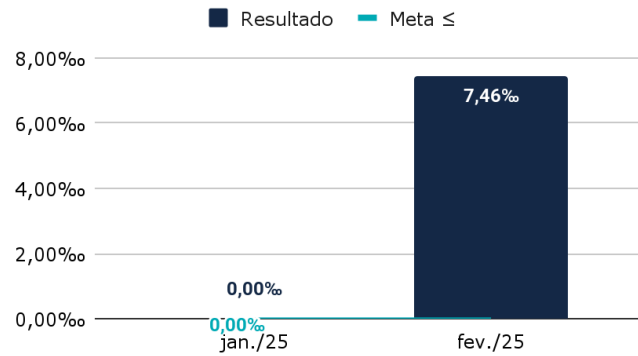


Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	57

Análise crítica: Neste período tivemos 57 pacientes-dia em uso de SVD e não tivemos registro de infecção do trato urinário. 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 Incidência de Queda

Incidência de queda de paciente



Incidência de queda

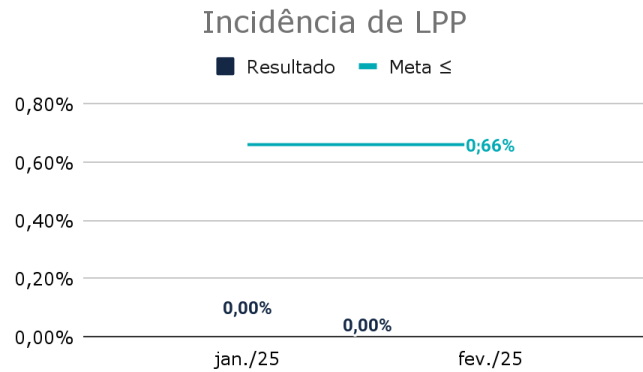
Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
1	134

Análise crítica: No mês de fevereiro tivemos 01 notificação de queda de paciente mesmo após medidas de prevenção como: manutenção da cama baixa e grades elevadas, deambulação com calçados seguros e pacientes sempre acompanhadas, sinalização de risco de queda a beira leito, aplicação de termo de ciência sobre o risco, e registro diário em prontuário com orientação às pacientes quanto ao risco.

A.A.B.G.P, 26 anos, gestante, admitida na UTI Materna por sepse de foco urinário. Antecedentes: bexiga neurogênica com cateterismo a cada 3 horas + infecção urinária de repetição. Paciente com necessidade de sondagem de alívio a cada 3 horas. Durante a internação foi sinalizada como alto risco de queda. Dia 26/02 após o procedimento de sondagem no período noturno, paciente não aguardou ajuda da enfermeira e da técnica de enfermagem, que ainda estavam dentro do quarto, e desceu da cama sozinha. Ao sair da cama escorregou e caiu sentada na escada batendo a perna. Queda presenciada. Avaliada pelo médico plantonista e realizada cardiotocografia sem alterações. Não houve indicação de

exames complementares. Paciente teve boa evolução clínica e posteriormente foi de alta hospitalar.

5.3.7 Índice de úlcera por pressão

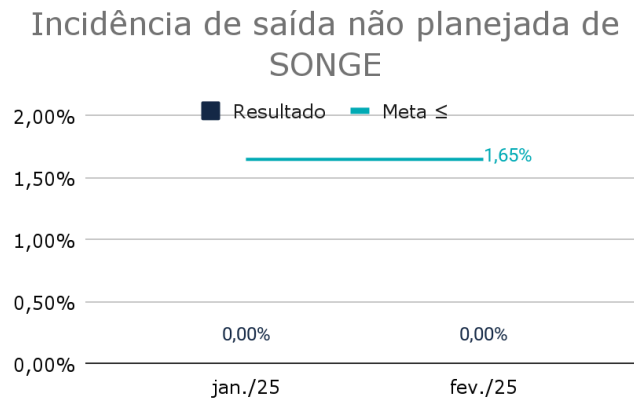


LPP

Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
0	134

Análise crítica: Durante o mês de fevereiro tivemos pacientes internadas com maior complexidade assistencial. Porém com a realização de medidas de prevenção de LPP como: utilização de colchão piramidal, hidratação da pele, mudança de decúbito de 2/2 horas e utilização de coxim, não tivemos registro de lesões. Meta contratual atingida.

5.3.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT

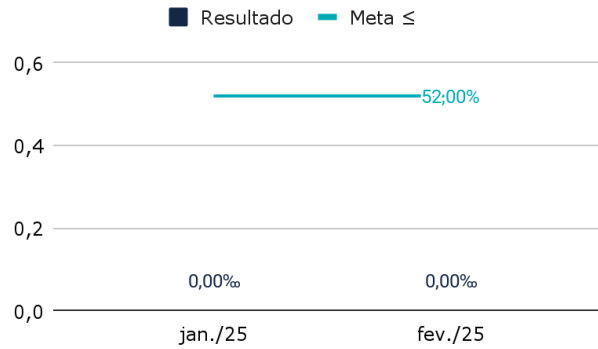


Incidência de saída não planejada	
Nº Saída não planejada de SONGE	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	15

Análise crítica: No mês de fevereiro não tivemos eventos relacionados a saída não planejada de SNG, atingindo portanto a meta contratual.

5.3.9 Incidência de Extubação Acidental

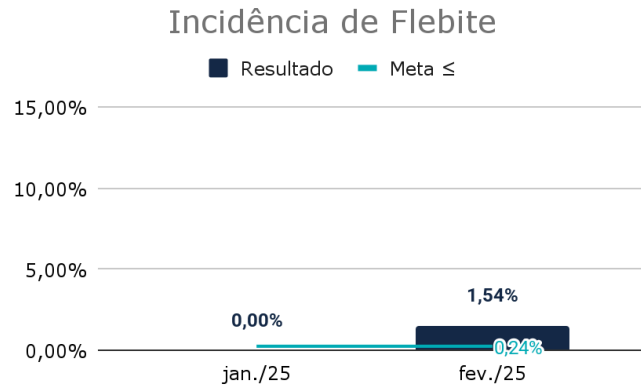
Incidência de Extubação Acidental



Incidência de Extubação	
Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
0	20

Análise crítica: Neste período tivemos 20 pacientes-dia entubadas, mas devido às medidas de prevenção não houve extubação acidental atingindo a meta contratual.

5.3.10 Incidência de Flebite



Índice de Flebite	
Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
2	130

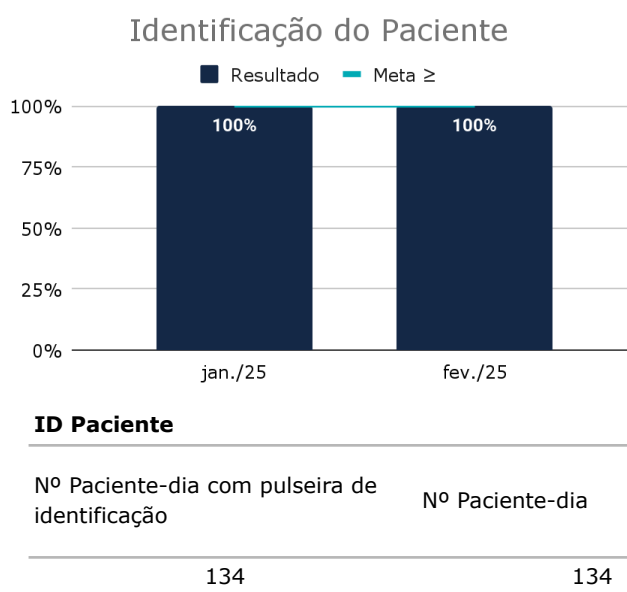
Análise crítica: Em agosto foram registrados 02 casos de flebite na UTI Materna.

J.A.V., 34 anos, admitida na UTI Materna em 06/02 para monitorização clínica após biopsia de lesão vegetante em vagina. Antecedentes: obesidade + sangramento uterino anormal + TU útero com metástase hepática. Previamente à internação na UTI recebeu 02 concentrados de hemácias por acesso venoso periférico. Paciente com rede venosa de difícil acesso. Evoluiu com quadro séptico sendo necessário ampliação de antibioticoterapia e nova transfusão sanguínea. Com indicação de instalação de cateter venoso central. Evoluiu com flebite grau 3 em membro superior. Iniciado tratamento tópico + preservação do membro. Com piora do quadro houve necessidade de intubação e início de drogas vasoativas. Posteriormente passado cateter venoso central.

A.A.B.G.P, 26 anos, gestante, admitida na UTI Materna por sepse de foco urinário. Antecedentes: bexiga neurogênica com cateterismo a cada 3 horas + infecção urinária de repetição. Paciente com 2 internações prévias e recente em outra instituição devido a pielonefrite com uso de antibiótico por via endovenosa.

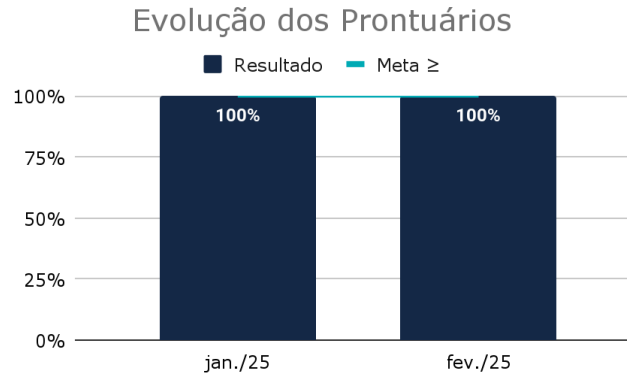
Na UTI, foi realizada coleta de vigilância e identificado *Acinetobacter baumannii*, sendo ampliado a antibioticoterapia. Devido a fragilidade capilar e uso prolongado de antibiótico apresentou flebite grau 3 em MSD. Iniciado tratamento tópico + preservação do membro. Devido a evolução satisfatória do quadro da paciente não foi indicado passagem de cateter venoso central.

5.3.11 Adesão às metas de Identificação do Paciente



Análise crítica: Segundo a meta 1, identificação correta do paciente, ficamos em conformidade com uma das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, atingindo a meta contratual proposta.

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.

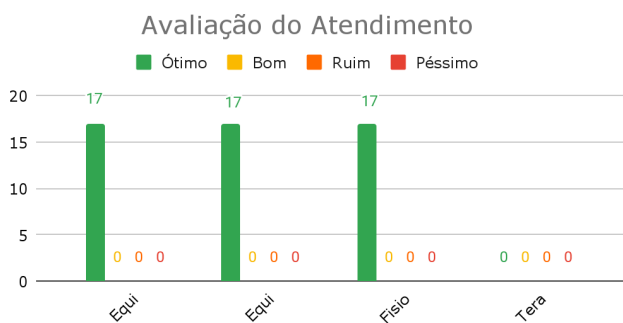
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

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.

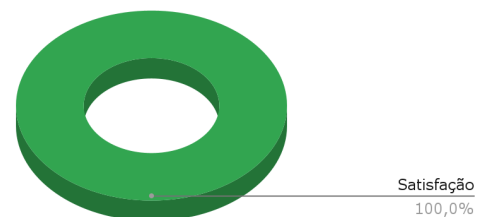
No período avaliado, tivemos o total de **17** pesquisas preenchidas. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

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.

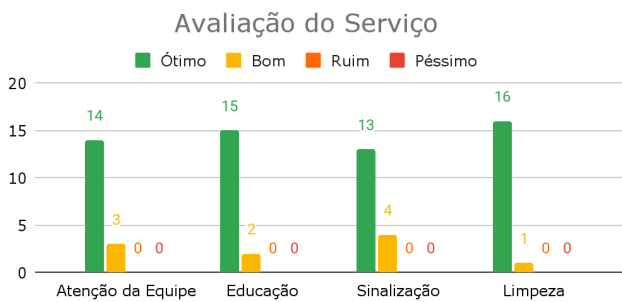


% Satisfação - Atendimento

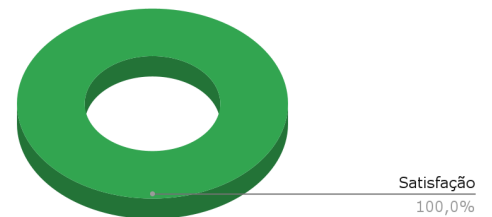


6.1.2 Avaliação do Serviço

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.



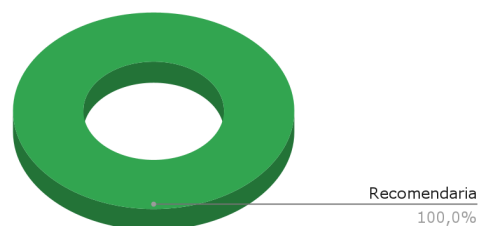
% Satisfação - Serviço



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

Treinamento prático manuseio equipamento



Integração equipe multidisciplinar com otimização do tema Alegria no Carnaval



São Paulo, 10 de março de 2025


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

Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional