

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Hospital e Maternidade Leonor  
Mendes de Barros**

**Unidade de Terapia Intensiva  
Materna**

**Convênio n.º00023/2022**

**Outubro**

**2023**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**GOVERNADOR**

Tarcísio Gomes de Freitas

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Eleuses Paiva

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA "DR. JOÃO AMORIM"**



**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Mário Santoro Júnior

**DIRETOR TÉCNICO**

Renato Tardelli

**SUPERVISOR TÉCNICO REGIONAL**

Adriana Cristina Alvares

**COORDENADOR DE ENFERMAGEM**

Tamiris De Oliveira Martins

## SUMÁRIO

<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	10
4.3.2 Turnover	11
4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	11
<b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>	<b>11</b>
5.1 Indicadores - Quantitativos	12
5.1.1 Saídas	12
5.1.2 Taxa de Ocupação	13
5.2 Indicadores - Qualitativos	14
5.2.1 Média de Permanência	14
5.2.2 Paciente Dia	15
5.2.3 Taxa de Mortalidade	15
5.2.4 Taxa de Reinternação	16
5.3 Indicadores - Segurança do Paciente	17
5.3.1 Densidade de Incidência de Pneumonia Associada (PAV) à Ventilação Mecânica (VM)	17
5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)	18
5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	19
5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	20
5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	21
5.3.6 Índice de úlcera por pressão	22
5.3.7 Incidência de Extubação Acidental	23
5.3.8 Incidência de Flebite	24
5.3.9 Adesão às metas de Identificação do Paciente	25
5.3.10 Evolução dos Prontuários	26

<b>6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO</b>	<b>27</b>
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
<b>7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO</b>	<b>29</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 outubro de 2023**.

## 4. FORÇA DE TRABALHO

### 4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT

A equipe de trabalho efetiva é composta por 24 colaboradores contratados por processo seletivo (CLT).

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo	Assistente Administrativo (40h)	1	1	✓
Assistencial	Coordenador de Enfermagem (40h)	1	1	✓
	Enfermeiro (36)	2	2	✓
	Enfermeiro (36h) - noturno	3	3	✓
	Técnico de Enfermagem (36h)	7	9	↑
	Técnico de Enfermagem (36h) - noturno	7	8	↑
<b>Total</b>		<b>21</b>	<b>24</b>	↑

Fonte: São Paulo - HMLMB - 2022

**Análise Crítica:** Mediante o quadro acima, verificamos que 120% da previsão de colaboradores foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho, o efetivo supera o previsto por conta da contratação de (01) um técnico de enfermagem para cobertura de férias, (01) uma enfermeira para cobertura de férias e (01) um técnico de enfermagem para cobertura de licença maternidade.

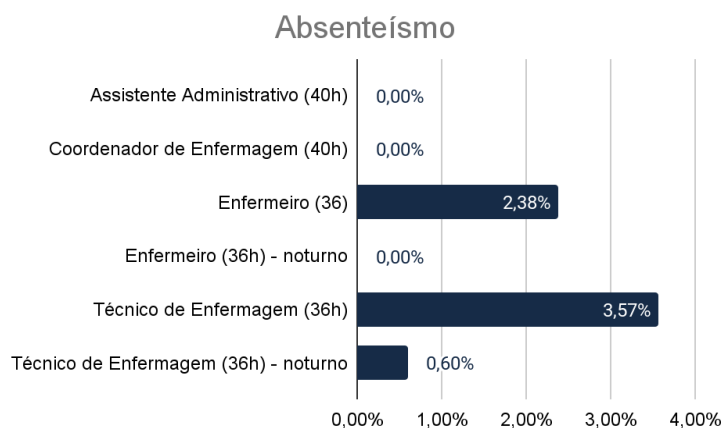
#### 4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

Setor	Cargo	Colaborador	Nº Conselho	
Uti Materna - 6 Leitos	Assistente Administrativo (40h)	01.Wesley Lohn Albuquerque	N/A	
	Coordenador de Enfermagem (40h)	02.Tamiris de Oliveira Martins	395.448	
	Enfermeiro (36h)	03.Ivone Prado Cruz Santos	624232	
		04.Michele Felix de Castro	404381	
	Enfermeiro Ferista	05.Yasmin Santos Vespaziano	664746	
	Enfermeiro (36h) - noturno	06.Nayara Fernanda da Costa	470916	
		07.Cátia Elaine Calastro	541220	
	Enfermeiro Folguista	08.Simone Messias da Silva	204926	
	Técnico de Enfermagem (36h)	09.Adrielle Rodrigues	807366	
		10.Denise Jeanete Rodrigues	1583997	
		11.Efigênia de Freitas	807386	
		12.Katia Alves dos Santos	1528682	
		13.Magna O. a Silva Araujo	1144348	
		14. Sandra Gomes Carlos	914654	
	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. Lidiane de Oliveira Santos	419281	
		21. Ranielli Aparecida Ramos	652014	
		Técnico de Enfermagem Folguista	22.Tânia da Costa Dinamarca	1121040
			23.Claudia dos S.L. Gonçalves	1646933
		Técnico de Enfermagem (36h) - Ferista	24.Marcela Ribeiro Martins	254902



## 4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

### 4.3.1 Absenteísmo

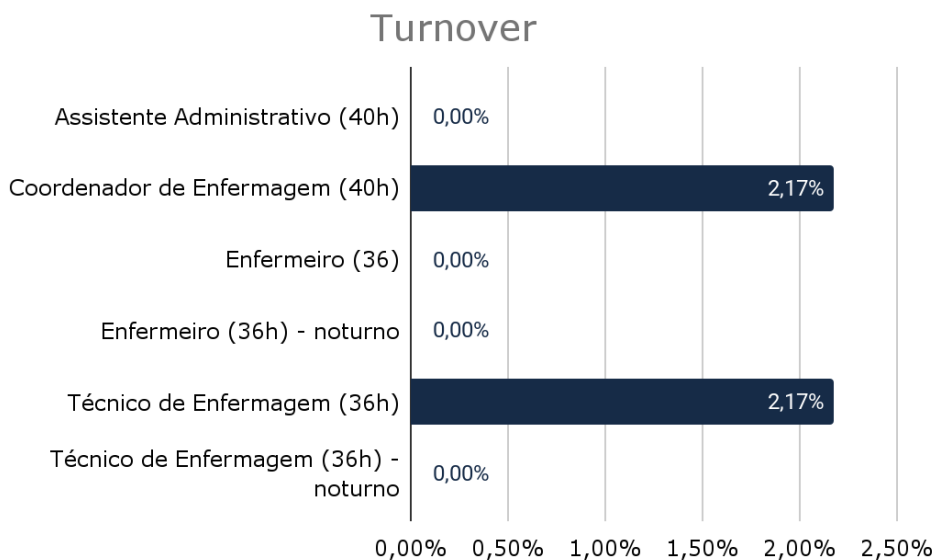


#### Análise crítica:

Mediante o cenário de 24 (vinte e quatro) colaboradores (CLT) foram identificados o total de 10 dias de ausência durante o período de referência, sendo:

- 03 dias por motivos justificado por meio de atestado médico (Técnica de enfermagem - T.C.D)
- 02 dia por motivos justificado por meio de atestado médico (Técnica de enfermagem - L.O.S.)
- 02 dias por motivos justificado por meio de atestado médico (Enfermeira - I.P.C.S.)
- 03 dias por motivos justificado por meio de atestado médico (Técnica de enfermagem - M.O.S.A.)

### 4.3.2 Turnover



#### Análise crítica:

Tivemos neste período a contratação de Técnica de enfermagem S.G.C. no dia 07/10/2023 e o Desligamento sem Justa Causa da Coordenadora de Enfermagem T.O.M. no dia 27/10/2023.

#### 4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

---

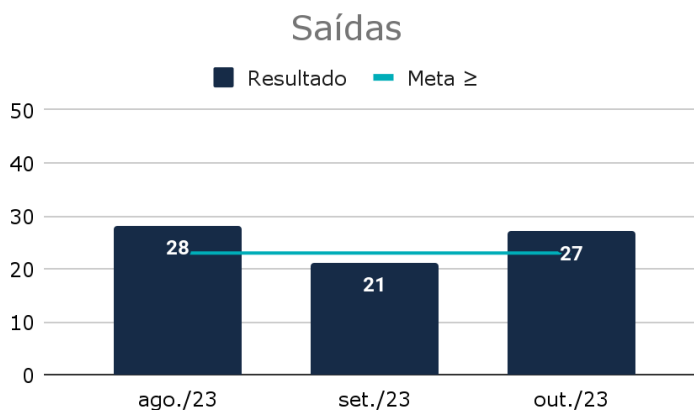
**Análise crítica:** Não tivemos nenhuma Comunicação de Acidente de Trabalho. A Equipe da Cipa realiza mensalmente atividades e treinamentos voltados para os colaboradores.

### 5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade. Estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos pacientes e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao seu desempenho. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades realizadas na UTI Materna do HMLMB que ocorreram no período avaliado

## 5.1 Indicadores - Quantitativos

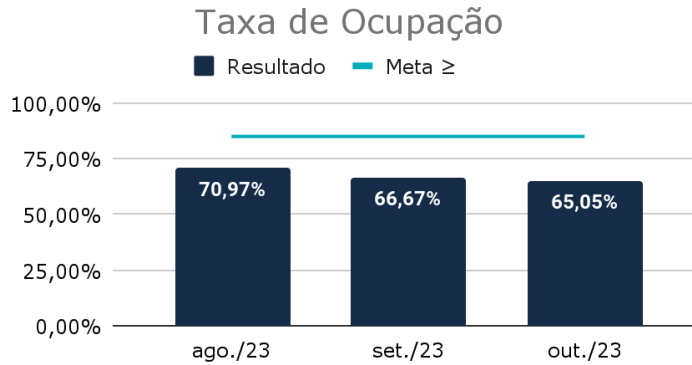
### 5.1.1 Saídas



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

**Análise crítica:** No período analisado tivemos 27 saídas ( Sendo 27 transferências internas ) Meta contratual atingida. Tivemos neste período 25 admissões. Todas as vagas solicitadas foram prontamente atendidas.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação



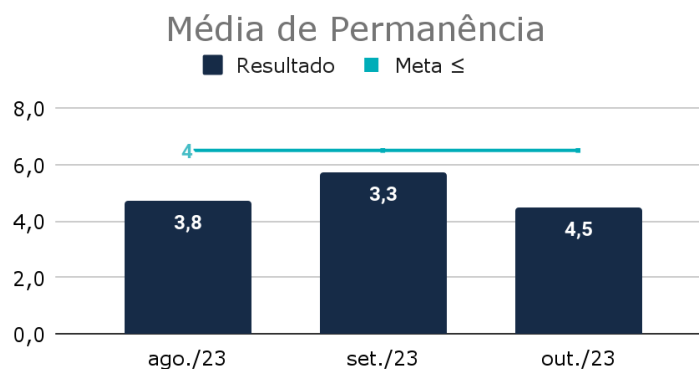
Nº Paciente-dia	Nº Leito-dia
121	180

#### Análise crítica:

No período analisado tivemos uma Taxa de Ocupação de 65%, informamos que todas as vagas solicitadas foram prontamente atendidas. A Equipe do Nir ( Núcleo Interno de Regulação) realiza contato diariamente com a Uti verificando a disponibilidade de vagas e avaliando os casos para aceitação. Durante visita multiprofissional é verificado possíveis casos que estejam nos demais setores do Hospital que necessitam de cuidados intensivos, onde são transferidos para esta unidade.

## 5.2 Indicadores - Qualitativos

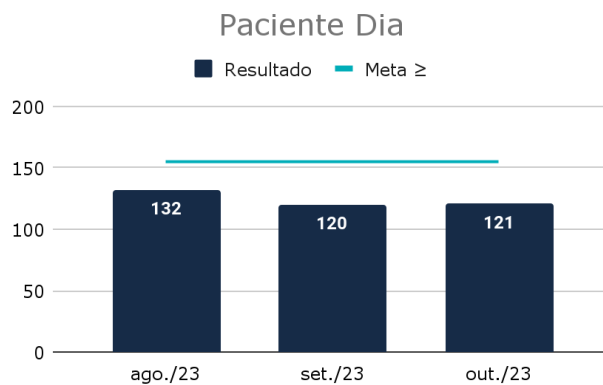
### 5.2.1 Média de Permanência



Nº Paciente-dia	Nº de Saídas
121	27

**Análise crítica:** Nesse mês tivemos uma média de permanência de 4,5 dias. Atingido a meta pactuada, tendo em vista que diariamente em visita multiprofissional é discutido o momento ideal para uma alta segura dos pacientes que apresentam estabilidade hemodinâmica, refletindo assim em uma saída segura e precoce da UTI.

## 5.2.2 Paciente Dia

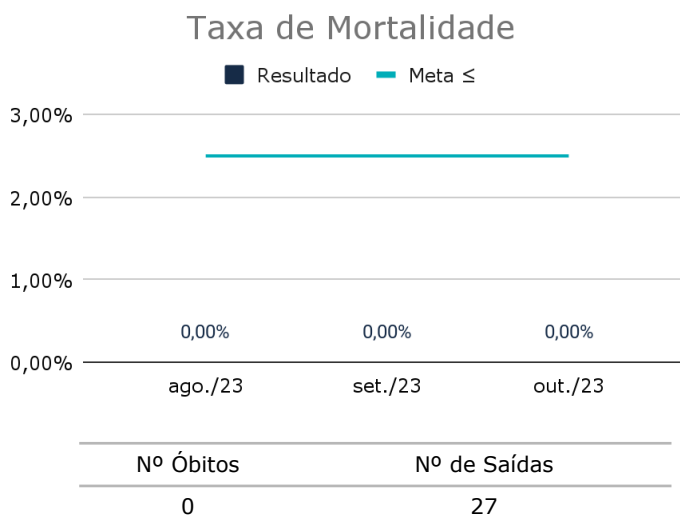


Nº Admissões	Giro de Leito
25	3,50

### Análise crítica:

No período avaliado na UTI Materna tivemos 121 pacientes dia, 25 admissões e 27 saídas, apresentando giro de leito de 3,50 vezes.

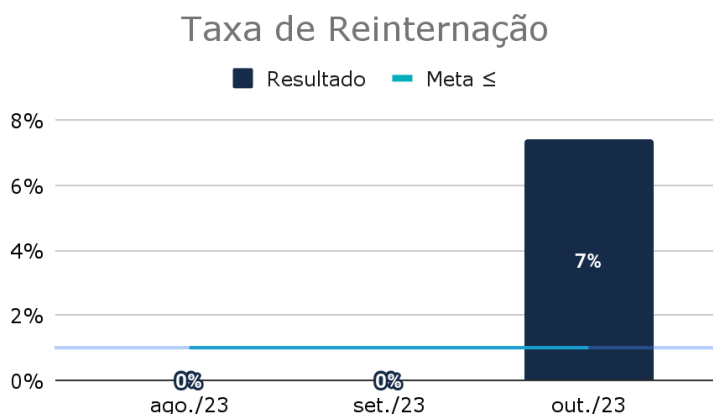
### 5.2.3 Taxa de Mortalidade



**Análise crítica:** Não tivemos nenhum óbito nesse período. Meta contratual atingida. Realizamos avaliação de Gravidade de todas as pacientes da UTI diariamente, ajustando as terapias conforme as demandas dos casos clínicos.



## 5.2.4 Taxa de Reinternação



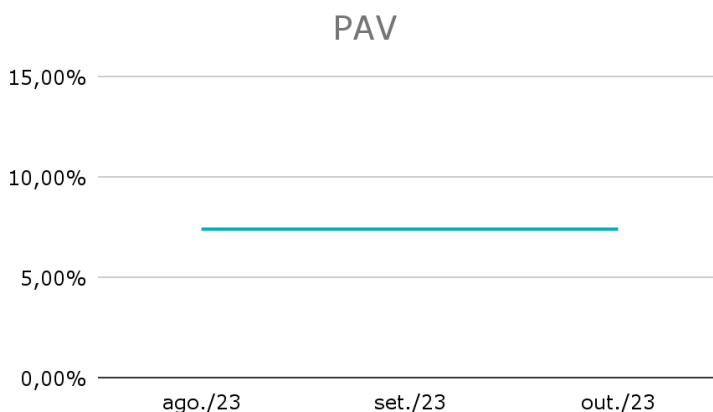
Nº Reinternações	Nº de Saídas
2	27

**Análise crítica:** Paciente E.V.R., 38 anos, admitida na Uti no dia 24-10 com HD: Pré Eclâmpsia Grave + Popc , no dia 27-10 teve alta para a enfermaria e retorno para a Uti no dia 28-10 devido descontrolo pressórico, sendo necessário iniciar com Nitroprussiato de Sódio (Nipride).

Paciente G.T.B.S., 24 anos , admitida na Uti no dia 28-10 com HD: Gestante 35 semanas + Crise Convulsiva com antecedente de epilepsia em uso regular de medicação, teve alta para enfermaria devido controle medicamentoso estando há 48 horas sem apresentar crise convulsiva. No dia 31-10 após 06 horas de ter recebido alta da UTI, apresentou crise convulsiva , sendo necessário reinternação para esta unidade.

### 5.3 Indicadores - Segurança do Paciente

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

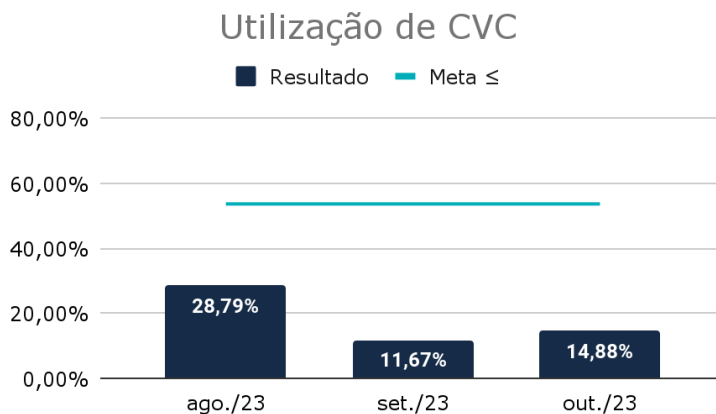


Nº Casos novos de PAV	Nº Paciente-dia em VM
0	0

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

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

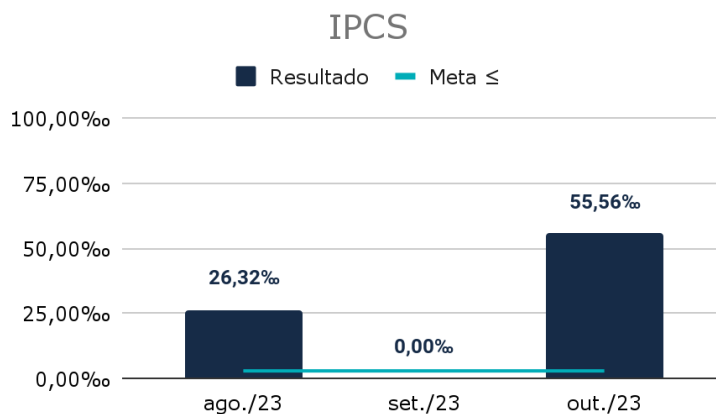
### 5.3.2 Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC)



Nº Paciente-dia com CVC	Nº Paciente-dia
19	121

**Análise crítica:** Tivemos neste período 19 pacientes- dia com CVC. Atingimos a meta pactuada, tendo em vista a cultura dos médicos intensivistas em desinvadir o mais precoce possível os pacientes com cateteres centrais.

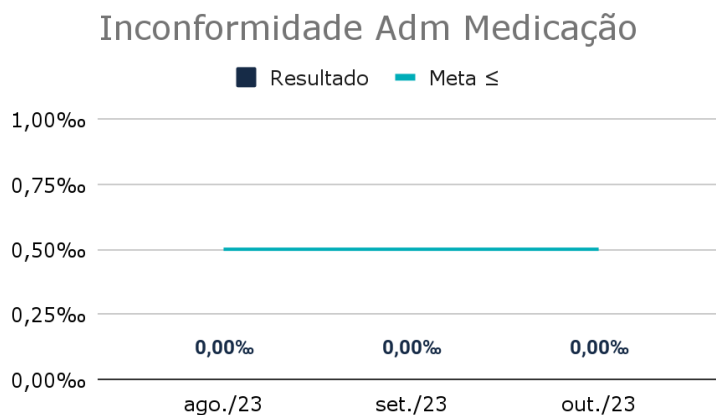
### 5.3.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



Nº Casos novos de IPCS	Nº Paciente-dia com CVC
1	18

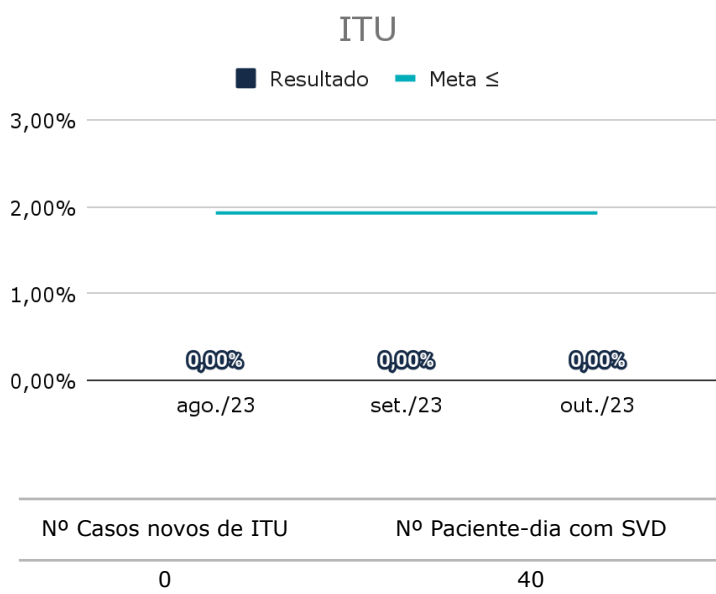
**Análise crítica:** Paciente R.G.O, 34 anos, admitida em 11-09 com HD: Gestante 22 semanas + Insuficiência Renal Crônica Agudizada. Realizando procedimento de hemodiálise desde o dia 13-09, mantendo cateter shiley. No dia 14-10 apresenta resultado de hemocultura *Staphylococcus aureus*. Iniciado tratamento com Teicoplanina.

### 5.3.4 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



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

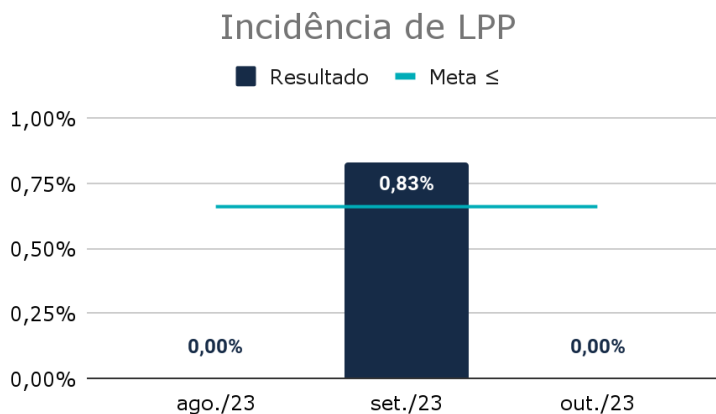
### 5.3.5 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical



**Análise crítica:** Não tivemos nenhuma infecção do trato urinário neste período. Tivemos 40 pacientes-dia em uso de SVD.

Tendo em vista que diariamente em visita multiprofissional é discutido o momento ideal para retirada do dispositivo o mais precoce possível. Além das medidas realizadas pelo Bundle da SVD diariamente (Avaliado: Fixação adequada, sistema fechado de drenagem contínua, bolsa abaixo do nível da bexiga, higiene íntima e bolsa coletora até  $\frac{2}{3}$  da capacidade).

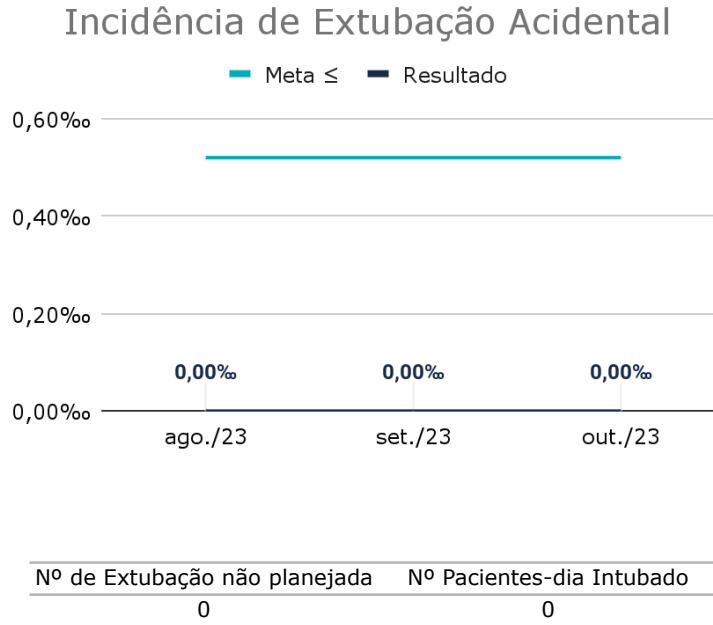
### 5.3.6 Índice de úlcera por pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
0	121

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

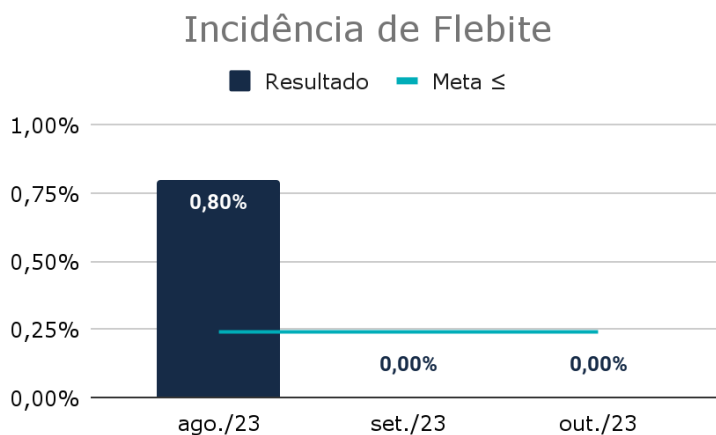
### 5.3.7 Incidência de Extubação Acidental



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



### 5.3.8 Incidência de Flebite

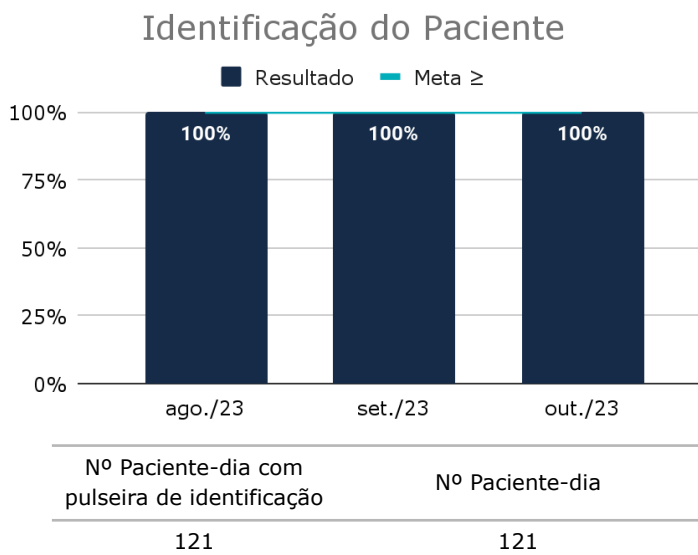


#### Índice de Flebite

Nº Casos novos de Flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	121

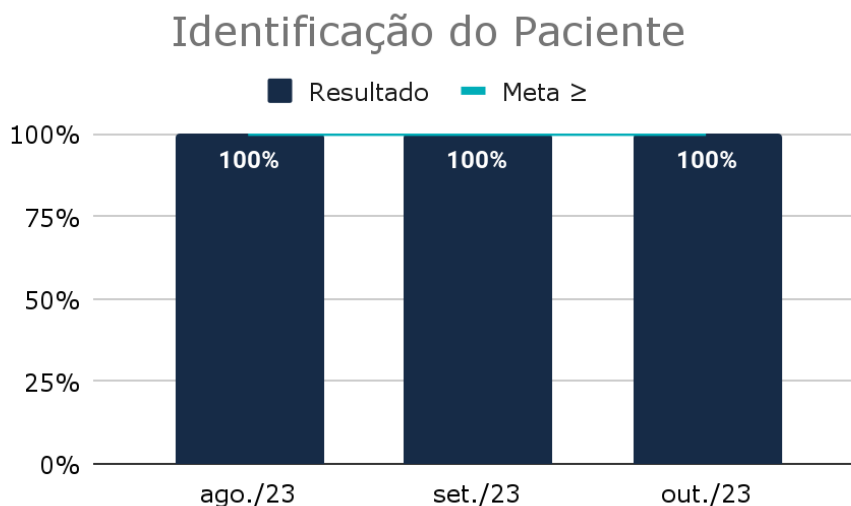
**Análise crítica:** Não tivemos nenhum caso de Flebite neste período. Meta Contratual Atingida. Realizamos treinamentos durante os meses anteriores reforçando com toda a equipe sobre o Protocolo de Prevenção de Flebite (importância de mantermos fixação com filme transparente, avaliar calibre da veia e qual tamanho de dispositivo que será utilizado, discutimos sobre medicações irritativas, diluição de medicação e tempo de permanência dos cateteres).

### 5.3.9 Adesão às metas de Identificação do Paciente



**Análise crítica:** Mantivemos em nossa UTI todos os pacientes devidamente identificados com pulseira de identificação. Meta contratual atingida. Toda equipe está devidamente treinada sobre a Meta 1 de Segurança do Paciente (Identificação do Paciente), realizamos diariamente a conferência dos dados da pulseira de identificação.

### 5.3.10 Evolução dos Prontuários



**Análise crítica:** Durante o mês de referência todos os prontuários analisados foram 100% evoluídos em conformidade com o estipulado pela comissão de prontuários. Equipe médica, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeuta ocupacional realizam as evoluções no sistema S4SP e equipe técnica de enfermagem realiza manualmente (em ambos os turnos) a anotação de enfermagem.

## 6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

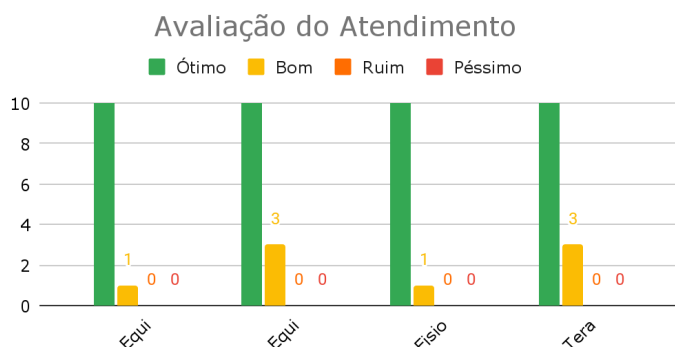
O Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) é um canal para o usuário apresentar sugestões, elogios, solicitações, reclamações e avaliar os serviços prestados pela Equipe CEJAM. A partir das informações trazidas pelos usuários, podemos identificar melhorias, propor mudanças, assim como apontar situações irregulares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

No período avaliado, tivemos o total de **21 pesquisas preenchidas**. Os gráficos a seguir, demonstram os resultados obtidos na competência avaliada.

### 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

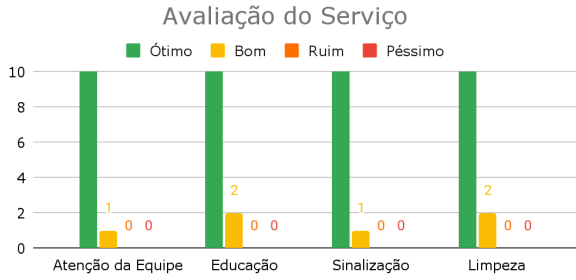
#### 6.1.1 Avaliação do Atendimento

O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao atendimento da equipe de enfermagem, equipe médica, fisioterapia e terapeuta ocupacional. No período, tivemos uma satisfação de 100%, demonstrando uma percepção positiva ao atendimento.

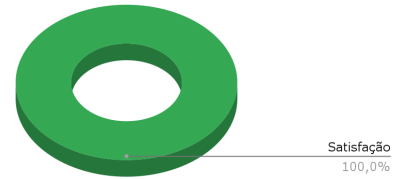


### 6.1.2 Avaliação do Serviço

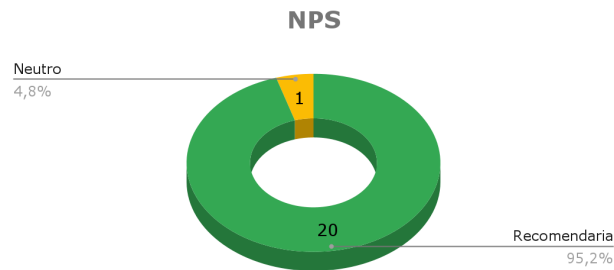
O indicador avalia a satisfação e insatisfação do usuário em relação ao serviço no que refere a agilidade, atenção, educação, sinalização e limpeza. No período, tivemos uma satisfação de 100% dos usuários.



% Satisfação - Serviço



### 6.1.3 Net Promoter Score (NPS)



## 7. TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO

- OUTUBRO ROSA - MÊS DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA  
Realizado treinamento pela equipe da Cipa com todos os colaboradores, abordando os sinais, sintomas e tratamentos do Câncer de Mama. Realizado dinâmica sobre Auto Exame.





- CAMPANHA ADORNO ZERO

Realizamos treinamento com equipe de enfermagem sobre Campanha de ADORNO ZERO, estimulando a equipe a não utilização de adornos, discutindo sobre a importância de cuidados com infecção relacionado a adornos.







- CONSCIENTIZAÇÃO DE USO CORRETO DOS EQUIPAMENTOS INDIVIDUAIS DE PROTEÇÃO.



São Paulo, 10 de novembro de 2023

  
Adriana Cristina Alvares  
CEGISS - Hospitalar  
Supervisor Técnico Regional

**DIRETOR TÉCNICO**

RENATO TARDELLI