

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Hospital e Maternidade Leonor  
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva  
Materna**

**Convênio n.º00023/2022**

**Janeiro**

**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

<b>1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL</b>	<b>5</b>
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
<b>2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>	<b>6</b>
<b>3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>6</b>
<b>4. FORÇA DE TRABALHO</b>	<b>7</b>
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
<b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>	<b>11</b>
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
<b>6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO</b>	<b>28</b>
6.1.1 Avaliação do Atendimento	28

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

## 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 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	✓
<b>Total</b>		<b>21</b>	<b>23</b>	↑

**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 janeiro 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.

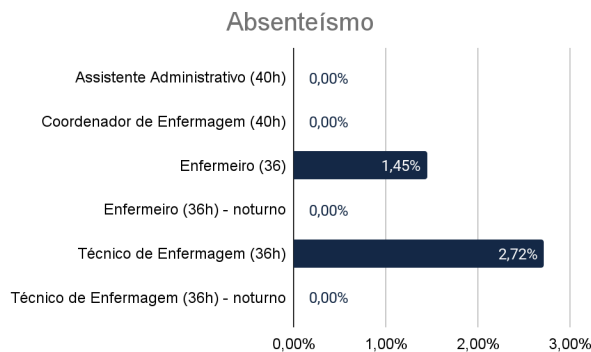
## 4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

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

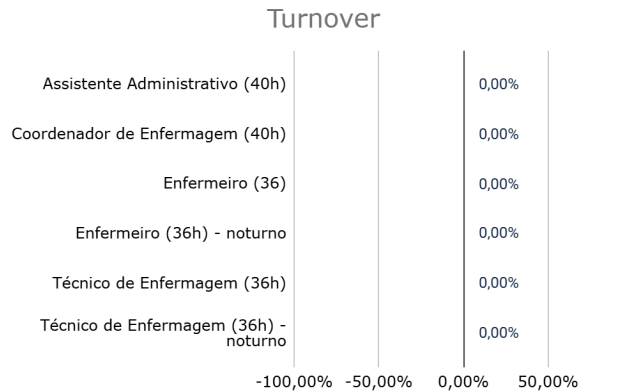


Análise crítica: No mês de janeiro tivemos 6 ausências:

- 06 dias por justificado por meio de atestado médico:
  - Técnica de Enfermagem A.R.S. - 5 dias
  - Enfermeira A.B.A. - 01 dia

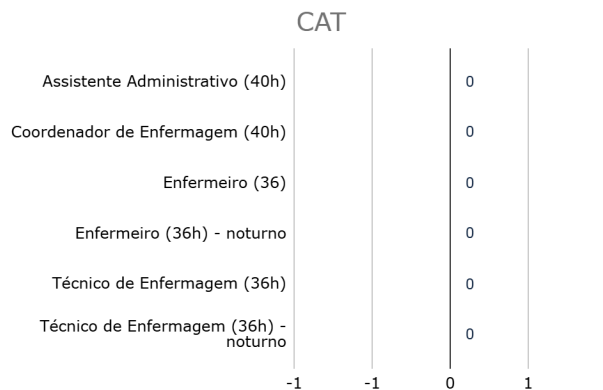
As ausências foram cobertas por profissionais da própria Unidade, com remanejamentos, efetivando a cobertura necessária para o atendimento dos pacientes nas UTI sem prejuízo para a assistência.

### 4.3.2 Turnover



**Análise crítica:** No mês de janeiro 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)



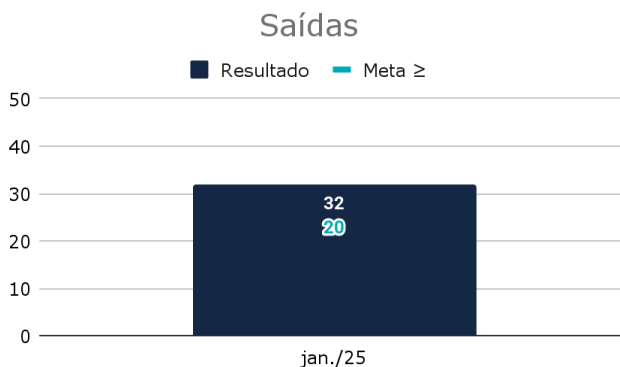
**Análise crítica:** Neste período não tivemos comunicação de acidente de trabalho. Os membros da CIPA realizam orientações voltadas para os colaboradores a fim de esclarecer dúvidas e reforçar práticas que evitam a ocorrência do acidente.

## 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

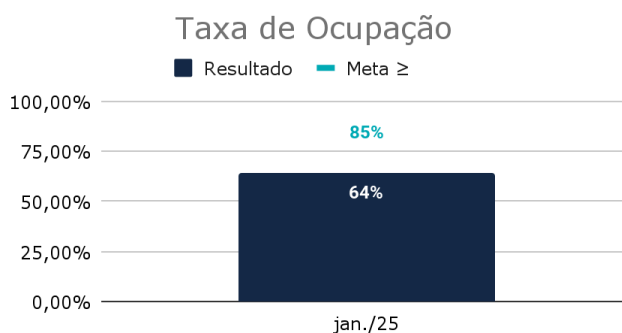
Tipo de Saída	Nº de Saídas
Alta	0
Evasão	1
Transferência Interna	31
Transferência Externa	0
Óbitos < 24h	0
Óbitos > 24h	0
<b>Total</b>	<b>32</b>

**Análise crítica:** No período analisado tivemos 32 saídas, sendo 31 transferências internas direcionadas para enfermarias e 01 evasão.

- Em 04/01/2025, paciente V.J.S., 22 anos, puérpera, foi internada na UTI em decorrência de pico pressórico e para término de sulfatação.

Consciente , orientada e contactante. Ciente da necessidade de manter-se internada para melhor controle pressórico, cuidados puerperais e trabalho com fisioterapia respiratória. Verbalizou ansiedade com a alta hospitalar. Diante deste fato, paciente e familiar foram orientados pelas equipes sobre a importância de permanecer internada e sobre os riscos e gravidade de abandonar o tratamento. Em breve receberia alta para enfermaria. Mesmo assim, a paciente decide que não ficaria mais internada e em 06/01/2025 evadiu do hospital acompanhada pelo esposo.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação



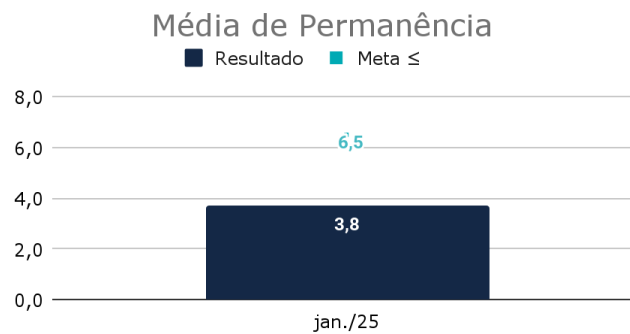
#### Ocupação

Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
119	186

**Análise crítica:** No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 64%. 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

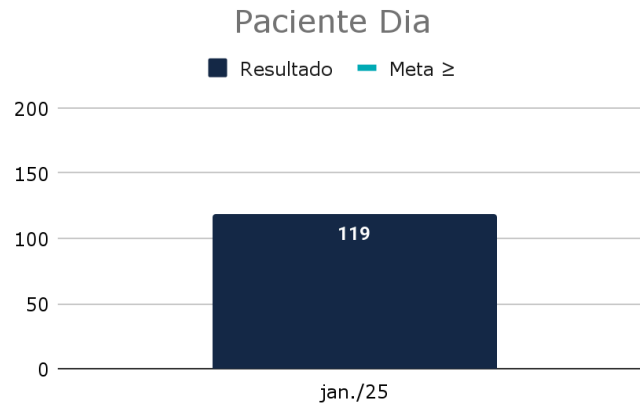


#### Permanência

Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
119	32

**Análise crítica:** Neste período tivemos uma média de permanência de 3,8 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



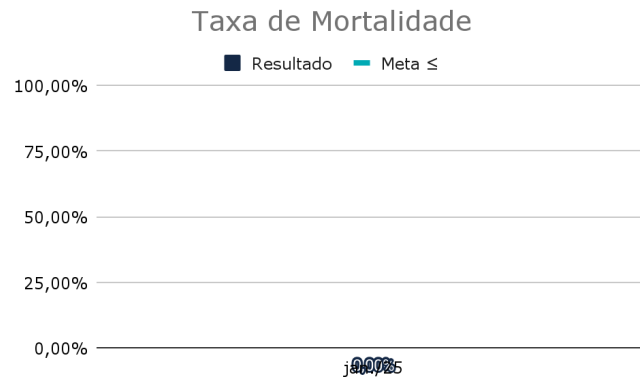
### Paciente Dia

Nº Admissões	Giro de Leito
36	5,33

**Análise crítica:** No período avaliado tivemos 119 pacientes dia, 36 admissões e 32 saídas, apresentando giro de leito de 5,33 vezes. Indicador abaixo da meta estabelecida pois é diretamente dependente da taxa de ocupação.

Das pacientes admitidas na UTI, 50% das pacientes foram cirúrgicas e 50% pacientes clínicas; 36,2% eram gestantes e 55,5 % puérperas e 8,3% pacientes da ginecologia. A pré-eclâmpsia foi a principal internação na UTI, totalizando 33,3 % das internações.

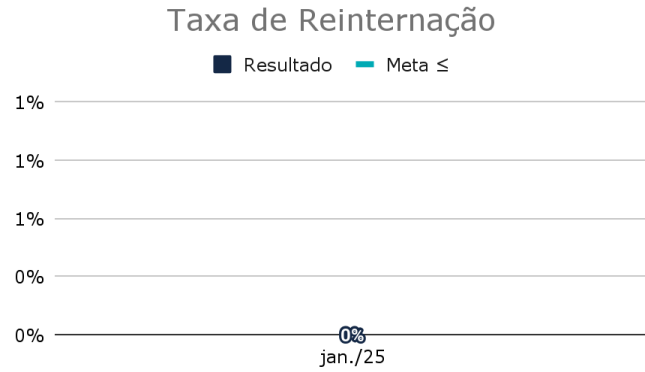
### 5.2.3 Taxa de Mortalidade



**Análise crítica:** No mês de janeiro a taxa de mortalidade foi igual a 0% atingindo a meta contratual. Realizamos avaliação de gravidade de todas as pacientes da UTI diariamente, ajustando as terapias conforme as demandas dos casos clínicos.

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 janeiro na UTI Materna era de 5,4 % sendo que a mortalidade real foi de 0 %.

### 5.2.4 Taxa de Reinternação



**Reinternação < 24h**

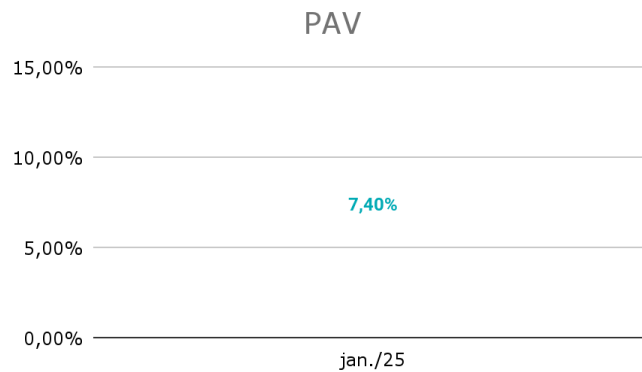
Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	32

**Análise crítica:** No mês de janeiro 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)

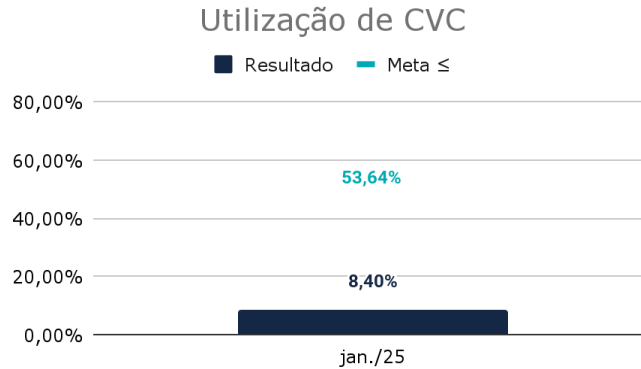


#### DI PAV

Nº Casos novos de PAV	Nº Paciente-dia em VM
0	2

**Análise crítica:** No mês de janeiro tivemos 02 pacientes 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)

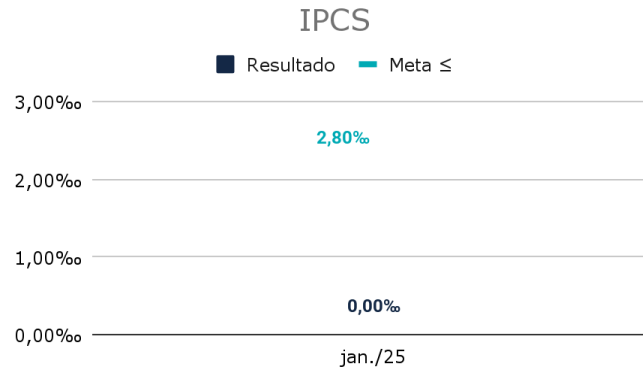


#### Utilização CVC

Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
10	119

**Análise crítica:** Em janeiro tivemos uma taxa de utilização de cateter venoso central igual a 8,40 % 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

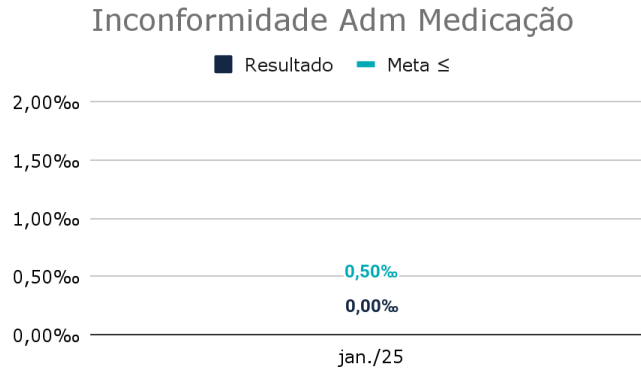


#### DI IPCS

Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	10

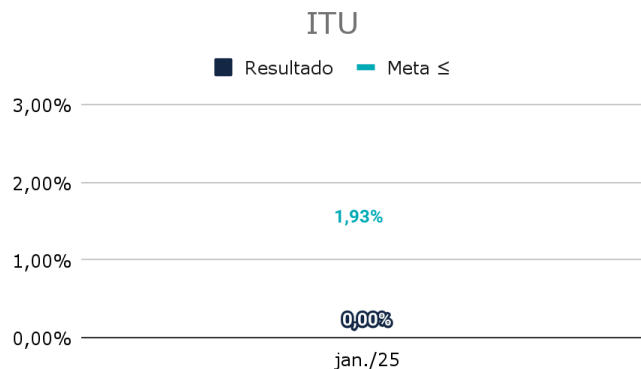
**Análise crítica:** No mês de janeiro não tivemos infecção primária relacionada ao uso de CVC. Meta contratual atingida.

### 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

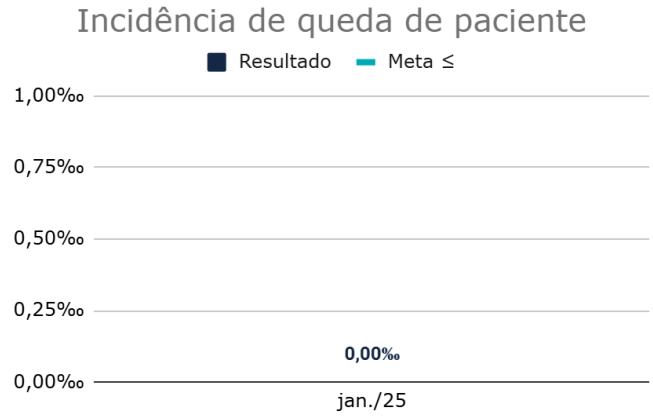


#### DI ITU

Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	29

**Análise crítica:** Neste período tivemos 29 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

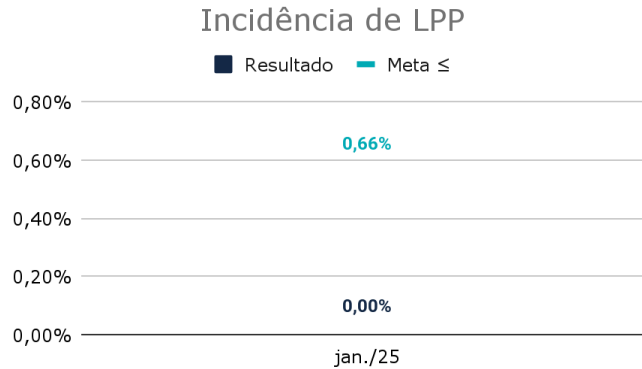


#### Incidência de queda

Nº de Notificações de queda de paciente	Nº Paciente-dia
0	119

**Análise crítica:** Durante o mês de janeiro não tivemos eventos relacionados à queda. Desde a admissão até a alta, as pacientes são orientadas sobre o risco de queda. Meta contratual atingida.

### 5.3.7 Índice de úlcera por pressão

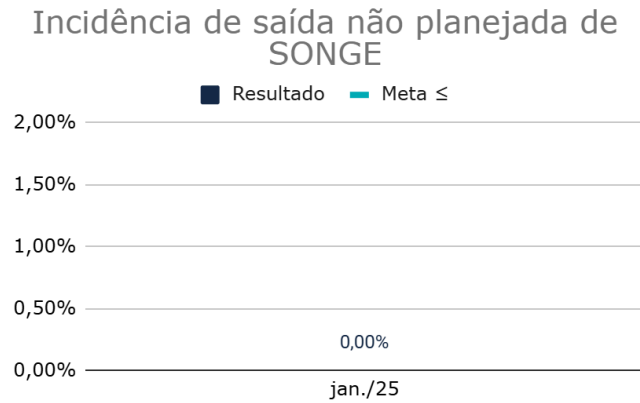


#### LPP

Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
0	119

**Análise crítica:** Durante o mês de janeiro 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

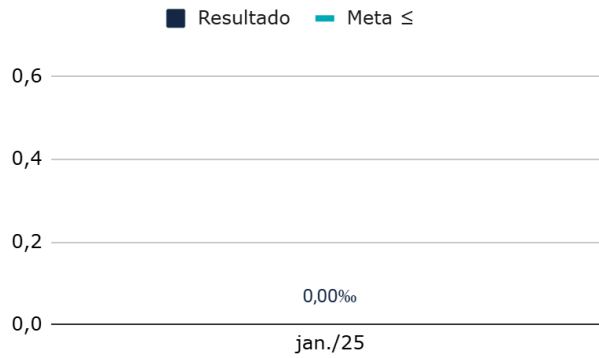


Incidência de saída não planejada	
Nº Saída não planejada de SONGE	Nº Pacientes-dia com SONGE
0	0

**Análise crítica:** No mês de janeiro 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

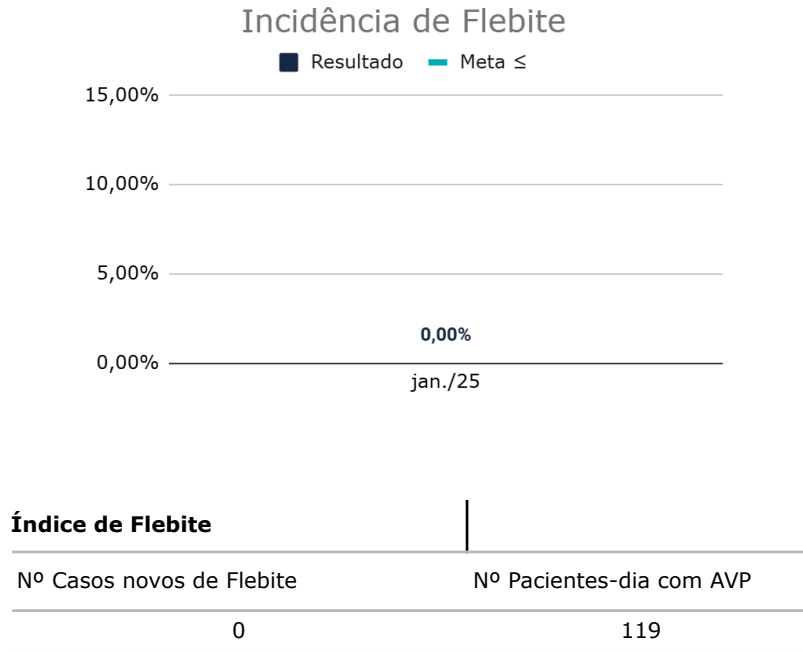


Incidência de Extubação	
Nº de Extubação não planejada	Nº Pacientes-dia Intubado
0	0

**Análise crítica:** Neste período tivemos 02 pacientes-dia entubadas, mas devido às medidas de prevenção não houve extubação acidental atingindo a meta contratual.

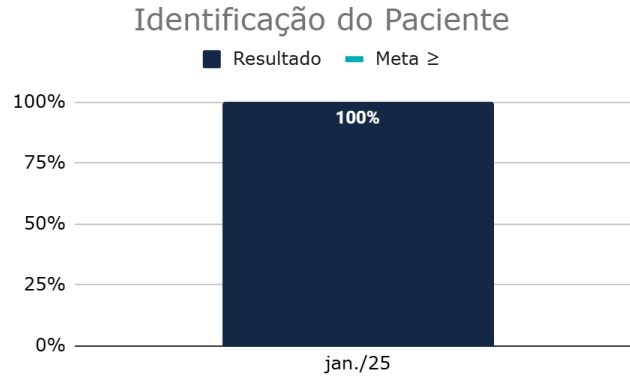


### 5.3.10 Incidência de Flebite



**Análise crítica:** No mês de janeiro não tivemos caso de flebite permitindo que o indicador ficasse dentro da meta contratual.

### 5.3.11 Adesão às metas de Identificação do Paciente



#### ID Paciente

Nº Paciente-dia com pulseira de identificação

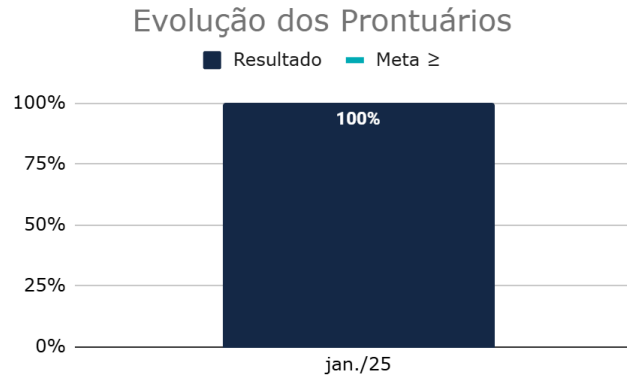
Nº Paciente-dia

119

119

**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.

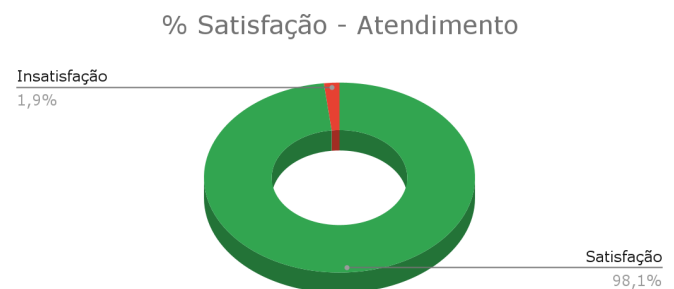
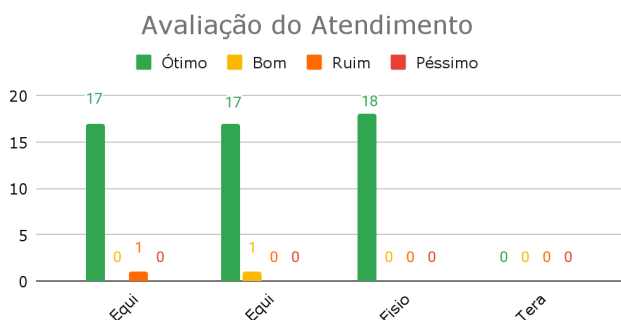
## 6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

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 **20** pesquisas preenchidas. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

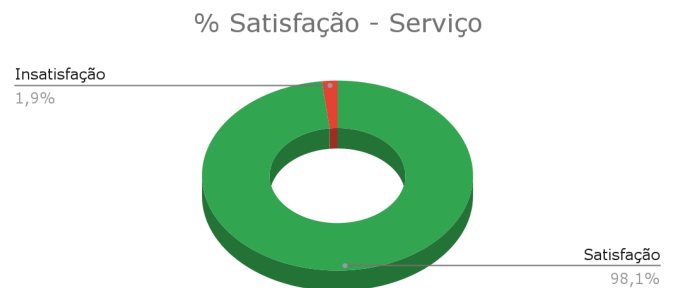
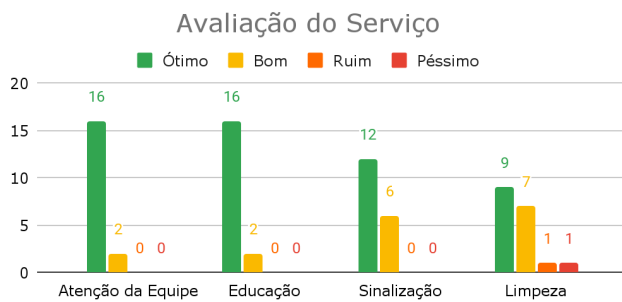
### 6.1.1 Avaliação do Atendimento

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 **98,1%**, demonstrando uma percepção positiva ao atendimento.



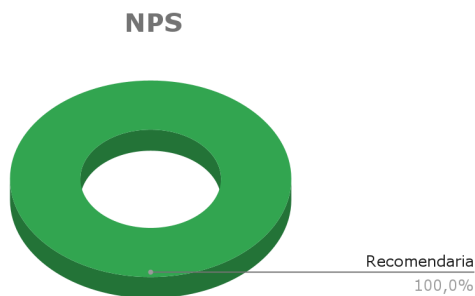
### 6.1.2 Avaliação do Serviço

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 **98,1%** dos usuários. Apenas 1,9% demonstra insatisfação e está relacionado ao serviço de limpeza.



### 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

O treinamento do mês de janeiro esteve voltado para a leitura das Políticas Institucionais do Cejam.

Neste mês, iniciamos as atualizações das capacitações dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) revisados.

São Paulo, 10 de fevereiro de 2025



Adriana Cristina Alvares  
Gerente Técnico Regional - CEGISS  
RG 28.885.468-4  
CEJAM

**Adriana Cristina Alvares**  
**Gerente Técnico Regional**