

Relatório de Atividades Assistenciais

**Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Unidade de Terapia Intensiva
Adulto**

Convênio n.º 01476/2020

2021

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNADOR

João Doria

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Jean Carlo Gorinchteyn

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

COORDENADOR REGIONAL DE SAÚDE

Sirlene Dias Coelho

SUPERVISOR TÉCNICO DE SAÚDE

Susan Lopes Mizugai

COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Reginaldo Júlio de Aguiar

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	5
1.1 Sobre o CEJAM	5
1.2 Convênio n.º 01476/2020	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 Geral	7
4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT	7
4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas	11
4.3.1 Absenteísmo	11
4.3.2 Turnover	12
4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	12
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	12
5.1 Indicadores - Produção	13
5.1.1 Saídas	13
5.1.3 Paciente-dia	14
5.2 Indicadores - Qualitativos	14
5.2.1 Média de Permanência (dias)	14
5.2.2 Taxa de Mortalidade	15
5.2.3 Taxa de Reinternação em 24 horas	15
5.2.4 Prontuários Evoluídos	16
5.2.5 Reclamações na ouvidoria	16
5.3 Indicadores de Segurança do Paciente	17
5.3.1 Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM)	17
5.3.2 Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	17
5.3.3 Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central (CVC)	18

5.3.4 Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	18
5.3.5 Incidência de queda de paciente	19
5.3.6 Índice de Lesão por Pressão	19
5.3.7 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	21
5.3.7 Incidência de Flebite	21
5.3.9 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)	22
5.3.11 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal	22
7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	23

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Sobre o 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 80 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Embu das Artes, 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

- Atenção Primária à Saúde
- Sinergia da Rede de Serviços
- Equipe Multidisciplinar
- Tecnologia da Informação
- Geração e Disseminação de Conhecimento

1.2 Convênio n.º 01476/2020

A celebração do convênio visa o gerenciamento técnico e administrativo de **40 (quarenta) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto**, sendo 20 (vinte) leitos perfil COVID e 20 (vinte) leitos clínicos, no Conjunto Hospitalar do Mandaqui (CHM), assegurando atendimento adequado aos pacientes que necessitem de cuidados de terapia intensiva. Garantindo acolhimento humanizado, proporcionando atenção qualificada e eficiente, de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas, para o funcionamento ininterrupto desta unidade.

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas na UTI Adulto do Conjunto Hospitalar do Mandaqui são monitoradas por sistema informatizado WinHosp e planilhas de excel para consolidação dos dados. Todos os profissionais são cadastrados no CNES, o que permite o faturamento por procedimento e profissional. Todos os colaboradores estão cientes da obrigatoriedade do registro das atividades em sua integralidade no sistema de informação implantado no CHM.

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas na UTI Adulto no período de **01 a 31 de Julho de 2021**.

4. FORÇA DE TRABALHO

A equipe de trabalho é composta por 151 (cento e cinquenta e um) colaboradores para este serviço, 121 colaboradores contratados por processo seletivo (CLT) e 30 (trinta) por contratação de Pessoa Jurídica (PJ).

Esta força de trabalho é representada por 3,31% de nível médio, 62,25% de nível técnico e 34,44% de nível superior, sendo portanto composta por 76,16% de enfermagem, 11,26% de médicos, 5,96% de fisioterapeutas, 2,65% de fonoaudiólogos e 3,97% de administrativos.

4.1 Dimensionamento Geral

Equipe	Cargo	Previsto	Efetivo
Administrativa	Auxiliar Técnico Administrativo (40h) diurno	3	3
	Auxiliar Técnico Administrativo (36h) diurno	2	2
	Encarregado Administrativo	1	1
	Coordenador de Enfermagem	1	1
Enfermagem	Enfermeiro (36h) diurno	10	10
	Enfermeiro (36h) noturno	10	10
	Téc. de Enfermagem (36h) diurno	47	46
	Téc. de Enfermagem (36h) noturno	47	47
Total		121	120

Fonte: Mandaqui - 2020 - UTI Adulto - Orçamento TA01 (prorrogação 6 meses) rev01

Mediante o quadro acima, verificamos que 99,17% da previsão de colaboradores, foram efetivadas conforme o estabelecido no plano de trabalho.

4.2 Relação nominal de Profissionais - CLT

Cargo	Colaborador	Núm. Conselho
Auxiliar Técnico Administrativo	01 (M/T). Sueli Da Silva (40h)	N/A
	02 (M/T). Elaine Cristina de Souza (40h)	N/A
	03 (M/T). Valdirene Carvalho Ferreira (40h)	N/A

	01 (M/T). Rosana de Jesus Carmo (36h)	N/A
	02 (M/T). Renata Teles dos Santos (36h)	N/A
Encarregado Administrativo	01 (M/T). Eder Augusto Rodrigues	N/A
Coordenador de Enfermagem	01 (M/T). Reginaldo Júlio de Aguiar	302.907
Enfermeiro	01 (D). Amanda Colombo Pirani	627.480
	02 (D). Ana Cleide dos Santos	482.849
	03 (D). Daniella Barra Nova	504.013
	04 (D). Gildeir de Jesus Cordeiro	450.320
	05 (D). Micaella Souza Silva	1.366.007
	06 (D). Monica Maria de Oliveira	449.192
	07 (D). Pedro Paulo de Jesus Macedo	615.655
	08 (D). Ritchie Renato Juvencio Teixeira	394.815
	09 (D). Roseli Regina da Silva	616.168
	10 (D). Sheyla Nobres Viana	622.508
	11 (N). Ana Paula de Oliveira Campos	538.349
	12 (N). Carla Carneiro da Silva	538.349
	13 (N). Diego Roberto Machado	561.137
	14 (N). Eric Welber Durvalino Nicolia	536.262
	15 (N). Giceli Medina Rodrigues	539.207
	16 (N). Juliana Barbosa Campos	539.207
	17 (N). Manuel Machado Meireles Junior	408.220
	18 (N). Marlene Aparecida Evaristo	180.671
	19 (N). Sandra Valéria Silva Souza	185.681
	20 (N). Rosa Maria Rizzi Sedano	78.065
Técnico de Enfermagem	01 (D). Amanda Bezerra de Lucena	1.452.130
	02 (D). Aline Thiemy Sampaio Tanaka	794.405
	03 (D). Ana Meira Oliveira Castro	1.331.902
	04 (D). Antonia Cristina Costa Araujo	1.323.755
	05 (D). Bianca de Oliveira dos Santos	1.528.336
	06 (D). Carla Cristina de Paula Marciano	866.768
	07 (D). Claudiane dos Santos Pereira	1.516.780
	08 (D). Cleiza Silva Moreira	1.570.213
	09 (D) Em contratação	
	10 (D). Cristina Machado de Brito	12.244.248
	11 (D). Daiane Gonçalves Martins	1.364.136

	12 (D). Daniel de Souza Fernandes	1.440.831
	13 (D). Danieversson Souza Colombo	1.449.383
	14(D). Debora Regina dos Santos	1.499.030
	15 (D). Divania Rocha dos Santos Menezes	1.428.692
	16 (D). Edilson de Paula Pinto	930.734
	17 (D). Eliete Calisto de Vasconcelos	1.215.314
	18(D). Elizete Alves de Brito	192.954
	19 (D). Elzania Almeida dos Santos	1.207.983
	20 (D). Ester Ketlyn da Silva Gomes	1.588.036
	21 (D). Eleni Marcia Santos Gardin	970.533
	22 (D). Elizabete Ferreira da Silva	771.037
	23 (D). Fabiana de Azevedo Garcia dos Santos	963278
	24 (D). Felipe César de Oliveira Bezerra	491.215
	25 (D). Gisele Cristina Teobaldino dos Santos	1.642.343
	26 (D). Isa Reis Lima	1.535.305
	27 (D). Ivanilda Maria de Souza	625.099
	28 (D). Jenifer Santos M Rodrigues	926.957
	29 (D). Jessica Martins Chagas Jacinto	1.520.178
	30 (D). João Carlos da Costa	760.378
	31 (D). Joel Mateus da Conceição Silva	1.444.267
	32 (D). Lais Fernandes Escobar de Almeida	1.496.859
	33 (D). Larissa da Silva Morais	1.622373
	34 (D). Leiliane Zenaide Pereira de Sousa	793.509
	35 (D). Maria Socorro Ferreira dos Santos	1.641.253
	36 (D). Michele Rodrigues Ferreira	1552744
	37 (D). Nathalia Fernanda Prado Bole	1.425.745
	38 (D). Renata Batista Leal	1471678
	39 (D). Renata Cristina Duarte	1.489.889
	40 (D). Raquel Santos Marcos Gonzaga	896.304
	41 (D). Ricardo Luiz do Espirito Santo dos Santos	1.565.849
	42 (D). Rogério Luiz da Silva	1.628.364
	43(D). Suellen Kaline Pereira Silva	1.499.431
	44(D). Thiago de Oliveira Ferreira	1.518.937

	45 (D). Tobias Benjamin	254.506
	46 (D). Vagner Alves Santos Kosana	1.633.459
	47 (D). Valdira de Lima da Hora Silva	1.028.509
	48(D).Vanessa de Cassia Matias Correa	1.322.032
	49 (D). Viviane Graces da Silva Mendes	762.395
	50 (N). Aurelina de Jesus Araujo Batista	789.719
	51 (N). Bruno Pimentel Marcolino dos Santos	1.332.590
	52 (N). Camila Oliveira Amarin Santos	1.324.510
	53 (N). Claudia Carvalho Sousa de Oliveira	1.049.266
	54 (N). Celia Maria Bezerra Rocha	959849
	55 (N). Davis Gomes dos Santos	1.426.982
	56 (N). Diego Santos do Nascimento	1.137.062
	57 (N). Ederson Alves de Sousa	1.519.273
	58 (N). Eliel Gomes Dos Santos	171713
	59 (N). Elielma Carvalho Lima	1.090.708
	60 (N). Elizabeth de Souza Felinto	106.224
	61 (N). Elzivan de Lima Brazil	1.634.611
	62 (N). Fabiana Silva dos Santos	1.666.044
	63 (N). Geraldo Freitas Nascimento Filho	1.075.913
	64 (N). Graziella Soares Duarte	729.807
	65(N).Gustavo Marcon dos Santos Gonçalves	863.228
	66(N).Helena Trindade dos Santos Silva	513.876
	67 (N). Humberto Gomes	1.375.409
	68 (N). Irani Carvalho Ventura	926.053
	69 (N). João Paulo Piran	1.250.095
	70 (N). Jose Raimundo dos Santos	747.432
	71 (N). Larissa Gonçalves da Mota	815.789
	72(N).Lucileia Alves de Almeida Morais	300.186
	73 (N). Luciana Corrêa Ribeiro	704.030
	74 (N). Luzia Chaves Souza	812.942
	75 (N). Maicon Flavio Rivera	1.358.069
	76 (N). Magnolia Santos Meireles	280.918
	77 (N) Manuela Marília da Silva Oliveira	1.001.004

78 (N). Maria Ana da Silva	958.586
79 (N). Maria de Lourdes Souza Silva	951.556
80(N). Maria José Cardoso da Silva	926.957
81 (N). Mauricio Ferreira de Souza	326.525
82 (N). Naita da Silva Lima	1.108.522
83 (N). Ronilda Coleta	1.171.318
84 (N). Tatiane dos Santos	0941
85 (N). Tiago da Silva Pinho	1271.791
86 (N). Vladimir Silva Almeida	666.947
87 (N)Raimundo Franciney dos Santos Sousa	682.145
88 (N). Regiane Inácio Januário	472.553
89 (N). Rosineide Aparecida Dalecio	1.229.289
90 (N). Samanta Gregório Uchaime	1.195.979
91 (N). Sandra Rosa Jorge dos Santos	988.869
92 (N). Suelen Silva dos Santos	1.343.723
93 (N). Valeria Alexandra da Penha Rodrigues	799.997
94(N). Yago Gomes da Silva	1.509.535

Legenda: (N) - Noturno; (D) - Diurno; (M/T) - Manhã/Tarde; N/A - Não se aplica.

4.3 Indicadores de Gestão de Pessoas

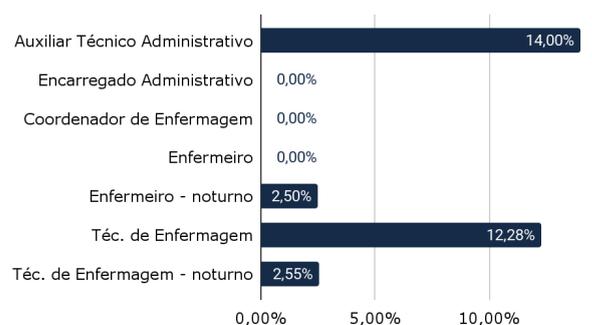
4.3.1 Absenteísmo

Mediante o cenário de 121 (cento e vinte e um) colaboradores CLT, foram identificadas 156 (cento e cinquenta e seis) ausências dias. Sendo 04 (quatro) faltas injustificadas, 04 (quatro) licenças nojo e 147 (cento e quarenta e sete) faltas por atestado médico.

O gráfico a seguir demonstra a taxa de absenteísmo por cargo, 5 (cinco) de enfermeiros noturnos, 113 (cento e treze) faltas de técnico de enfermagem diurno,

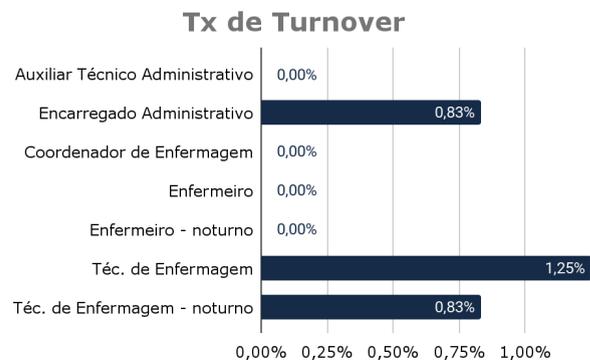
24 (vinte e quatro) de técnico de enfermagem noturno e 14 (quatorze) de auxiliar técnico administrativo.

Tx de Absenteísmo



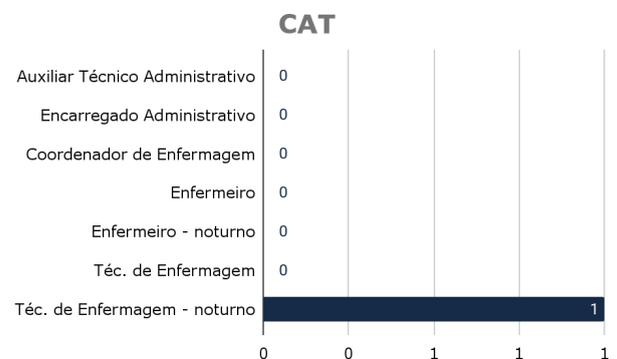
4.3.2 Turnover

Durante o período de referência, foram realizados 04 (quatro) pedidos de demissão, e 03 (três) admissões. Sendo eles, 01 (um) demissão e 01 (um) admissão de encarregado administrativo, 02(duas) demissões e 01(um) admissão de técnico de enfermagem diurno e 01 (um) demissão e (01) um contratação de técnico de enfermagem noturno. O gráfico ao lado, demonstra a taxa de *turnover* por cargo.



4.3.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

Ao longo do mês de referência, houve 01 (um) caso de acidente de trabalho (percurso). Colaboradora se acidentou no caminho para a unidade ao descer do ônibus.

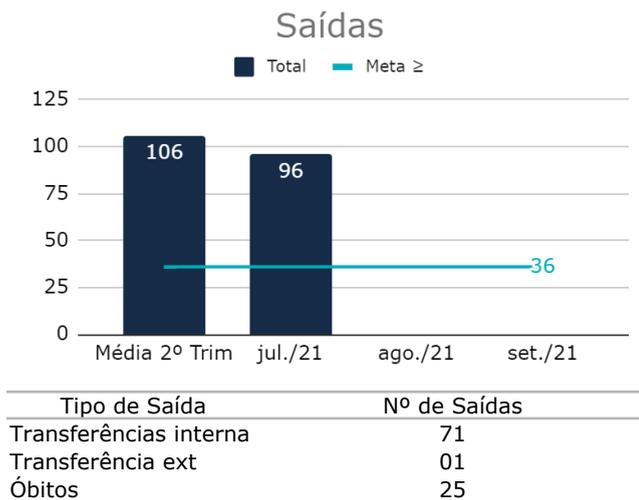


5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade, nos 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 na UTI Adulto - CHM.

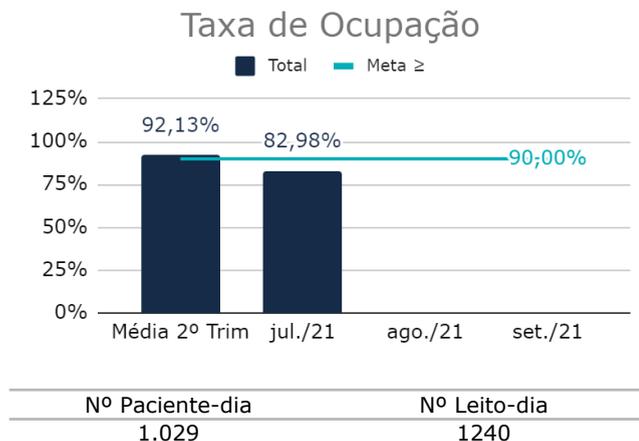
5.1 Indicadores - Produção

5.1.1 Saídas



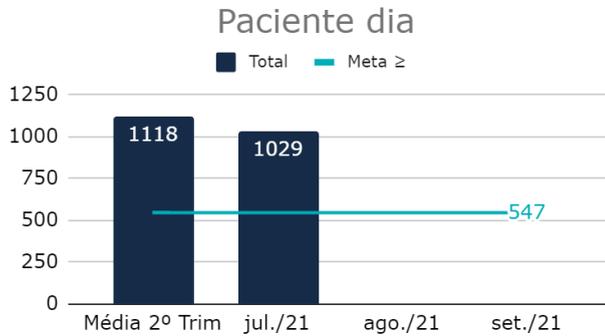
Análise crítica: Ocorreram 96 saídas sendo: 70 transferências internas, 1 externa (cliente cardiológico com necessidade de implante de Marcapasso Transvenoso com necessidade de transferência via Cross) e 25 óbitos.

5.1.2 Taxa de Ocupação



Análise crítica: Observamos que a taxa de ocupação ficou abaixo da meta contratual em 82,98% na UTI adulto, devido a queda de internações associada ao Covid-19. Ocorreram no mês de Julho um total de 1.029 pacientes/dia e 94 admissões no período.

5.1.3 Paciente-dia

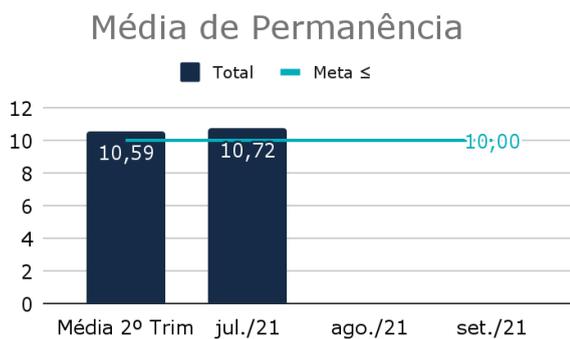


Análise crítica: No período avaliado nas UTIs assistimos 1029 pacientes/dia, ocorreram 94 admissões e efetivando giro de leito em 2,4 vezes.

Admissões	Giro de leito
94	2,4

5.2 Indicadores - Qualitativos

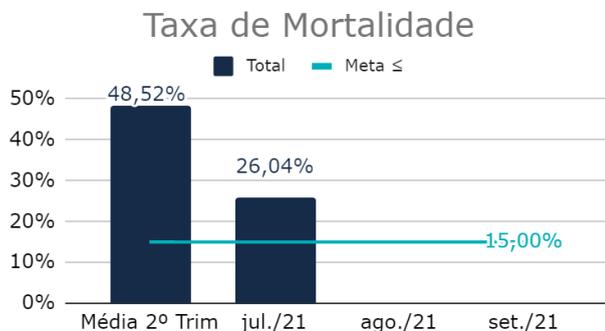
5.2.1 Média de Permanência (dias)



Análise crítica: A média de permanência foi de 10,72 dias, discretamente acima da meta estabelecida, influenciada ainda pela criticidade dos pacientes com SRAG (síndrome respiratória aguda grave) por apresentarem difícil manejo ventilatórios e disfunção renal associada ao covid 19, dependentes de terapia dialíticas.

Nº Paciente-dia	Nº Saídas
1029	96

5.2.2 Taxa de Mortalidade

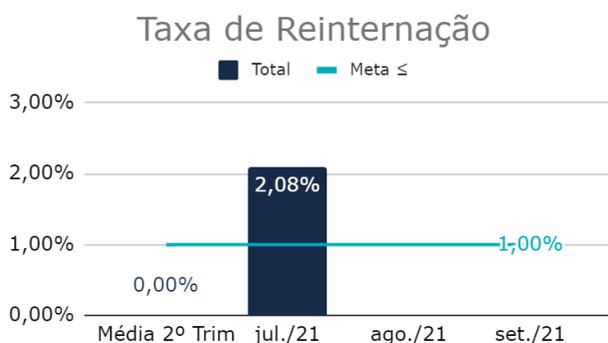


Sector	Mortalidade Prevista	SMR
2º Andar	70,30	0,46
6º Andar	50,76	
Geral	56,34	

Análise crítica: A taxa de mortalidade no período avaliado nas 02 UTIs foi de 26,04%, o índice está associado ao escore

prognóstico SAPS-3 de 56,34 das 02 UTIs, sendo o índice de prognóstico que infere o risco percentual de óbito dos pacientes, sendo que a relação SMR foi de 0.46, ou seja nº de óbitos ocorridos foi abaixo do nº de óbitos esperados (<1). Equiparando entre o segundo trimestre de 2021 observamos que houve queda do número de mortalidade, sendo possível atribuir essa performance ao manejo assistencial aplicado aos clientes acometidos com SRAG evoluindo com êxito na recuperação clínica dos pacientes.

5.2.3 Taxa de Reinternação em 24 horas



Nº Reinternações	Nº de Saídas
2	96

Análise crítica: No mês de Julho tivemos 02 reinternações no período.

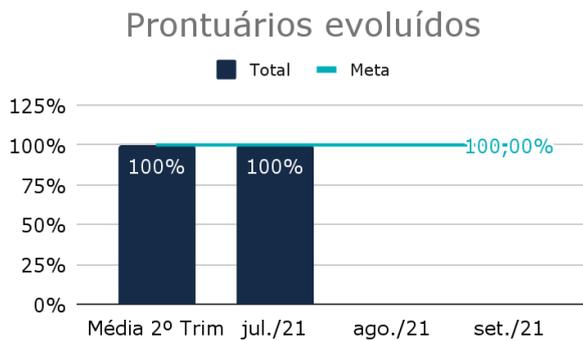
1º caso: Cliente neurológico, transferido da UTI para enfermaria Covid. Por ser um paciente suspeito, porém após a emissão de resultado de PCR negativo em sua unidade de origem, optado por seu

retorno à UTI (em menos de 24 hs) para melhor monitoramento do caso.

2º caso: Cliente pós infecção COVID foi transferida para enfermaria, porém paciente evolui com desaturação na Unidade de Internação e para melhor acompanhamento terapêutico, optado seu retorno à Unidade Terapia Intensiva.

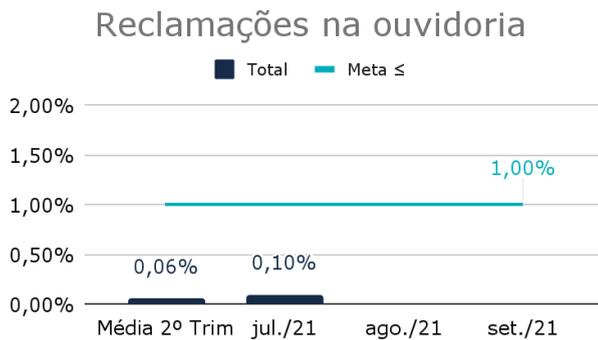
Plano de ação: Alinhamento com a Equipe Multidisciplinar durante a visita multi para melhor assertividade na alta assistencial. Orientação para equipe de enfermagem avaliação pré alta dos pacientes, para melhor efetividade das transferências internas.

5.2.4 Prontuários Evoluídos



Análise crítica: Todos pacientes/dia assistidos na unidade terapia intensiva foram evoluídos pela equipe multidisciplinar.

5.2.5 Reclamações na ouvidoria



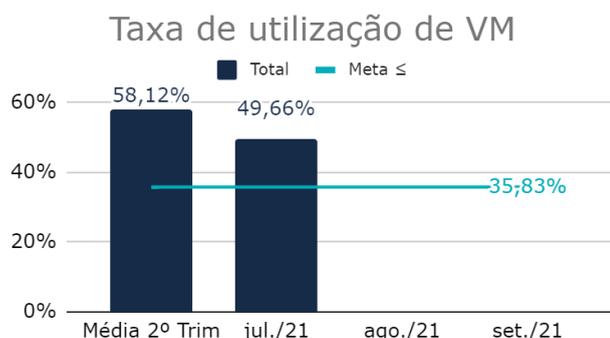
Análise crítica: Obtivemos registros de 01 (uma) ouvidoria atribuída a equipe médica relacionada aos boletins médicos do qual familiares alegam receber informações divergentes relacionadas ao

estado clínico do paciente (sendo sanada juntamente com a equipe médica acolhendo aos familiares e os deixando menos apreensivos e mais seguros quanto a efetividade das informações).

Plano de ação: Foram realizadas medidas de orientação junto às equipes de trabalho, com foco na Qualidade e melhorias dos processos de trabalho prestados, para assim minimizar o percentual de ouvidorias negativas e garantir eficácia em nossa Comunicação.

5.3 Indicadores de Segurança do Paciente

5.3.1 Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica (VM)

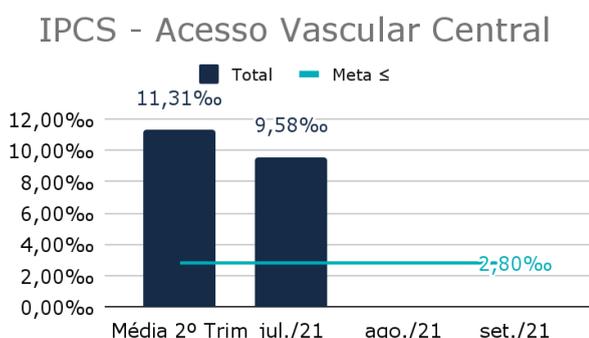


Nº Pacientes-dia em VM	Nº Pacientes-dia
511	1029

Análise crítica: No período avaliado observamos uma diminuição na taxa de

utilização de VM, evidenciando o efetivo trabalho multidisciplinar em desinvadir os pacientes em POI e manter os pacientes em Ventilação não Invasiva mais tempo possível, inclusive para os pacientes com insuficiência respiratória relacionada à infecção por COVID-19.

5.3.2 Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central



Nº Casos novos de IPCS	Nº Pacientes-dia com CVC
Uti 2º andar 6	939
Uti 6º andar 3	

Análise crítica: A incidência de IPCS foi de 9,58%, atribuída à criticidade e maior dependência e manutenção dos dispositivos intravasculares por decorrência das instabilidades clínicas e pacientes com suporte dialítico, ou por

não ser instituído na instituição o uso de sistema fechado, em relação ao mês anterior conseguimos diminuir a incidência de IPCS através de orientações a equipe no manuseio técnico destes, a avaliação continuamente a necessidade de retirada dos dispositivos.

Plano ação:

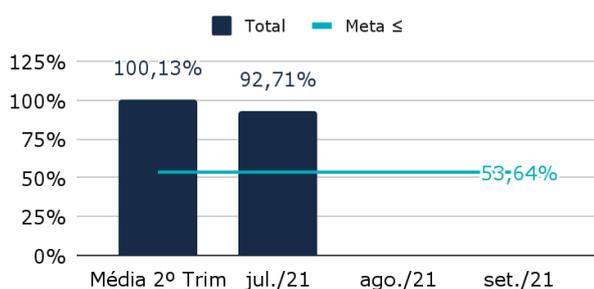
- ❖ Orientado equipe a intensificar a higiene das mãos e os conectores antes do manuseio com os dispositivos;
- ❖ Inspecionar trocas de conectores e intermediários conforme preconizado na instituição;

- ❖ Reforçado a importância dos questionamentos em visitas multidisciplinares para retirada precoce dos dispositivos e;
- ❖ Orientado equipe médica e enfermeiros a necessidade de rastreabilidade através de culturas dos dispositivos inseridos em outras

unidades ou instituições, para evidências das infecções que podem ser ou estar associadas a passagem ou manutenção deste.

5.3.3 Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central (CVC)

Taxa de utilização de CVC

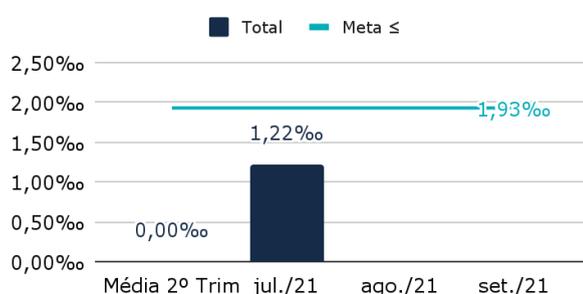


Nº Pacientes-dia com CVC	Nº Pacientes-dia
939	1029

Análise crítica: Observamos em relação ao mês anterior diminuição no número de pacientes em uso de dispositivos intravasculares. Justificada pela gravidade dos pacientes, onde a maioria encontra-se em uso de drogas vasoativas e necessitam de suportes dialíticos.

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

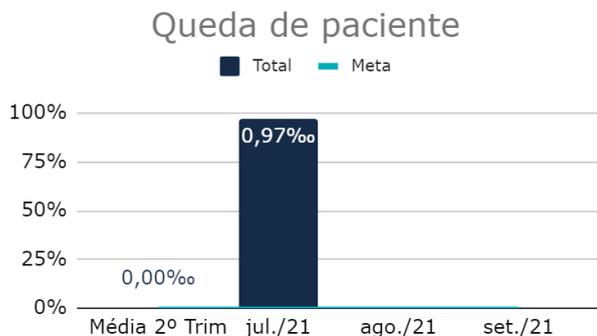
ITU - Cateter vesical



Nº infecções ITU	Nº Pacientes-dia com SVD
2º UTI - 0	819
6º UTI - 1	

Análise crítica: Em relação aos 819 pacientes /dia em uso de dispositivos para incontinência urinária, evidenciamos um caso ITU. Orientações a equipe de enfermagem no cuidado e manuseio técnico com dispositivos, e questionamentos em visita multiprofissional para desvasão precoce dos dispositivos.

5.3.5 Incidência de queda de paciente



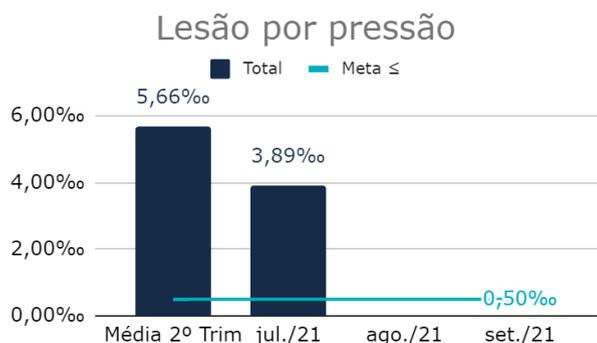
Nº Quedas de Pacientes	Nº Pacientes-dia
01	1209

Análise crítica: houve ocorrência de 01 evento com queda, atribuída a danos na maca (quebra da roda) no qual transportava o cliente durante à espera do elevador, após término do exame.

Paciente imediatamente amparada pela equipe, trocada de maca, acomodada no leito sem evidências de lesões, realizando tomografia de crânio sem alterações neurológicas.

Plano de ação: Orientação a toda equipe, para inspecionar os equipamentos de transporte na evidência de possíveis defeitos e dedicação exclusiva da equipe ao transporte de pacientes.

5.3.6 Índice de Lesão por Pressão



Nº Casos novos de LPP	Nº Pacientes-dia expostos ao risco de adquirir LPP
2º UTI 3 caso 6º UTI 1 caso	1029

Análise crítica: Em relação ao 1029 paciente/dia assistidos na UTI, foi notificado pela equipe de enfermagem 04 lesões por pressão (2 casos estágio II e 2 estágio III, sendo 3 pacientes Covid com

restrição as manipulações por instabilidade hemodinâmica com lesões região Sacral) associados a paciente de alto risco segundo score escala de Braden e com manipulações restritas pela equipe médica, por instabilidades hemodinâmicas graves, altas vazões de drogas vasoativas e em recrutamentos alveolares com parâmetros ventilatórios altos. Mesmo com toda barreira assistenciais preventivas implementadas, pela criticidade e fatores intrínsecos contribuíram para o aumento de LPP.

Plano ação:

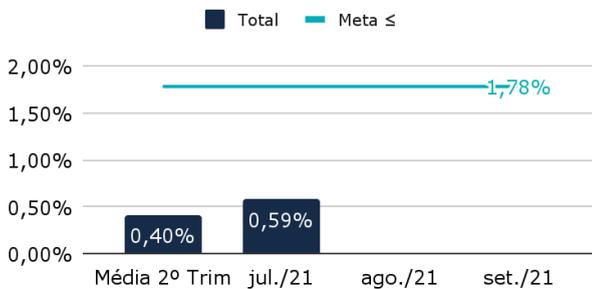
- Alinhado com equipe de nutrição para adequação do suporte nutricional.

- Em manipulações restritas pela equipe médica realizar descompressões de proeminências ósseas e hidratação da pele e uso de colchão perfilado implementado nos riscos de LPP evidenciados pela escala de Braden.
- Intensificar a supervisão e inspeções de pele, mudança de decúbitos conforme

prescrição de enfermagem e as barreiras assistenciais implementadas de acordo com riscos de LPP norteados pelo escala Braden, para que sejam aplicadas nos cuidados assistenciais.

5.3.7 Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

Saída não planejada de sonda



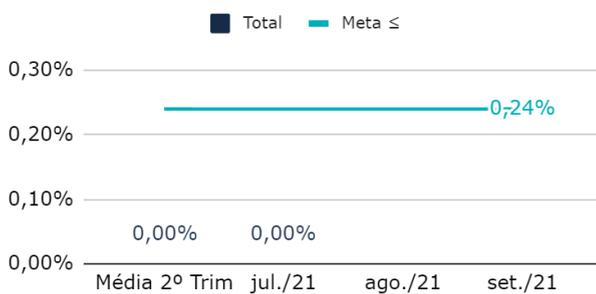
Nº saídas não planejadas de SONGE	Nº Pacientes-dia com SONGE
4	682

Análise crítica: Com relação aos 682 pacientes/dias em uso SONGE, no período avaliado ocorreram 04 saídas de cateteres enterais por saques acidentais, ocasionados pelos próprios pacientes neurológicos devido a agitação psicomotora e sem restrições químicas.

Plano Ação: Reitero a equipe a importância de manter a fixação e a troca da mesma após a higiene corporal.

5.3.7 Incidência de Flebite

Flebite

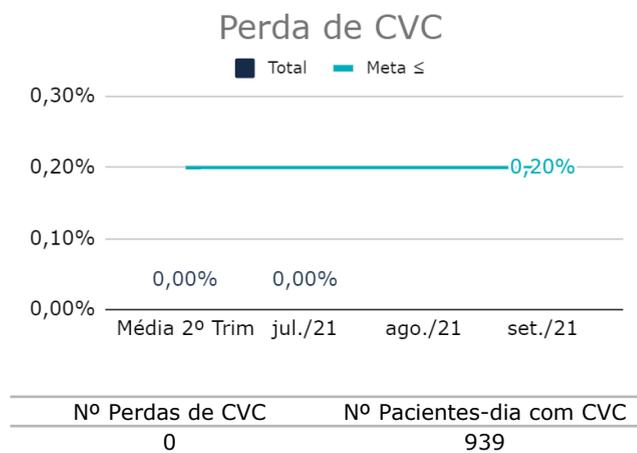


Nº Casos de flebite	Nº Pacientes-dia com AVP
0	333

Análise crítica: Não ocorreram notificações de flebite no período avaliado.

Plano Ação: Orientação da equipe a manter a inspeção dos sítios de inserções nas buscas e evidências de sinais flogísticos. Troca dos dispositivos vasculares conforme instituído e preconizado pela CCIH.

5.3.9 Incidência de perda de cateter venoso central (CVC)



Análise crítica: Em referência aos 939 pacientes/dia em uso de dispositivos intravasculares não houve notificações de eventos por saques acidentais.

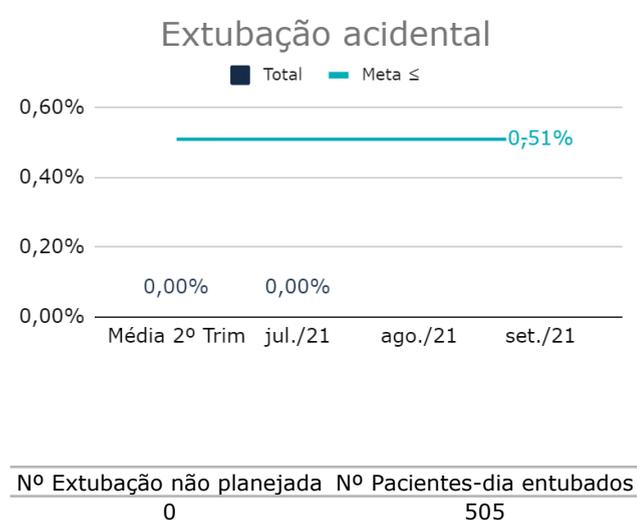
Plano de Ação : Orientações à equipe a redobrar atenção frente aos cuidados com dispositivos, nas manipulações assistenciais.

5.3.10 Incidência de perda de cateter central de inserção periférica (PICC)



Análise crítica: Na unidade terapia intensiva não está instituído o uso de dispositivos de inserções centrais periféricas.

5.3.11 Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal



Análise crítica: Foram 505 pacientes/dia em uso IOT e não ocorreram notificações de extubação acidentais.

Plano Ação: Medidas de orientações à equipe para atentar nas fixações de rima labial, troca frequente destas para minimizar riscos de saídas acidentais.

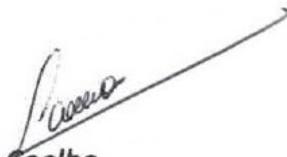
7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

No período de 31 dias, durante o processo de trabalho, ocorrem treinamentos *in loco* aos novos colaboradores, e reciclagem aos colaboradores atuais inseridos na Instituição como:

- Capacitação de RCP a equipe de enfermagem UTI 40 leitos.
- Apresentação dos indicadores assistenciais à equipe de enfermagem com objetivo de desenvolver a prática com excelência e segurança.
- Treinamento para equipe multidisciplinar no procedimento de aspiração com sistema fechado.



São Paulo, 12 de agosto de 2021.



Sirlene Dias Coelho
Coordenador Administrativo
CEJAM
RG: 13.580.195-3