ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2015

OBJETO: AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 538/2015 PARA GERENCIAMENTO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CENTRAL (UPA CENTRAL), DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – AVALIAÇÃO QUADRIMESTRAL DO ALCANCE DE METAS E RESULTADOS REFERENTE AOS MESES DE MAIO, JUNHO, JULHO E AGOSTO DE 2021.

No dia 27 de setembro de 2021, às 09:00 horas, na Sala de Reuniões da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, presentes os membros da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, subscritores da lista, anexa. Dando início aos trabalhos, o Sr. Denis relata que a presente reunião tem como escopo realizar a avaliação quadrimestral do POA, referente aos meses de maio, junho, julho e agosto / 2021, conforme segue:

Indicadores de Desempenho Qualitativos				
Nº	**Indicadores**	**Ação**	**Meta**	**Fonte de verificação**
1	Comissão de Humanização	Implantar as atividades propostas para o exercício, tendo como foco o funcionário.	Executar 100% das propostas apresentadas. **Pontuação:** Atingiu entre 100% a 80% da meta pontua 30. Abaixo não pontua.	Relatório / Ata apresentada pela Instituição.
Avaliação do Indicador: Apresentado pela instituição Relatório de atividades efetuadas bem como fotos dos eventos realizados sendo: **Maio**: Foi realizado café da manhã com todos os aniversariantes do mês - envolvendo todos profissionais que atuam em nossa unidade. Homenagem do dia das mães – onde houve seresta nos setores da unidade para os pacientes. Semana da Enfermagem – foi realizado a entrega de máscaras personalizadas e um café da manhã para os profissionais da enfermagem como reconhecimento por seu valor e pela incansável dedicação ao cuidado de todos nós **Junho:** Realizado Café da Manhã temático - Festa junina **Julho:** Realizado Café da Manhã com os aniversariantes do mês **Agosto:** Realizado Café da Manhã com os aniversariantes do mês **Avaliação do Indicador:** A comissão atribui atendimento integral ao indicador. **PONTUAÇÃO: 30 Pontos**				
2	Satisfação do Usuário	Realizar avaliação da satisfação dos pacientes durante as 24 horas garantindo amostragem mínima de 1%.	Manter a meta de 80% de satisfação positiva e responder 85% das queixas encaminhadas a UPA em até 72 horas. **Pontuação:** Atingiu 100% da meta pontua 50. Abaixo não pontua	Relatório consolidado apresentado pela Instituição.

Avaliação do Indicador: Apresentado pela Instituição estatística do grau de satisfação do usuário, com questionamentos por serviço disponibilizado e planilha para consolidação dos dados por setor com os seguintes dados:

Avaliação do Usuário

Maio: Realizado 117 pesquisas com **94,02%** de satisfação positiva ótimo / bom.
Junho: Realizado 99 pesquisas com **94,95%** de satisfação positiva ótimo / bom.
Julho: Realizado 98 pesquisas com **96,43%** de satisfação positiva ótimo / bom.
Agosto: Realizado 114 pesquisas com **94,30%** de satisfação positiva ótimo / bom.

Serviço de Atendimento ao Usuário

Maio: Foram realizados 05 atendimentos sendo pontuados:
Tempo de Espera 01 registro.
Assistência: 02 registros.
Elogio: 02 registros.
Das 03 reclamações efetuadas, 03 foram atendidas dentro das 72 horas preconizadas atingindo o percentual de 100%.

Junho: Foram realizados 11 atendimentos sendo pontuados:
Relação Profissional: 01 registro.
Tempo de Espera: 01 registro.
Assistência: 02 registros.
Elogio: 07 registros.
Das 04 reclamações efetuadas, 04 foram atendidas dentro das 72 horas preconizadas atingindo o percentual de 100%

Julho: Foram realizados 08 atendimentos sendo pontuados:
Tempo de Espera: 01 registro.
Assistência: 02 registros.
Elogio: 05 registros.
Das 03 reclamações efetuadas, 03 foram atendidas dentro das 72 horas preconizadas atingindo o percentual de 100%

Agosto: Foram realizados 05 atendimentos sendo pontuados:
Assistência: 02 registros.
Elogio: 03 registros.
Das 02 reclamações efetuadas, 02 foram atendidas dentro das 72 horas preconizadas atingindo o percentual de 100%
Média do Quadrimestre neste quesito: 94,92%

Avaliação do Indicador: A comissão atribui atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 50 Pontos.

3	Atividades de Educação Permanente	Manter ativa a área de educação permanente na unidade.	Executar 100% das atividades propostas para o quadrimestre, mantendo a equipe em contínua aprendizagem e atualização. **Pontuação:** Atingiu 100% da meta pontua 50	Relatório das atividades desenvolvidas previstas para o período apresentado pela Instituição.

Avaliação do Indicador: Apresentado pela Instituição relatório das atividades desenvolvidas no período avaliado, acompanhadas das respectivas listas de presença com as atividades da Educação Permanente para equipe e funcionários da UPA, bem como fotos dos eventos.

Maio:
Palestra: ÉTICA NA ENFERMAGEM
Palestrante: SUELI SAKUMOTO
Junho:
Palestra: RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO
Palestrante: SILVIA MARIA VICENTE VALERIO – Assistente Social
Julho:
Palestra: HUMANIZAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Palestrante: SUELI SAKUMOTO – Coordenadora de Enfermagem
Agosto:
Palestra: SEGURANÇA DO PACIENTE – IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES
Palestrante: SUELI SAKUMOTO E SILVIA MARIA VICENTE VALERIO

Avaliação do Indicador: A comissão atribui atendimento integral ao indicador
PONTUAÇÃO: 50 Pontos.

4	Integração com o Complexo Regulador Municipal.	Qualificar/ Atualizar diariamente as Informações Registradas Em SISREG.	Manter Em 80% O Nível De Atualização. **Pontuação:** Atingiu 100% da meta – 120 pontos. Atingiu entre 99% e 50% - 60 pontos. Abaixo não pontua.	Relatório Emitido pelo Departamento de Regulação Municipal da Secretaria Municipal de Saúde

		Realizar reunião mensal com o Departamento de Regulação Municipal para pactuações e alinhamentos.	Manter reunião mensal. **Pontuação:** Atingiu 100% da meta – 50 pontos. Atingiu entre 99% e 50% - 25 pontos. Abaixo não pontua.	Apresentar Ata das reuniões efetuadas Instituição.

Avaliação do Indicador:

4.1 Apresentado pelo Departamento de Regulação relatório com os seguintes dados:
Maio: 100%
Junho: 100%
Julho: 100%
Agosto:100%

Avaliação do Indicador: A comissão atribui atendimento integral ao indicador
PONTUAÇÃO: 120 Pontos.

4.2 Realizadas reuniões mensais com o Departamento de Regulação em:
Maio 31/05/2021
Junho 28/06/2021
Julho 29/07/2021
Agosto 26/08/2021.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui atendimento integral ao indicador
PONTUAÇÃO: 50 Pontos.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral aos indicadores.
PONTUAÇÃO TOTAL: 170 Pontos.

5	Comissão de Avaliação de Prontuário	Melhorar a qualidade da informação constante do prontuário.	Manter 100% das prescrições médicas checadas pela enfermagem na sala de emergência. **Pontuação:** Atingiu 100% da meta - 60 pontos. Atingiu entre 99% a 80% da meta – pontua 25	Relatório mensal emitido pela Instituição.
			Realizar evolução e/ou prescrição de enfermagem nos pacientes em observação	

			Pontuação: Atingiu 100% da meta - 60 pontos. Atingiu entre 99% a 80% da meta - pontua 25 Abaixo de 50% não pontua.	

Avaliação do Indicador: Apresentado pela instituição dados efetuados pela Comissão de Avaliação de Prontuário:
Maio:100% checagem na sala de emergência, 100% Evolução e/ou prescrição de enfermagem e 100% prescrição médica checada.
Junho: 100% checagem na sala de emergência, 100% Evolução e/ou prescrição de enfermagem e 100% prescrição médica checada.
Julho: 100% checagem na sala de emergência, 100% Evolução e/ou prescrição de enfermagem e 100% prescrição médica checada.
Agosto:100% checagem na sala de emergência, 100% Evolução e/ou prescrição de enfermagem e 100% prescrição médica checada.
Média quadrimestre: 100% checagem na sala de emergência, 100% Evolução e/ou prescrição de enfermagem e 100% prescrição médica checada.

5.1 Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO:60 Pontos.

5.2 Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO:60 Pontos.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral aos indicadores.
PONTUAÇÃO TOTAL: 120 Pontos

6	Comissões Institucionais: Revisão de Óbito, Ética Médica, Gerenciamento de Resíduos, Revisão de Prontuários, Padronização de Materiais de Equipamentos.	Demonstrar a efetiva atuação das comissões	Apresentar cópia das Atas das reuniões realizadas no período avaliado, com no mínimo 70% de presença dos membros das comissões. **Pontuação:** Atingiu 100% da meta pontua 60, abaixo não pontua.	Cópia das Atas e documentos do indicador alusivo ao período devidamente assinado por parte da Instituição.

Avaliação do Indicador: Apresentado pela Instituição atas das reuniões efetuadas nas seguintes datas:

Maio: Comissão de Revisão de Óbitos realizada em 01/05/2021;
Comissão de Ética Médica realizada em 24/05/2021.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos realizada em 17/05/2021
Comissão de Revisão de Prontuários realizada em 24/05/2021
Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos realizada em 24/05/2021.

Junho: Comissão de Revisão de Óbitos realizada em 01/06/2021;
Comissão de Ética Médica realizada em 24/06/2021.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos realizada em 17/06/2021
Comissão de Revisão de Prontuários realizada em 24/06/2021
Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos realizada em 24/06/2021.

Julho: Comissão de Revisão de Óbitos realizada em 06/07/2021;
Comissão de Ética Médica realizada em 29/07/2021.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos realizada em 22/07/2021
Comissão de Revisão de Prontuários realizada em 29/07/2021
Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos realizada em 29/07/2021

Agosto: Comissão de Revisão de Óbitos realizada em 03/08/2021;
Comissão de Ética Médica realizada em 26/08/2021.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos realizada em 19/08/2021
Comissão de Revisão de Prontuários realizada em 26/08/2021
Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos realizada em 26/08/2021.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 60 Pontos.

7	Protocolos Clínicos	Instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade RDC 36 de 25 de julho de 2013.	**3° Quadrimestre:** Implantar sistemática de notificação de eventos adversos. **Pontuação:** Apresentou 100% das ações pontua 80 pontos.	Protocolo apresentado pela Instituição.

Avaliação do Indicador: Apresentado pela Instituição as seguintes informações:

Maio: Intensificação das ações em cima das atividades: Identificação do paciente e Prevenção de queda, com intuito de fortalecer a enfermagem no que se refere a segurança do paciente para podemos posteriormente realizar a implantação da sistemática das notificações de eventos adversos.

Junho: Continuação da Implantação de identificação de paciente. O protocolo de segurança do paciente foi desenvolvido e está sendo implantado como ferramenta de cuidados, e vem de encontro às necessidades e anseios dos profissionais da urgência e emergência.

O protocolo de identificação do paciente possui como intuito garantir que o usuário receba corretamente os cuidados para o seu caso. Erros de reconhecimento podem acontecer desde a recepção até a alta do serviço prestado, ou seja, em todas as fases.
Para isso é preciso fazer um trabalho de conscientização dos profissionais, aprimorando a cultura de segurança do paciente.

Julho: Programação – SEGURANÇA PACIENTE – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Sensibilização de toda equipe sobre a identificação do paciente
Realizando reuniões com toda equipe da UPA Central

- Recepção;
- Controlador de Acesso;
- Nutrição;
- Equipe de enfermagem;
- Gesso;
- Raio X;
- Serviço social;
- Odonto;
- Administrativo;
- Equipe Limpeza;
- Médicos;
- Equipe de Manutenção;
- Farmácia

Agosto: SEGURANÇA PACIENTE – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Mantemos trabalhando as capacitações e monitoramento da equipe.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 80 Pontos.

8	Consultas Médicas e Não Médicas	Disponibilizar equipe assistencial em número adequado para promover consultas em clínica médica, clínica ortopédica, clínica pediátrica e odontológica	**Pontuação:** Atingiu 100% da meta pontua 100. Atingiu de 99% a 70% da meta pontua 50 Abaixo de 70% não pontua.	Disponibilização da escala médica e não médica por parte da Instituição.

Avaliação do Indicador: Apresentado pela instituição escala médica e não médica de todos os profissionais referente aos meses de maio, junho, julho e agosto/2021.

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 100 Pontos.

	Indicadores de Desempenho Quantitativos			
Nº	**Indicadores**	**Ação**	**Meta**	**Fonte de verificação**
1	Exames Diagnósticos	Disponibilizar equipamento adequado para atender aos exames laboratoriais, gráficos (ECG) e de imagem (RX e USG), respeitando o teto físico de 19.250 exames/mês	Ofertar 100% da capacidade operacional de exames diagnósticos pactuados. **Pontuação:** Atingiu 100% da meta pontua 100. Atingiu de 99% a 70% da meta pontua 50 Abaixo de 70% não pontua.	Processamento SIA/SUS - DATASUS emitido pelo Departamento de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

Avaliação do Indicador Apresentado pela Instituição quantitativo de procedimentos realizados de Raio X, Laboratório, USG e Eletro. Os dados de produção são fornecidos pelo DEREG por meio dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde

Maio: Raio X :2.771 / **Laboratório**:14.714 / **ECG**: 470, **USG**: 75 / **Total: 18.030**
Junho: Raio X: 2.760/ **Laboratório**: 15.731 / **ECG**: 551 / **USG**: 99 / **Total:19.141**
Julho: Raio X: 2.494 / **Laboratório**: 12.933 / **ECG**: 552 / **USG**: 90 / **Total:16.069**
Agosto: Raio X: 3.155 / **Laboratório**: 12.665 / **ECG**: 664 / **USG**: 67 / **Total:16.551**

Total Quadrimestre: Raio X:11.180 / **Laboratório**: 56.043/ **ECG**: 2.237 / **USG**:324 / **Total:69.784**

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 100 Pontos.

2	Procedimentos Ambulatoriais	Disponibilizar capacidade técnica e de infraestrutura para atender aos procedimentos de sutura, curativo, inalação, imobilização e odontologia, respeitando o teto físico de 3.700 procedimentos/mês	Ofertar 100% da capacidade operacional nas 24 horas quanto a realização dos procedimentos. **Pontuação:** Atingiu 100% da meta pontua 100. Atingiu de 99% a 70% da meta pontua 50 Abaixo de 70% não pontua.	Processamento SIA/SUS - DATASUS emitido pelo Departamento de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

Avaliação do Indicador: A Instituição apresenta tabelas dos procedimentos. Os dados de produção são fornecidos pela DEREG por meio dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde.

Maio: Inalação: 65 / **Sutura:** 59 / **Imobilização:** 242 / **Curativo:** 175 / **Odonto:** 403 – **Total: 944**
Junho: Inalação: 08 / **Sutura**: 49 / **Imobilização:** 343 / **Curativo**: 209 / **Odonto:** 401 - **Total: 1.010**
Julho: Inalação: 13 / **Sutura**: 54 / **Imobilização:** 248 / **Curativo**: 341 / **Odonto:** 485 **Total: 1.141**
Agosto: Inalação: 09 / **Sutura:** 75 / **Imobilização:** 295 / **Curativo:** 269 / **Odonto**: 501 **Total: 1.149**

Total do Quadrimestre: Inalação:95 /**Sutura**: 237 /**Imobilização:** 1.128 /**Curativo:** 994/ **Odonto**:1.790–**Total: 4.244**

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 100 Pontos.

3	**Classificação de Risco**	Manter monitoramento gerencial de tempo de espera por consulta médica após acolhimento na classificação de risco, estratificando a origem do paciente.	Apresentar os demonstrativos mensais estratificados conforme protocolo de classificação de risco estabelecido pelo município, monitorando tempo de espera para consulta médica após respectivo acolhimento. **Atendimento em até:** * Vermelho – Imediato * Amarelo – até 30 Minutos. * Verde – Até 02 horas. * Azul – Até 04 horas. **Pontuação:** Atingiu 100% da meta pontua 70, abaixo não pontua	Relatório apresentado pela Instituição extraído do sistema INTEGRA.
		Manter monitoramento gerencial de tempo de espera entre a chegada à unidade e a efetiva classificação de risco.	Apresentar os demonstrativos mensais estratificados de monitoramento de intervalo de tempo entre a chegada do usuário na UPA e o início da classificação de risco em até 10 minutos. **Pontuação:** Atingiu 100% da meta pontua 70, abaixo não pontua	Relatório apresentado pela Instituição extraído do sistema INTEGRA.

Avaliação do Indicador:

3.1 - Apresentado pela Instituição os seguintes dados extraídos de relatório oficial:
Maio: Amarelo: 00:28:43 – **Verde:** 00:56:27 – **Azul :**01:08:50
Junho: Amarelo: 00:23:31 – **Verde:** 00:46:11 – **Azul:**00:54:31
Julho: Amarelo: 00:28:11 – **Verde:** 00:45:28 – **Azul:**00:52:06
Agosto: Amarelo: 00:20:44 – **Verde:** 00:38:18 – **Azul:**00:42:58

Origem do paciente:
Maio:
Vemelho: Santos: 30 (97%) – **S.Vicente:** 01 (3%) – **P.Grande:** 0 (0%) – **Guarujá**: 0 (%) – **Cubatão:** 0 (0%).
Amarelo: Santos: 721 (78%) – **S.Vicente:** 147 (16%) – **P.Grande:** 35 (4%) – **Guarujá**: 09 (1%) – **Cubatão:**09 (1%).
Verde: Santos: 2.148 (80%) – **S.Vicente:** 426 (16%) – **P.Grande:** 61 (2%) – **Guarujá**: 15 (1%) – **Cubatão:** 36 (1%).
Azul: Santos: 3.017 (82%) – **S.Vicente:** 562 (15%) – **P.Grande:** 71 (2%) – **Guarujá**:17 (0%) – **Cubatão:** 34 (1%).

Junho:
Vemelho: Santos: 38 (93%) – **S.Vicente:** 02 (5%) – **P.Grande:** 0 (0%) – **Guarujá**:0 (0%) – **Cubatão:** 01 (2%).
Amarelo: Santos: 770 (79%) – **S.Vicente:** 155 (16%) – **P.Grande:** 26 (3%) – **Guarujá**:13 (1%) – **Cubatão:** 12 (1%).
Verde: Santos: 1.973 (80%) – **S.Vicente:** 395 (16%) – **P.Grande:** 63 (3%) – **Guarujá**:16 (1%) – **Cubatão:** 29 (1%).
Azul: Santos: 2.225 (79%) – **S.Vicente:** 484 (17%) – **P.Grande:** 62 (2%) – **Guarujá**:22 (1%) – **Cubatão:** 27 (1%).

Julho:
Vemelho: Santos: 38 (93%) – **S.Vicente:** 0 (0%) – **P.Grande:** 01 (2%) – **Guarujá**:0 (0%) – **Cubatão:** 02 (5%).
Amarelo:Santos: 818 (81%) – **S.Vicente:** 135(13%) – **P.Grande:** 31 (3%) – **Guarujá**:13 (1%) – **Cubatão:**10 (1%).
Verde: Santos: 2.106 (79%) – **S.Vicente:** 403 (15%) – **P.Grande:** 86 (3%) – **Guarujá**:19 (1%) – **Cubatão:** 39 (1%).
Azul: Santos:2.326 (80%) – **S.Vicente:** 461 (16%) – **P.Grande:** 48 (2%) – **Guarujá**: 13 (1%) – **Cubatão:** 24 (1%).

Agosto:
Vemelho: Santos: 19 (79%) – **S.Vicente:** 04 (17%) – **P.Grande:** 01 (4%) – **Guarujá**:0 (0%) – **Cubatão:** 0 (0%).
Amarelo:Santos: 781 (80%) – **S.Vicente:** 129 (13%) – **P.Grande:** 36 (4%) – **Guarujá**: 18 (2%) – **Cubatão:** 11 (1%).
Verde: Santos: 2.273(80%) – **S.Vicente:** 426 (15%) – **P.Grande:** 85 (3%) – **Guarujá**: 30 (1%) – **Cubatão:** 37 (1%).
Azul: Santos: 2.817 (82%) – **S.Vicente**: 484 (14%) – **P.Grande:** 79 (2%) – **Guarujá**: 22 (1%) – **Cubatão:** 35 (1%).

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 70 Pontos.

Avaliação do Indicador:
3.2 - Apresentado pela Instituição os seguintes dados extraídos de relatório oficial:
Maio: Totem para Classificação:00:09:23; **Classificação para o Cadastro:**00:06:04; **Cadastro para o atendimento Médico:** 00:50:56
Junho: Totem para Classificação:00:07:44; **Classificação para o Cadastro:**00:07:58; **Cadastro para o atendimento Médico:** 00:45:15
Julho: Totem para Classificação:00:09:09; **Classificação para o Cadastro:**00:09:32; **Cadastro para o atendimento Médico:** 00:45:05
Agosto: Totem para Classificação:00:07:08; **Classificação para o Cadastro:**00:07:45; **Cadastro para o atendimento Médico:** 00:37:36

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral ao indicador.

PONTUAÇÃO: 70 Pontos

Avaliação do Indicador: A comissão atribui o atendimento integral aos indicadores.
PONTUAÇÃO TOTAL: 140 Pontos.

A somatória dos indicadores totaliza 1.000 pontos, por onde aferimos que o enquadramento do cumprimento de metas para o disposto no parágrafo quinto da cláusula quinta do Contrato de Gestão perfaz o percentual do valor da parte variável de 100% (cem por cento).
Nada mais sendo exposto, no silêncio, foi encerrada a presente reunião às 00:00
Sendo a presente Ata assinada por todos os presentes, conforme lista anexa, parte integrante da mesma.

DENIS VALEJO CARVALHO – Presidente _____

ALEXANDRA OLIVEIRA DE ANDRADE NUNES – Suplente _____

MARCO SERGIO NEVES DUARTE – Membro _____

JAKELYNE FERNANDES DE SOUZA – Suplente _____

ARIANA JULIÃO RAMOS GAMEIRO – Membro _____

CRISTIAN MARK WEISER – Suplente _____

MÁRCIA SUCOMINE – Membro _____

ADRIANO CATAPRETA LUGON RIBEIRO – Suplente _____

CRISTIANE PACHECO BOMS – Membro _____

DEVANIR PAZ – Suplente _____

LUIZ ANTONIO DA SILVA – Membro _____

IDRENO DE ALMEIDA – Suplente _____

LUIZ SPINDOLA – Convidado _____

MARIA DE FATIMA GOMES DE SOUSA - Convidada _____

CATIANA LEME BRAGA – Convidada _____

Upa Central

ZILVANI GUIMARÃES – UPA CENTRAL _____

MILENA COCCARO – UPA CENTRAL _____

DECLARAÇÃO

INDICADOR DE DESEMPENHO UPA CENTRAL

PERÍODO 2º QUADRIMESTRE DE 2021

04	INTEGRAÇÃO COM O COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL	Qualificar/Atualizar diariamente as informações registradas em SISREG.	Manter em 80% o nível de atualização. Pontuação: Atingiu 100% da meta: 120 pontos. Atingiu entre 99% e 50%: 60 pontos. Abaixo: não pontua.	Meta 100% Atingida.
		Realizar reunião mensal com o Departamento de Regulação Municipal para pactuações e alinhamentos.	Manter reunião mensal. Pontuação: Atingiu 100% da meta: 50 pontos. Atingiu entre 99% e 50%: 25 pontos. Abaixo: não pontua.	Apresentar Ata das Reuniões efetuadas na Instituição.

Santos, 22 de setembro de 2021.

Silvia de A. Mendes Andrade
Chefe de Seção Controle de Vagas
SECONVAG / COACE / DEREG / SMS
Reg. 25.320-3

Silvia de Almeida Mendes Andrade
Chefe da SECONVAG

Santos

SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO
COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO
SEÇÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE

UPA CENTRAL SANTOS - PRODUÇÃO 2º QUADRIMESTRE POA (MÊS DE APRESENTAÇÃO)
MAIO A AGOSTO/2021

EXAMES DIAGNÓSTICOS					
	MAI	JUN	JUL	AGO	Total
EXAMES LABORATORIAIS	14.714	15.731	12.933	12.665	**56.043**
RAIO-X	2.771	2.760	2.494	3.155	**11.180**
ELETROCARDIOGRAFIA	470	551	552	664	**2.237**
ULTRASSONOGRAFIA	75	99	90	67	**324**
Total	**18.030**	**19.141**	**16.069**	**16.551**	**69.784**

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS					
Procedimento[2008+	MAI	JUN	JUL	AGO	Total
INALAÇÃO	65	8	13	9	**95**
IMOBILIZAÇÃO	242	343	248	295	**1.128**
CURATIVO	175	209	341	269	**994**
SUTURA	59	49	54	75	**237**
ODONTOLOGIA *	403	401	485	501	1.783
Total	**944**	**1.010**	**1.141**	**1.149**	**4.237**

1770
0240

*O TOTAL DE PROCEDIMENTOS DE ODONTOLOGIA NÃO INCLUI OS PROCEDIMENTOS JÁ COMPUTADOS ANTERIORMENTE (RADIOGRAFIAS, SUTURAS E CURATIVOS).

FONTE: SIASUS/TABWIN
SEACONT/SMS

Santos SAUDÁVEL Secretaria de Saúde