

Relatório de Atividades Assistenciais

Hospital Guilherme Álvaro
**Unidade de Terapia Intensiva
Pediátrica**

Convênio n.º 00046/2021

Março

2024

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNADOR

Tarcísio Gomes de Freitas

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Eleuses Paiva

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

SUPERVISOR TÉCNICO REGIONAL

Adriana Cristina Alvares

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Thalita Ruiz Lemos Rocha

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	3
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	3
1.2 Convênio n.º 00046/2021	4
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	5
4. FORÇA DE TRABALHO	5
4.1 Dimensionamento - CLT	6
4.2 Relação Nominal - Equipe CLT e PJ	6
4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas	8
4.3.1 Absenteísmo	8
4.3.2 Turnover	9
4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	9
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	10
5.1 Indicadores - Quantitativos	10
5.1.1 Saídas	10
5.1.2 Taxa de Ocupação	11
5.2 Indicadores - Qualitativos	13
5.2.1 Média de Permanência	13
5.2.2 Taxa de Mortalidade	17
5.2.3 Taxa de Reinternação	18
5.3 Indicadores - Segurança do Paciente	18
5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica	18
5.3.2 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)	18
5.3.3 Incidência de extubação acidental	18
5.3.4 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral (SONGE)	19
5.3.5 Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	20
5.3.6 Incidência de Flebite	20
5.3.7 Incidência de perda de cateter central de inserção periférica (CCIP)	21
5.3.8 Incidência de perda de cateter central (CVC)	21
5.3.9 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)	21
5.3.10 Erro/Quase erro de medicação	21
5.3.11 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	21

5.3.12 Incidência de Queda de Paciente	23
5.3.13 Índice por Úlcera de Pressão	23
5.3.14 Adesão às metas de Identificação do Paciente	24
5.3.15 Taxa de adesão ao protocolo de HM - 5 momentos	24
6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO - PESQUISA E SATISFAÇÃO	26
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
6.2 Manifestações	29

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM

Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico obstetra, um dos seus fundadores e 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

Com o lema “Prevenir é Viver com Qualidade”, é qualificado como Organização Social (OSS) em vários municípios com reconhecida experiência na gestão de serviços de saúde, atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público.

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 120 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Peruíbe, Cajamar e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Visão

“Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional”.

Missão

“Ser instrumento transformador da vida das pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde”.

Valores

- Valorizamos a vida;

- Estimulamos a cidadania;
- Somos éticos;
- Trabalhamos com transparência;
- Agimos com responsabilidade social;
- Somos inovadores;
- Qualificamos a gestão.

Pilares Estratégicos

- Humanização;
- Atenção à Saúde;
- Equipe Multidisciplinar;
- Geração e Disseminação de Conhecimento;
- Tecnologia da Informação;
- Ecossistema em Saúde.

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Convênio n.º 00046/2021

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital Guilherme Álvaro (HGA) é referência na internação de crianças na região do Vale do Ribeira e Baixada Santista. Desde de junho de 2020 foram estruturados 10 leitos com camas, berços, monitores multiparamétricos e ventiladores mecânicos, como estratégia de enfrentamento à pandemia causada pelo novo coronavírus.

Foi estabelecido um fluxo de pedido de vagas através de um sistema hospitalar denominado Núcleo Interno de Regulação (NIR), disponibilizado pelo próprio hospital. A equipe que compõe o NIR recebe a solicitação de vaga via CROSS/SP (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde/SP) e a transmite ao plantonista/diarista responsável pelo plantão na UTI Pediátrica a fim de,

determinar o aceite ou negativa da transferência de acordo a disponibilidade do setor.

O nosso objetivo é oferecer uma assistência médica, de enfermagem e de fisioterapia segura e de qualidade.

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas na unidade são monitoradas por sistema informatizado (INPUT e EPIMED) 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 março de 2024**.

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho efetiva no período avaliado foi **29 (vinte e nove)** colaboradores contratados por processo seletivo (CLT) e **26 (vinte e seis)** colaboradores PJs . O quadro abaixo apresenta a relação de colaboradores (CLT) previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo.

4.1 Dimensionamento - CLT

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativa	Auxiliar Técnico Administrativo (40h)	1	1	✓
Assistencial - Enfermagem	Coordenador de Enfermagem (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36)	2	2	✓
	Enfermeiro (36h) - noturno	3	3	✓
	Técnico de Enfermagem (36h)	11	11	✓
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	11	11	✓
Total		29	29	✓

Fonte: Santos - HGA - 2022 - UTI Ped Interconsulta e Físio - Orçamento - rev03a.

Análise crítica:

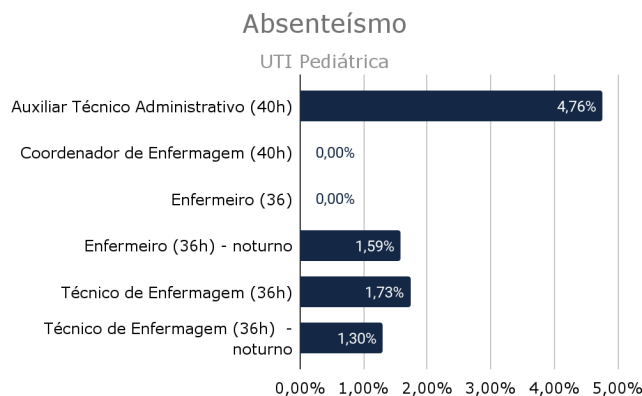
4.2 Relação Nominal - Equipe CLT e PJ

Cargo	Colaborador	Nº Conselho
Coordenador de Enfermagem (CLT)	01 (M/T) Ellen Karina dos Santos	0444.011
Auxiliar Técnico Administrativo (CLT)	01 (M/T) Rafael Miguel Santos	S/N
Enfermeiros (CLT)	01 (D) Eliana Aparecida S. da Silva	402937
	02 (D) Angelica Santiago Barreto	312271
	03 (N) Raquel Leocadio de Miranda	337180
	04 (N) Noeli Dos Reis Xavier De Oliveira	371241
	05 (F) Kelly Alves Cesario	537422
Técnicos de Enfermagem (CLT)	01 (D) Tamires Cristina Santos Carvalho	1.696.873
	02 (D) Renilce Dos Santos	521853
	03 (D) Andressa Teles	766092
	04 (D) Isabella Da Silva Carapia	764949
	05 (D) Renata Sant'anna Ferreira	1.390.917
	06 (D) Flávia Aparecida dos Santos	460.263
	07 (D) Cristiane Feliciano Nunes	1.320.143
	08 (D) Joana Seabra de Souza	1415573
	09 (D) Camila Jussara Oliveira do Carmo	1502357
	10 (D) Flávia da S Santiago Militão dos Santos	716339
	11 (D) Elizangela Melo Vieira	1252157
	12 (N) Bianca Cristine Nunes	1586987
	13 (N) Adriano Barbosa Dos Santos	676485
	14 (N) Priscila Nascimento de Lima	453338
	15 (N) Andrea Pageu Oliveira Silva	281320
	16 (N) Kelli Fernandes dos Santos	906.909
	17 (N) Midia Do Ouro Cardoso Silva	1.086.545
	18 (N) Ana Carolina Nascimento Cabral	288604
	19 (N) Tarcila Carla Barros	1487584

	20 (N) Pamela Da Silva Nobrega	1058701
	21 (N) Josiane Pereira Dos Santos	872467
	22 (D) Thamires Silva Rocha da Silva	1.522.577
Fonoaudióloga (PJ)	01 (D) Evelyn Lopes Rodrigues	10185
	02 (D) Luciana de Oliveira Pereira Ucio	11341
Fisioterapeutas (PJ)	01 (D/N) Aleksandra dos Santos Costa	116409-F
	02 (D/N) Anderson Sales Alexandre	157293-F
	03 (D/N) Carla Fernandes Tomé	251594-F
	04 (D/N) Caroline Santos do Carmo	125940-F
	05 (D/N) Francine Bernardo Ferreira	270287-F
	06 (D/N) Luis dos Santos	182324-F
	07 (D/N) Ana Silvia Esaú dos Santos	125868-F
	08 (D/N) Deborah N. de S. Maniçoba Moreira	123956-F
	09 (D/N) Gracielly da Silva Ribeiro	117943-F
	10 (D/N) Karina do Nascimento Miranda	130509-F
	11 (D/N) Maria Angellyca Gagliardo Victor	153699-F
	12 (D/N) Roberta Freitas Gonçalves	202741-F
Médicos Plantonistas, Diaristas e Especialistas (PJ)	01 (D/N) Carlos Gustavo De Almeida	153526/SP
	02 (D/N) Carlos Roberto Da Silva	27636/SP
	03 (D/N) Fernando Pereira De Sá	70672/SP
	04 (D/N) José Antônio Ramos Rocha	79108/SP
	05 (D/N) Juliana Fernandes França Oliveira	145027/SP
	06 (D/N) Marcela Paulino	163716/SP
	07 (D/N) Marcia Tavares Da Costa	152627/SP
	08 (D/N) Maria F. Vieira Rodrigues Da Silva	192314/SP
	09 (D/N) Renata Medeiros De Oliveira Reis	132870/SP
	10 (D/N) Soraya Saliba Marotta	143508/SP
	11 (D/N) Italo Bertolaccini	144676
	12 (D/N) Karen Baldin	154950

4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.3.1 Absenteísmo



Ausências (dias)	Nº Ausências
Injustificada	1
Atestado Médico	8
Licença Nojo	0
Licença Gala	0
Total	9

Análise: Durante o mês de referência, considerando o período de apontamentos para pagamento em folha (11/02/2024 à 10/03/2024), 9 (nove) ausências de funcionários foram identificadas, todas classificadas como falta justificadas por meio de atestados médicos.

4.3.2 Turnover

’p

Análise: Durante o mês de referência, considerando o período de apontamento para pagamento em folha (11/02/2024 à 10/03/2024), houveram 01 (hum) processos admissionais referente a equipe técnica de enfermagem finalizando esse período com o quadro de funcionários completo.

4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

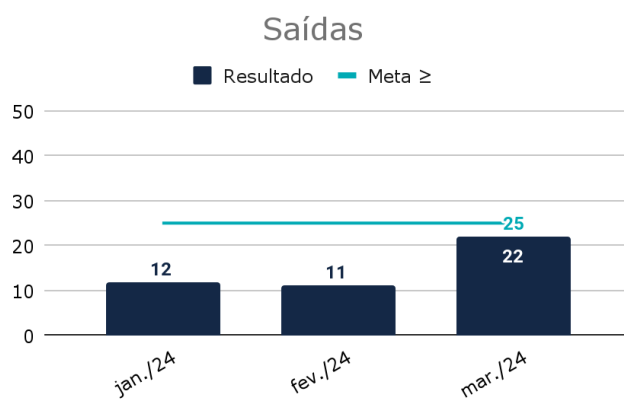
Análise crítica: No mês de referência não houve registros de acidente de trabalho. Permanecemos acompanhando e fiscalizando as rotinas para verificação e constatação do cumprimento correto de todos os protocolos norteadores de segurança individual, além da distribuição dos equipamentos de proteção individual para cada membro da equipe de colaboradores, de acordo com a singularidade dos níveis de exposição aos riscos em cada setor e/ou atividade.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade, direciona para aspectos relacionados à efetividade da gestão, seu desempenho e a qualidade da assistência ofertada. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades realizadas no UTI Pediátrica - HGA no período de referência.

5.1 Indicadores - Quantitativos

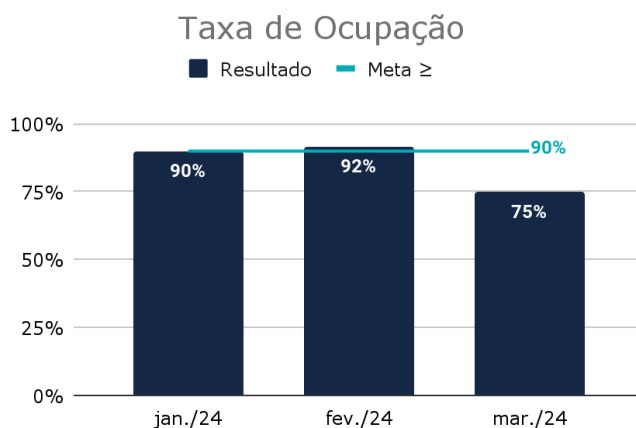
5.1.1 Saídas



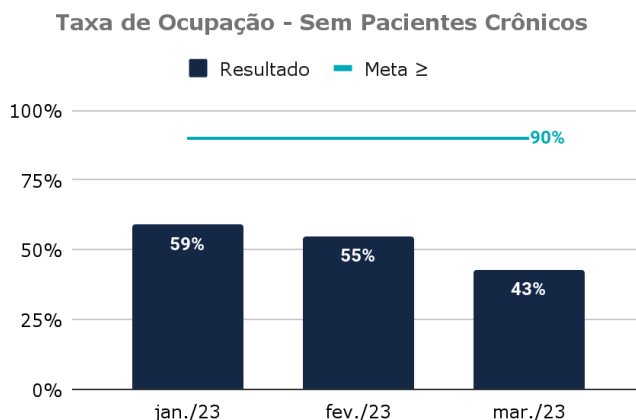
Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	1
Transferência Interna	18
Transferência Externa	1
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	2
Total	22

Análise crítica: Em análise do gráfico acima, verificamos que a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica teve, em sua totalidade, 22 (vinte) saídas.

5.1.2 Taxa de Ocupação



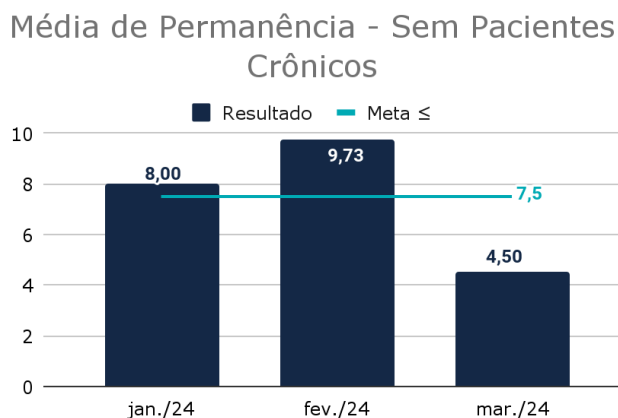
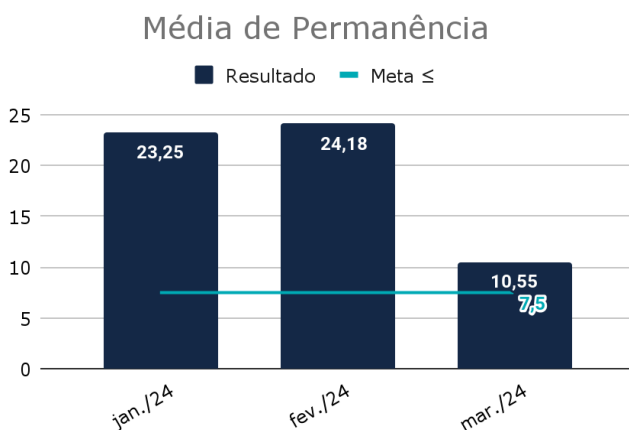
Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
232	310



Análise crítica: Acima podemos observar os gráficos associados a nossa taxa de ocupação, realizamos a divisão devido aos pacientes de longa permanência que ocupam nossos leitos. Ao observarmos nossa taxa de ocupação geral, vemos uma diminuição em nossos gráficos, passando de 92% em fevereiro/24 para 60% em Março /24.

5.2 Indicadores - Qualitativos

5.2.1 Média de Permanência



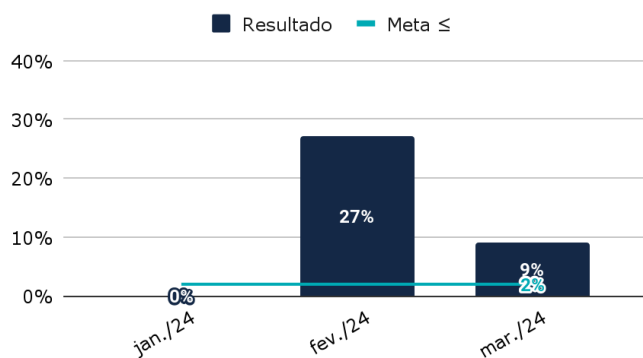
Média de Permanência excluindo os pacientes de longa permanência

Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
232	22

Análise crítica: No período de Março /2024 , tivemos diminuição no tempo de permanência. Entretanto, se realizarmos a exclusão dos pacientes crônicos e/ou longa permanência, tivemos a média de 03 dias de permanência

5.2.2 Taxa de Mortalidade

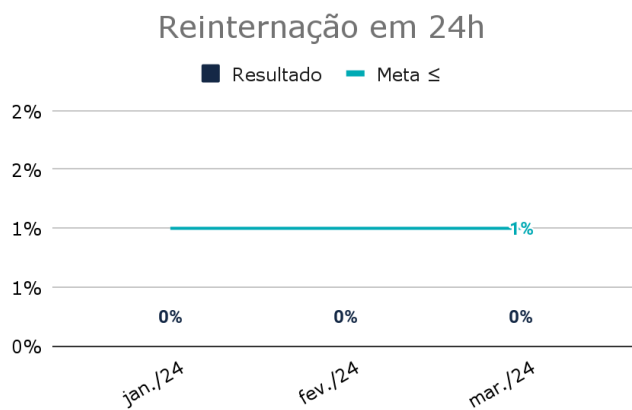
Taxa de Mortalidade



Nº Óbitos	Nº de Saídas
2	22

Análise crítica: Foram registrados 02 (dois) óbitos neste período.

5.2.3 Taxa de Reinternação

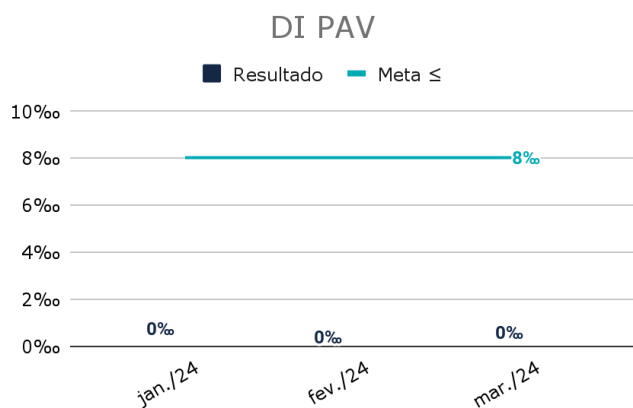


Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	20

Análise crítica: Não houveram reinternações.

5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica



Nº Casos novos de PAV

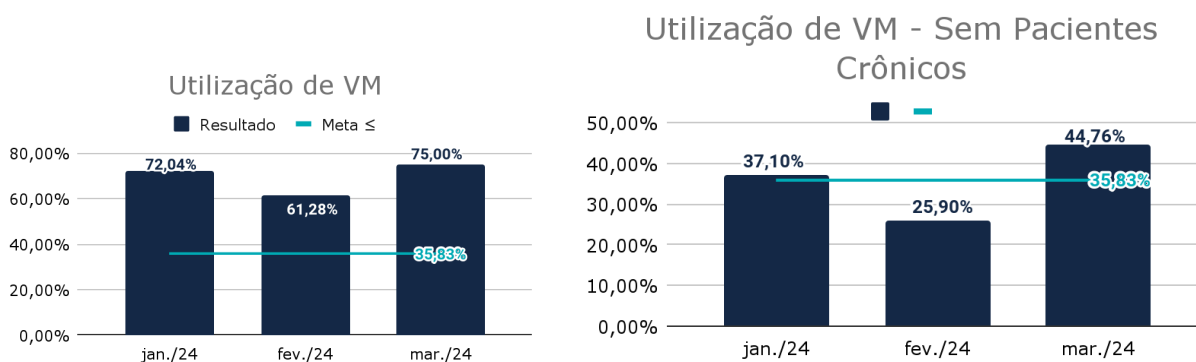
0

Nº Paciente-dia em VM

174

Análise crítica: Não houve registro de PAV neste período.

5.3.2 Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM)

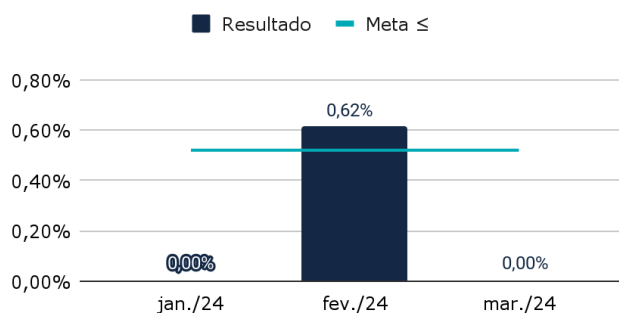


Nº Paciente-dia em VM	Nº Paciente-dia
174	232

Análise Crítica: No mês de Março a taxa de utilização de VM foi de 73,12%, considerando também os pacientes crônicos em VM que somam 5 crianças. Sem essa contagem de pacientes crônicos a taxa ficou em 25,90%. Houve apenas 1 admissão de criança já em VM e 4 extubações com sucesso nesse período. Comparado ao mês anterior, observamos uma diminuição dessa taxa, permanecendo acima da meta incluindo os pacientes crônicos. A modalidade de PSV dentro das primeiras 72 horas, foi de 96%, sendo nossa meta 70% dos pacientes alcançarem a modalidade de PSV dentro das primeiras 72 horas, o que colabora para um desmame mais rápido. O empenho para que os pacientes permaneçam menos tempo em VM tem sido intensificado. O uso de modalidades espontâneas, com segurança, ainda dentro das primeiras 72 horas de VM, muitas vezes podem nos ajudar a melhorar essa taxa. Mesmo para os pacientes de longa permanência que possam estar em VM, diariamente realizamos testes de ventilação espontânea em PSV.

5.3.3 Incidência de extubação acidental

Incidência de Extubação não planejada

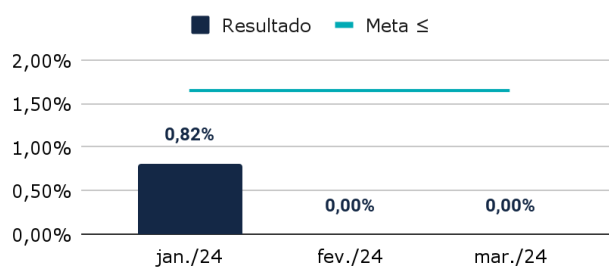


Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
0	160

Análise crítica: Não houveram casos no período.

5.3.4 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral (SONGE)

Incidência de saída não planejada de SONGE

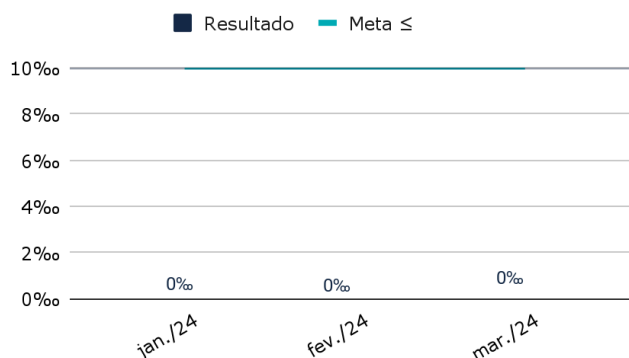


Nº Saída não planejada de SONGE	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	147

Análise crítica: Não houveram casos neste período.

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

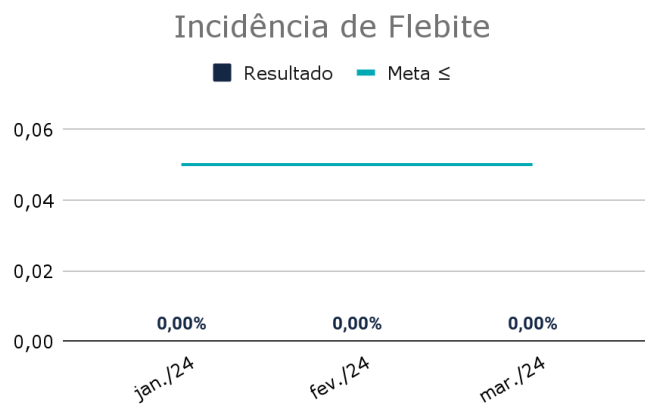
DI IPCS



Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	30

Análise crítica: Não houve casos neste período.

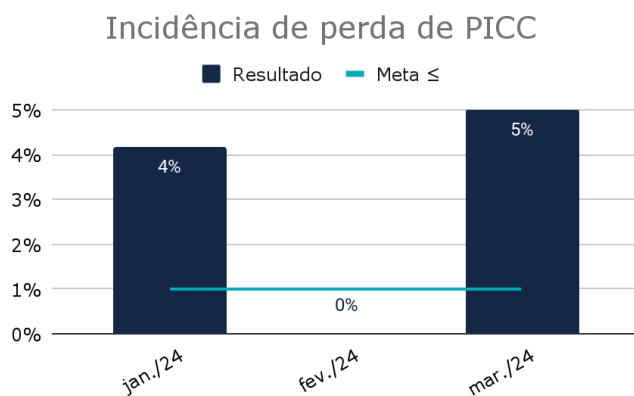
5.3.6 Incidência de Flebite



Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	56

Análise crítica: Não houve ocorrência neste período.

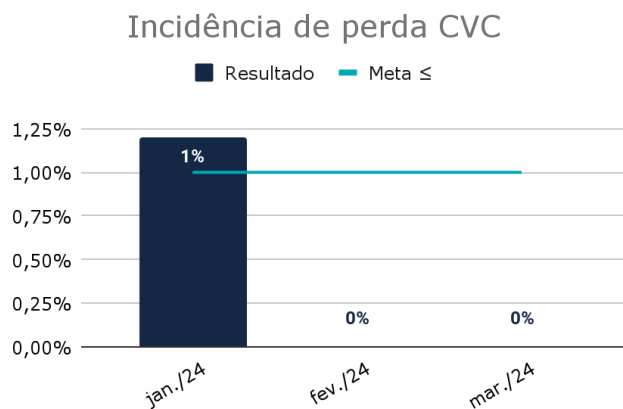
5.3.7 Incidência de perda de cateter central de inserção periférica (CCIP)



Nº Perda de PICC	Nº Pacientes-dia com PICC
2	40

Análise crítica: Houveram algumas perdas do dispositivos onde foi notificado NSP para avaliação da qualidade do mesmo e também aplicação de orientação às equipes.

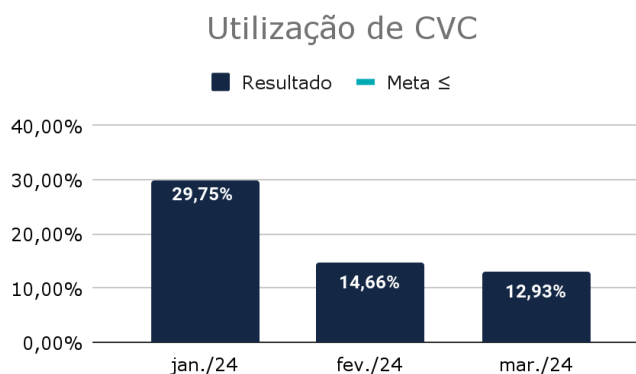
5.3.8 Incidência de perda de cateter central (CVC)



Nº Perda de CVC	Nº Pacientes-dia com CVC
0	30

Análise crítica: Não houve ocorrências neste período.

5.3.9 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)

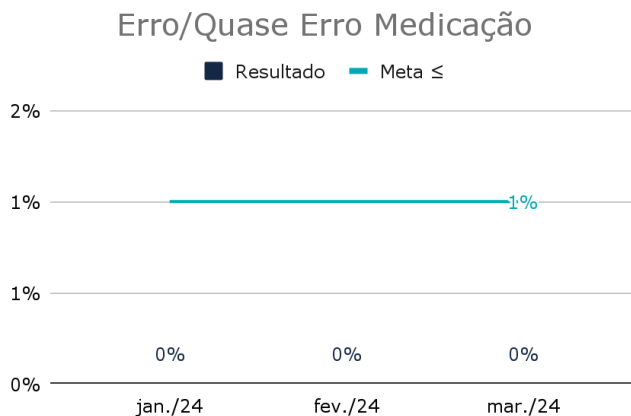


Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
30	232

Análise crítica: Tivemos um diminuição expressivo mediante ao uso de CVC, devido a observação da qualidade do Cateter de Inserção Periférica (PICC) disponível em nossa Unidade Hospitalar, já notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente, além da gravidade dos pacientes, em acompanhamento com a CIPE, sob procedimentos cirúrgicos e já realizando a passagem do acesso Vascular Central.

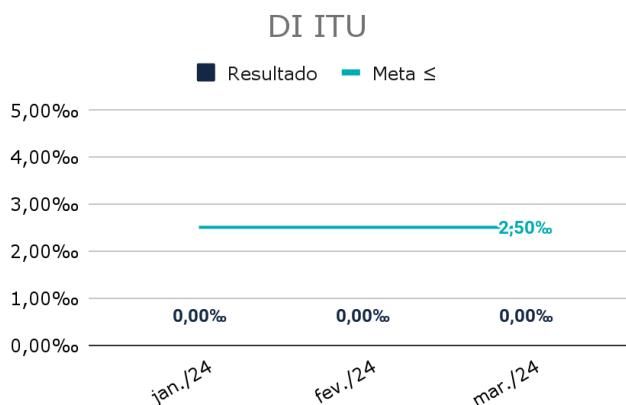
Informo que recebemos em 20/02 cateter de Inserção Periférica PICC em 20/02 nova marca e modelo, e já estamos em uso.

5.3.10 Erro/Quase erro de medicação



Análise crítica: Não houve ocorrências no período.

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

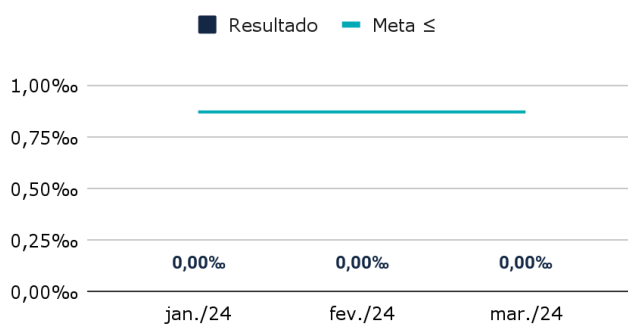


Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	17

Análise crítica: Não houve ocorrências no período.

5.3.12 Incidência de Queda de Paciente

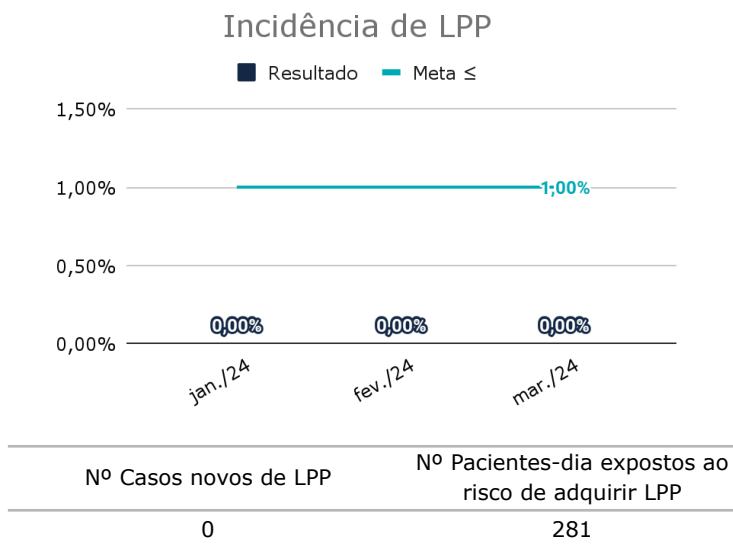
Incidência de queda de paciente



Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	232

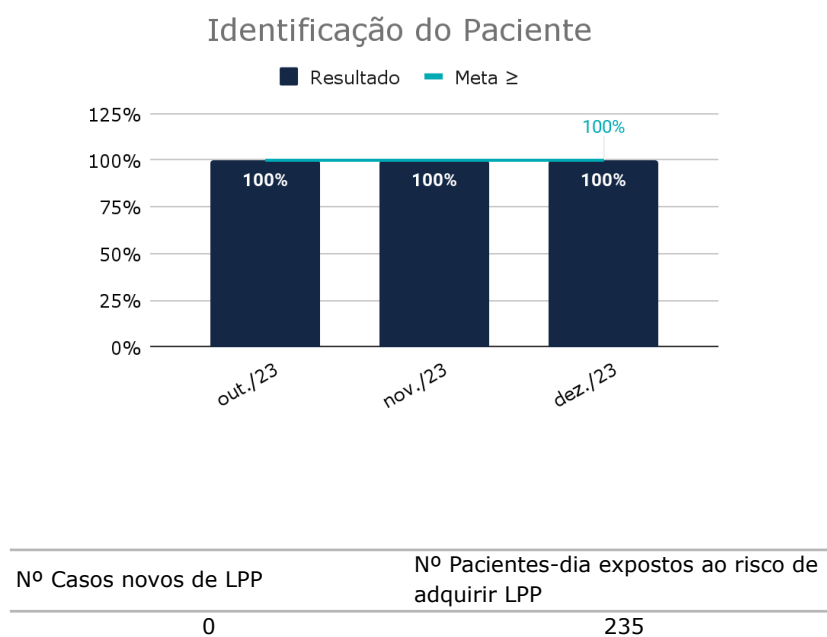
Análise crítica: Não houve ocorrências no período.

5.3.13 Índice por Úlcera de Pressão



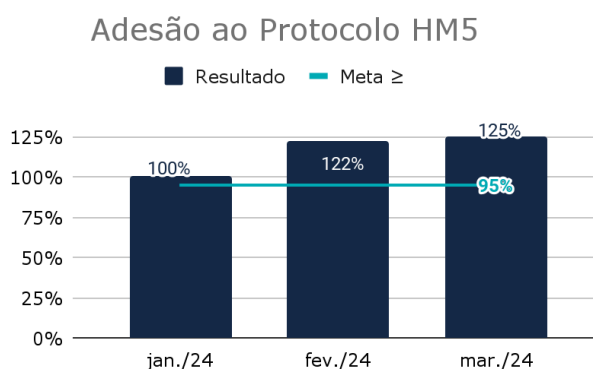
Análise crítica: Não houve ocorrências no período.

5.3.14 Adesão às metas de Identificação do Paciente



Análise crítica: Realizamos Treinamento beira leito diariamente com equipe técnica sobre metas Internacionais, além da conferência em dupla checagem do uso da pulseira de identificação dos pacientes .

5.3.15 Taxa de adesão ao protocolo de HM - 5 momentos



Análise crítica: Realizado orientação diariamente sobre a importância da higienização das mãos e os 05 Momentos.

Melhora na qualidade do álcool gel fornecido pelo Hospital Guilherme Álvaro.

Controle na reposição dos Dispenser de álcool gel e sabão líquido .

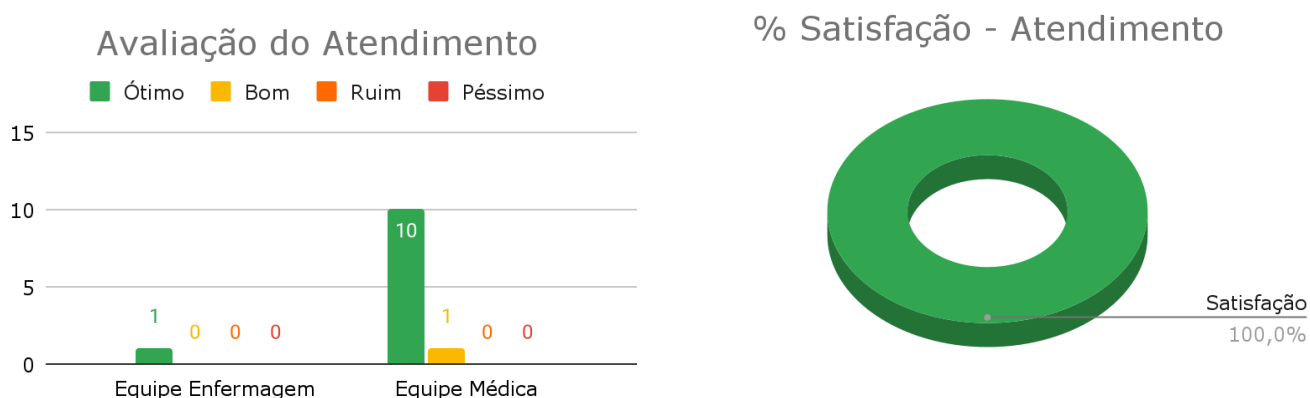
6. SERVIÇO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO - PESQUISA E SATISFAÇÃO

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, a ouvidoria pode identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares na unidade.

No período avaliado, tivemos abertura da urna com lacre número *** e os resultados obtidos na competência avaliada.

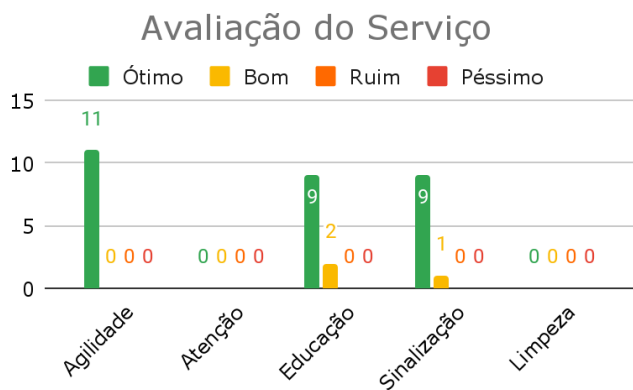
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

6.1.1 Avaliação do Atendimento

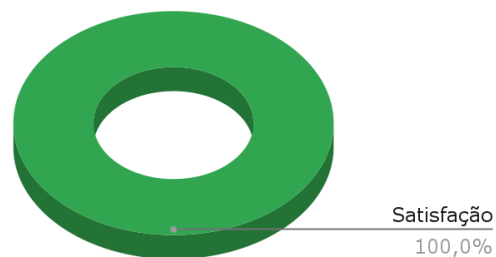


Análise crítica: O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento. No período, tivemos uma satisfação de 100% demonstrando uma percepção positiva do usuário a todo o atendimento.

6.1.2 Avaliação do Serviço



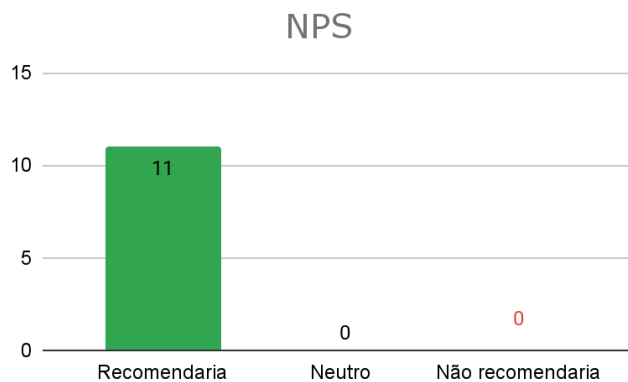
% Satisfação - Serviço



Análise crítica: O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a agilidade, educação, sinalização e limpeza.

O número correspondente a insatisfação é referente às sugestões dos pacientes, tais sugestões serão encaminhadas ao setor responsável para construção e implantação de estratégias .

6.1.3 Net Promoter Score (NPS)



Análise crítica: o indicador avalia a satisfação do usuário em relação a probabilidade dele recomendar o serviço. No período avaliado, **11** dos pacientes/acompanhantes que se manifestaram via formulário, recomendariam o serviço de UTI Pediátrica.

7. EVENTOS E CAPACITAÇÕES : Foram realizadas orientações à equipe de enfermagem quanto à lavagem das mãos .

Santos, 11 de abril de 2024.

THALITA RUIZ LEMOS DA ROCHA
GERENTE TÉCNICO



Thalita Ruiz Lemos da Rocha
Gerente Técnica - CEJAM
COREN: 217175