

Relatório de Atividades Assistenciais

**Hospital e Maternidade Leonor
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva
Materna**

Convênio n.º00023/2022

Dezembro

2024

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNADOR

Tarcísio Gomes de Freitas

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Eleuses Paiva

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

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 31 de dezembro de 2024**.

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	↑

Fonte: São Paulo - HMLMB - 2022

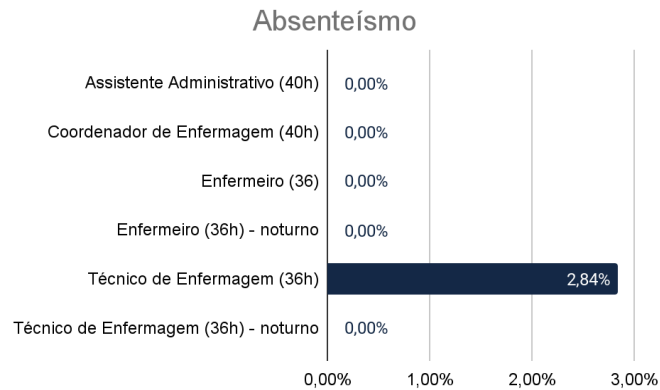
Análise Crítica: Mediante o quadro acima, verificamos que 109 % da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho. No mês de dezembro não tivemos desligamentos e demissões.

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. Rafaela 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

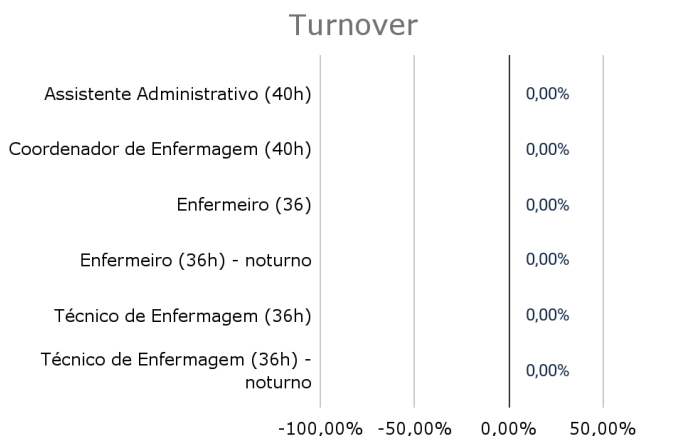


Análise crítica: No mês de dezembro tivemos 05 ausências.

- 05 dias por motivo justificado por meio de atestado médico
 - K.A.S - 2 dias
 - M.O.S.A. - 03 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 dezembro 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)

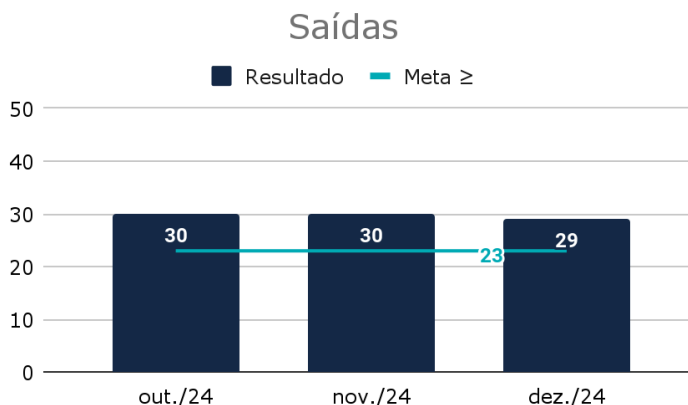
Análise crítica: Neste período não tivemos comunicação de acidente de trabalho. Os membros da CIPA realizam orientações voltadas para os colaboradores a fim de esclarecer dúvidas e reforçar práticas que evitam a ocorrência do acidente.

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

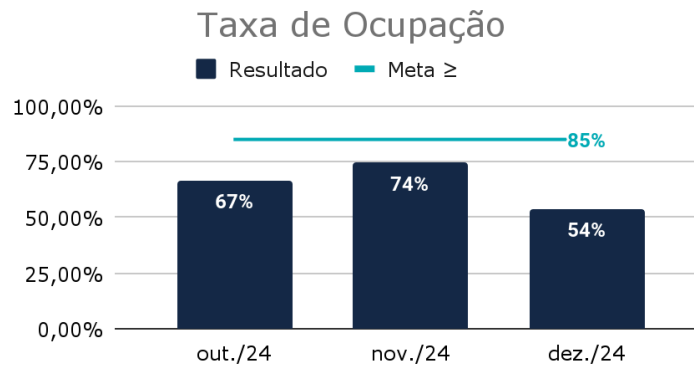
5.1.1 Saídas



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

Análise crítica: No período analisado tivemos 29 saídas, sendo transferências internas direcionadas para enfermarias.

5.1.2 Taxa de Ocupação



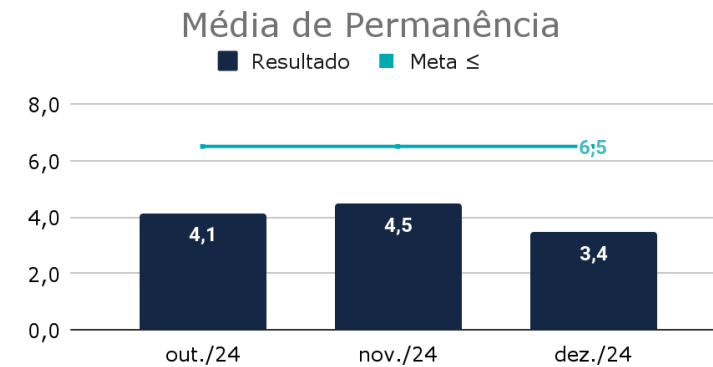
Ocupação

Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
100	186

Análise crítica: No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 54%. 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

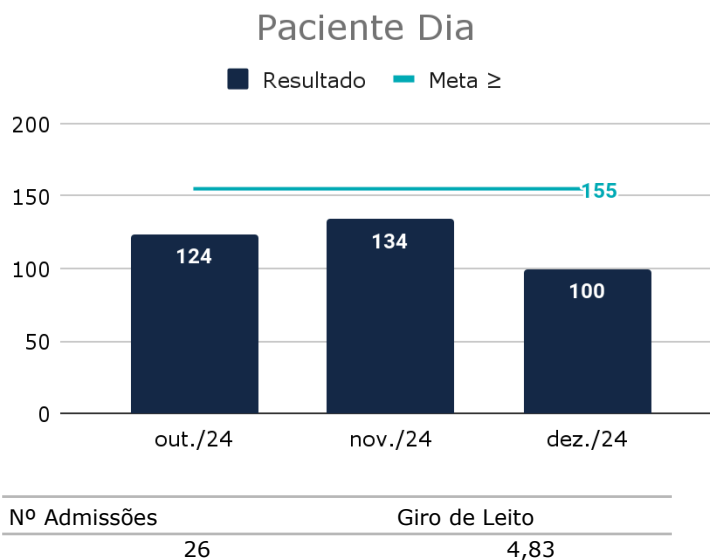


Permanência

Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
100	29

Análise crítica: Neste período tivemos uma média de permanência de 3,4 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.

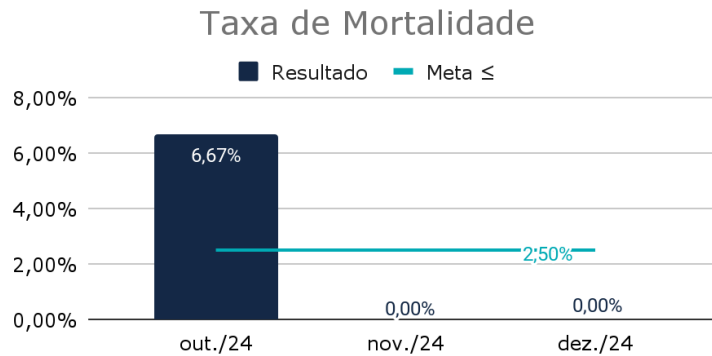
5.2.2 Paciente Dia



Análise crítica: No período avaliado tivemos 100 pacientes dia, 26 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, 80,8 % eram pacientes cirúrgicas e 19,2 % pacientes clínicas; 15,4% eram gestantes e 84,6 % puérperas. Neste mês não houveram internações de pacientes da ginecologia. A pré-eclâmpsia foi a principal internação na UTI, totalizando 46,1 % das internações.

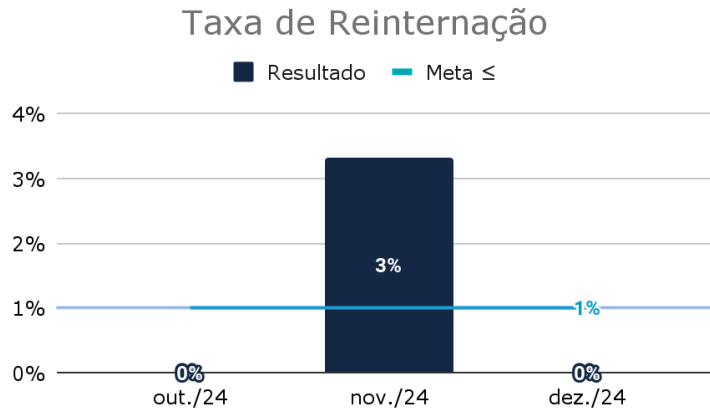
5.2.3 Taxa de Mortalidade



Análise crítica: No mês de dezembro 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 dezembro para a UTI Materna era de 2,73 % sendo que a mortalidade real foi de 0 %.

5.2.4 Taxa de Reinternação



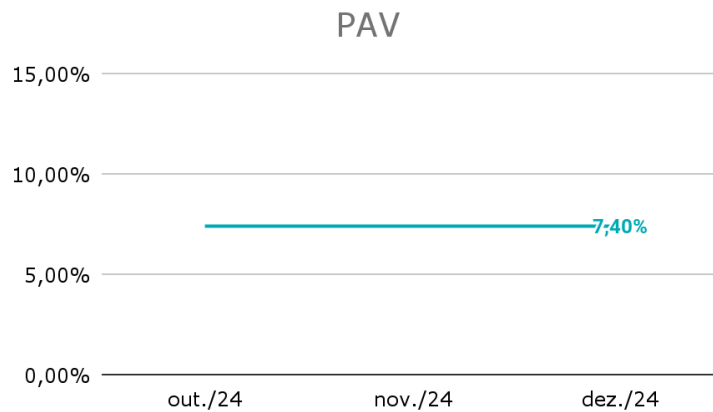
Reinternação < 24h

Nº Reinternações	Nº de Saídas
0	29

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

5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

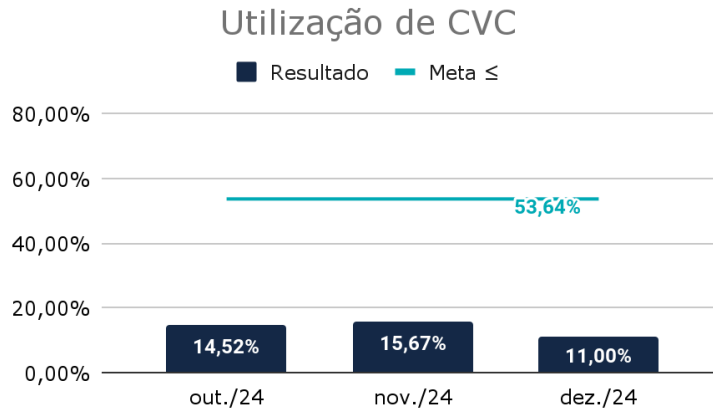
5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)



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

Análise crítica: Durante o mês de dezembro não tivemos pacientes entubados. Sendo assim não tivemos pacientes com PAV.

5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)

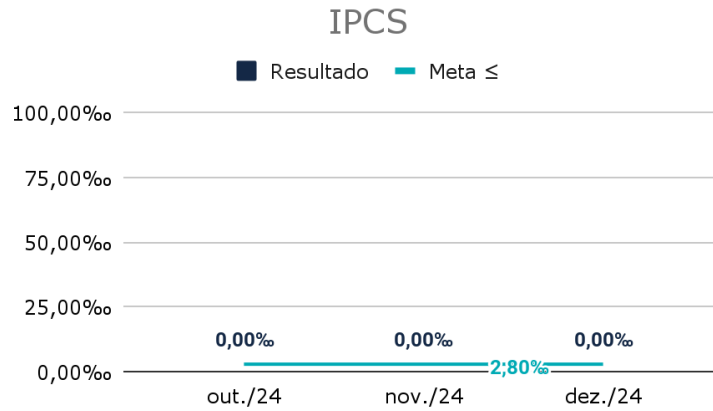


Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
11	100

Análise crítica:

Em dezembro tivemos uma taxa de utilização de cateter venoso central igual a 11,00 % ficando dentro da meta contratual . A taxa reflete diretamente a complexidade das pacientes. 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.

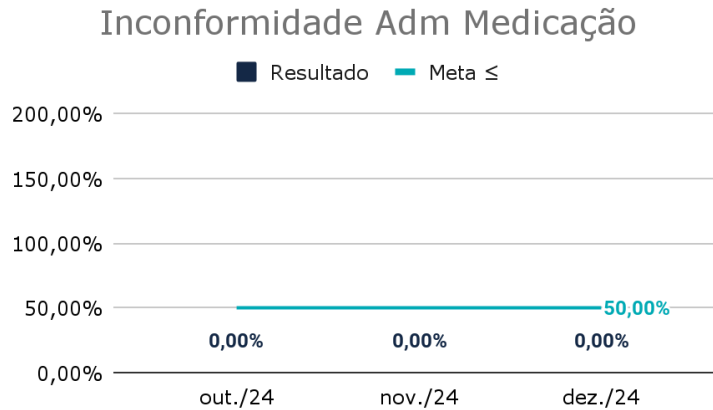
5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
0	11

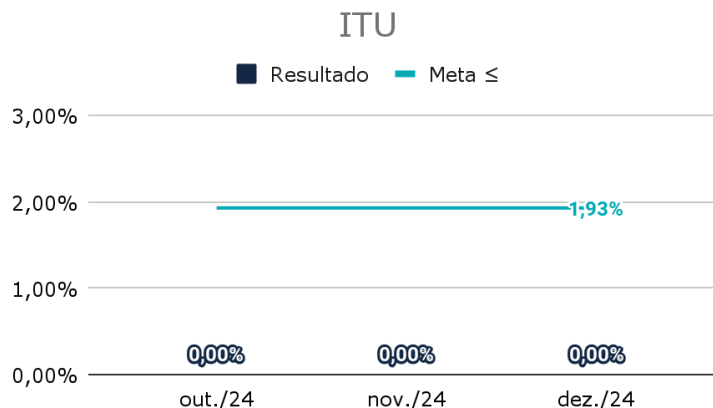
Análise crítica: No mês de dezembro não tivemos infecção primária relacionada ao uso de CVC. Meta contratual atingida.

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.

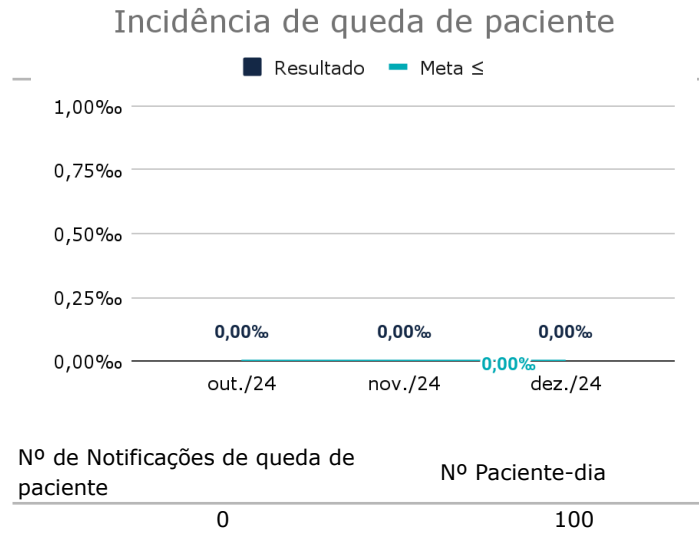
5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



Nº Casos novos de ITU	Nº Paciente-dia com SVD
0	30

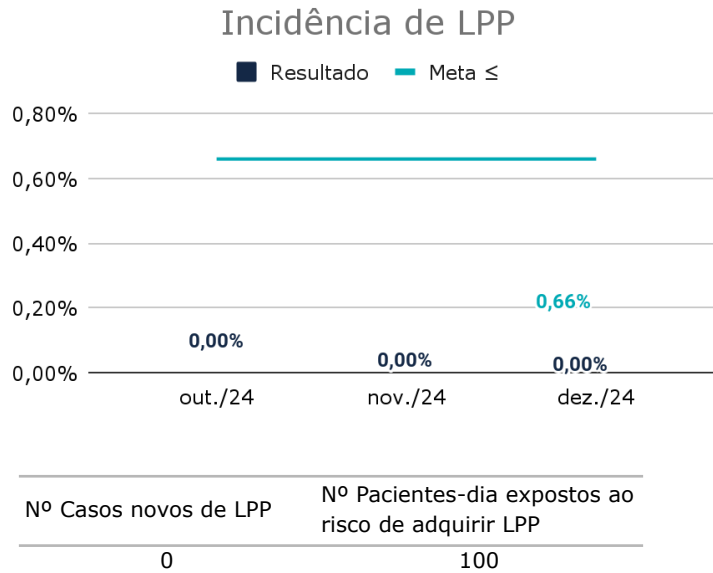
Análise crítica: Neste período tivemos 30 pacientes-dia em uso de SVD e não tivemos registro de infecção do trato urinário. Diariamente em visita multiprofissional é discutido o momento ideal para retirada do dispositivo o mais precoce possível, além das medidas realizadas pelo Bundle da SVD diariamente.

5.3.6 Incidência de Queda



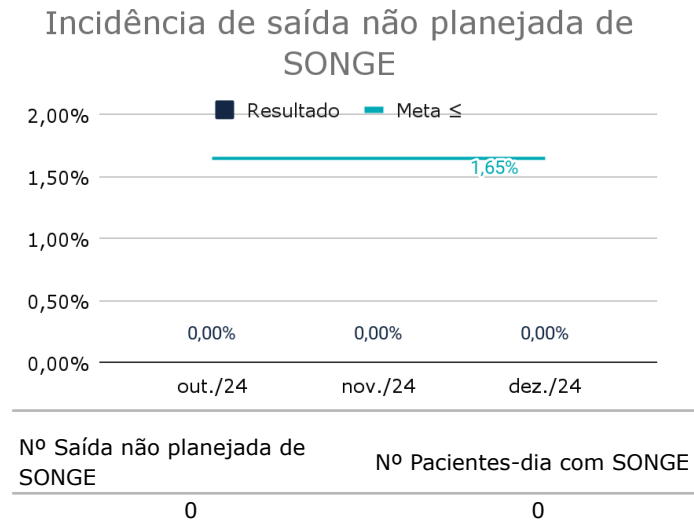
Análise crítica: Durante o mês de dezembro não tivemos eventos relacionados à queda. Desde a admissão até a alta, as pacientes são orientadas sobre o risco de queda. Meta contratual atingida.

5.3.7 Índice de úlcera por pressão



Análise crítica: Durante o mês de dezembro tivemos internadas pacientes com menor complexidade assistencial. 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.

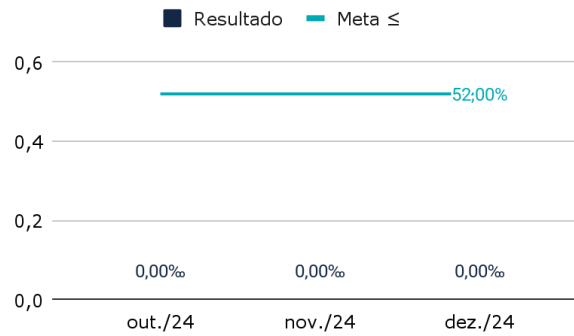
5.3.8 Incidência de Saída não Planejada de SNE/GTT



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

5.3.9 Incidência de Extubação Acidental

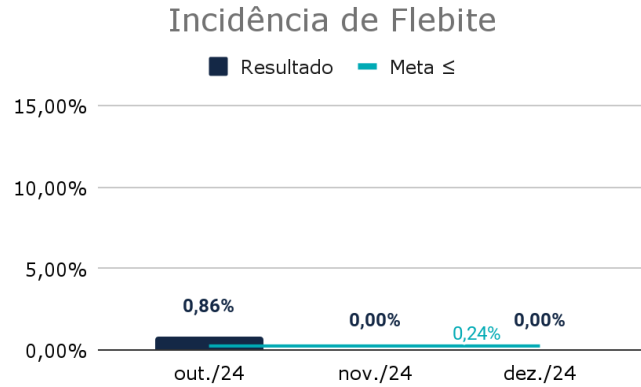
Incidência de Extubação Acidental



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

Análise crítica: Neste período não tivemos pacientes entubados.

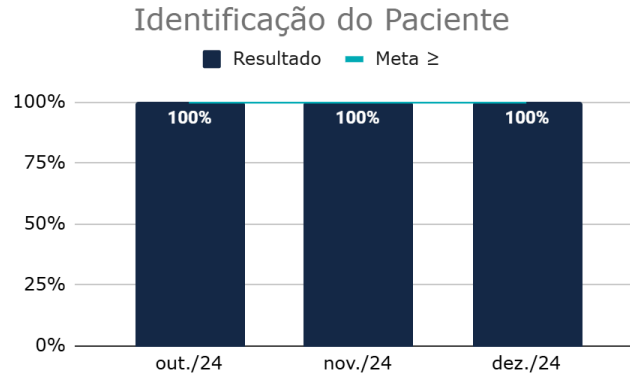
5.3.10 Incidência de Flebite



Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	100

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

5.3.11 Adesão às metas de Identificação do Paciente

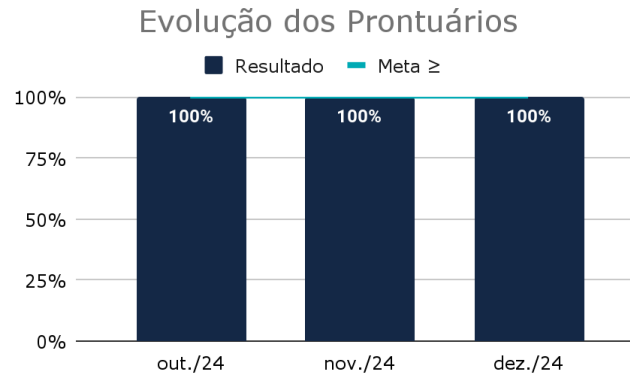


ID Paciente

Nº Paciente-dia com pulseira de identificação	Nº Paciente-dia
100	100

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.

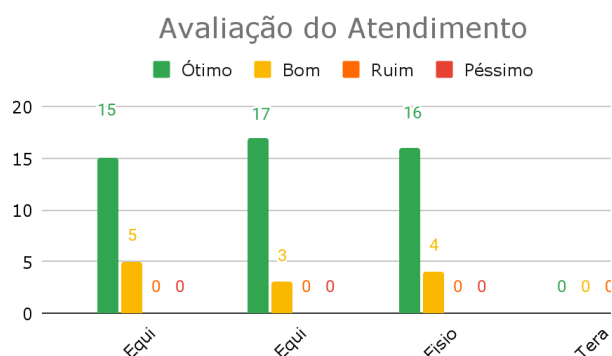
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

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.

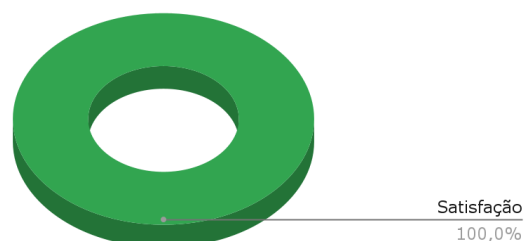
No período avaliado, tivemos o total de **20** pesquisas preenchidas. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

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 100%, demonstrando uma percepção positiva ao atendimento.

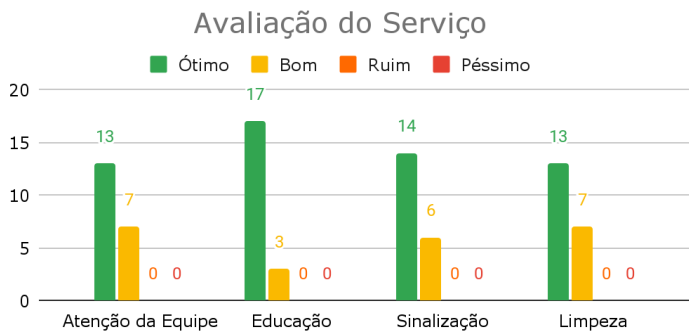


% Satisfação - Atendimento

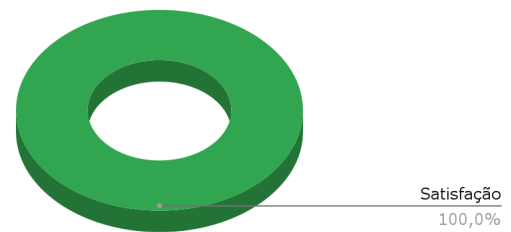


6.1.2 Avaliação do Serviço

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.



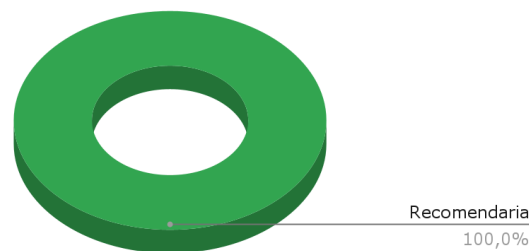
% Satisfação - Serviço



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

Distribuição das canecas de Natal e redução gradativa do uso dos copos descartáveis. O meio ambiente agradece!



Treinamento de missão, visão e valores e planejamento estratégico CEJAM.



São Paulo, 08 de janeiro de 2025


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

Adriana Cristina Alvares
Gerente Técnico Regional