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 JANEIRO, FEVEREIRO, MARÇO E ABRIL DE 2021.

No dia 31 de maio de 2021, às 14:00 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 janeiro, fevereiro, março e abril / 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: **Janeiro:** Realizado Café da Manhã com os aniversariantes **Fevereiro:** Realizado Café da Manhã com os aniversariantes (Carna UPA) **Março:** Realizado Café da Manhã com os aniversariantes **Abril:** Realizado Café da Manhã com os aniversariantes Deu-se o 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** **Janeiro:** Realizado 116 pesquisas com **94,40%** de satisfação positiva ótimo / bom. **Fevereiro:** Realizado 125 pesquisas com **94,40%** de satisfação positiva ótimo / bom. **Março:** Realizado 137 pesquisas com **93,43%** de satisfação positiva ótimo / bom.				

Abril: Realizado 127 pesquisas com **95,28%** de satisfação positiva ótimo / bom.

Serviço de Atendimento ao Usuário

Janeiro: Foram realizados 10 atendimentos sendo pontuados:
Tempo de Espera 03 registros.
Assistência: 04 registros.
Elogio: 03 registros.
Das 07 reclamações efetuadas, 07 foram atendidas dentro das 72 horas preconizadas atingindo o percentual de 100%.

Fevereiro: Foram realizados 07 atendimentos sendo pontuados:
Relação Profissional: 02 registros.
Conservação/Estrutura: 01 registro.
Assistência: 02 registros.
Elogio: 02 registros.
Das 05 reclamações efetuadas, 05 foram atendidas dentro das 72 horas preconizadas atingindo o percentual de 100%

Março: Foram realizados 07 atendimentos sendo pontuados:
Tempo de Espera 02 registros.
Assistência: 02 registros.
Elogio: 03 registros.
Das 04 reclamações efetuadas, 04 foram atendidas dentro das 72 horas preconizadas atingindo o percentual de 92,85%

Abril: Foram realizados 08 atendimentos sendo pontuados:
Tempo de Espera 03 registros.
Assistência: 01 registro.
Elogio: 04 registros.
Das 04 reclamações efetuadas, 04 foram atendidas dentro das 72 horas preconizadas atingindo o percentual de 100%
Média do Quadrimestre neste quesito: 94,38%

Deu-se o atendimento integral do 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.
Janeiro: - Palestra – Diversidade na saúde: A Importância de saber tratar quem é LGBT+ - Palestrante: Taiana

Miyake realizada em 21/01/2021.
Fevereiro: - Reuniões realizadas com os funcionários referente a Dengue/Chicungunya.
Março: - Devido ao aumento dos casos, foram mantidas as reuniões com os funcionários referente a Dengue/Chicungunya.
- Nova reunião do comitê – COVID-19 – realizada em 05/03/2021
Abril: - Palestra "Preparo e uso do ácido peracético e detergente enzimático" – Palestrante Sueli Sakumoto

Deu-se o 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:
Janeiro:100%
Fevereiro: 100%
Março: 100%
Abril: 100%

Deu-se o atendimento integral do indicador.
PONTUAÇÃO: 120 Pontos.

4.2 Realizadas reuniões com o Departamento de Regulação em: 29/01/2021, 26/02/2021 e 27/04/2021.
Obs.: No mês de março não foi realizada a reunião devido a Fase Emergencial de 15 de março a 11 de abril.
Relatório DEREG apresentado com 80 % de atualização do sistema.

Deu-se o atendimento integral do indicador.
PONTUAÇÃO: 50 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:
Janeiro:100% checagem na sala de emergência, 100% Evolução e/ou prescrição de enfermagem e 100% prescrição médica checada.
Fevereiro: 100% checagem na sala de emergência, 100% Evolução e/ou prescrição de enfermagem e 100% prescrição médica checada.
Março: 100% checagem na sala de emergência, 100% Evolução e/ou prescrição de enfermagem e 100% prescrição médica checada.
Abril: 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 Deu-se o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO:60 Pontos.

5.2 Deu-se o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO:60 Pontos.

6	Comissões Institucionais: Revisão de Óbito, Ética Médica, Gerenciamento de	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.

	Resíduos, Revisão de Prontuários, Padronização de Materiais de Equipamentos.			

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

Janeiro: Comissão de revisão de Óbitos realizada em 07/01/2021;
Comissão de Ética Médica realizada em 28/01/2021.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos realizada em 22/01/2021
Comissão de Revisão de Prontuários realizada em 28/01/2021
Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos realizada em 29/01/2021.

Fevereiro: Comissão de revisão de Óbitos realizada em 05/02/2021;
Comissão de Ética Médica realizada em 25/02/2021.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos realizada em 18/02/2021
Comissão de Revisão de Prontuários realizada em 25/02/2021
Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos realizada em 25/02/20210.

Março: Comissão de revisão de Óbitos realizada em 05/03/2021;
Comissão de Ética Médica realizada em 25/03/2021.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos realizada em 18/03/2021
Comissão de Revisão de Prontuários realizada em 25/03/2021
Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos realizada em 25/03/2021

Abril: Comissão de revisão de Óbitos realizada em 02/04/2021;
Comissão de Ética Médica realizada em 29/04/2021.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos realizada em 22/04/2021
Comissão de Revisão de Prontuários realizada em 29/04/2021
Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos realizada em 29/04/2021.

Deu-se 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.	**1º Quadrimestre:** Implantar Núcleo, Plano e Protocolo de Segurança do Paciente. **2° Quadrimestre:** Implantar metodologia de gestão de riscos (identificação, análise e monitoramento) **3° Quadrimestre:** Implantar sistemática de notificação de eventos adversos.	Protocolo apresentado pela Instituição.

			Pontuação: Apresentou 100% das ações pontua 80 pontos.	

Avaliação do Indicador: Apresentado pela Instituição as seguintes informações:
Janeiro: Núcleo implantado, POP'S finalizados e realizados treinamentos.
Fevereiro: **Prevenção de queda** : Apresentação e fixação do protocolo nos sítios funcionais; Obrigatoriedade de inclusão de "Risco de Queda" e medidas preventivas no SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem); Prescrição de Enfermagem; Orientação aos Técnicos de Enfermagem e Supervisão e orientação dos Enfermeiros.
Março: **Prevenção de queda – continuação**: Obrigatoriedade de inclusão de "Risco de Queda" e medidas preventivas no SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem); Prescrição de Enfermagem; Orientação aos Técnicos de Enfermagem; Supervisão e orientação dos Enfermeiros.
Identificação do paciente: -Implantação de colocação de pulseiras de identificação do paciente, constando nome completo, data de nascimento e data de admissão, nome da mãe, em todos os pacientes que estiverem ocupando leiro ou maca, nos seguintes setores: Sala de Emergência, Observação Adulto, Observação Pediátrica; Inclusive respeitando as indicações especiais constantes do protocolo; Identificação no leito do paciente, contendo nome completo, data de nascimento, data de admissão, de todos os pacientes que estiverem em leito ou maca, na sala de Emergência, na Observação Adulto, na Observação Pediátrica.
Abril: **Prevenção de Lesão por Pressão:** Apresentação do protocolo de prevenção de lesão por pressão; Obrigatoriedade de inclusão de "Risco de Lesão por Pressão" e medidas preventivas no SAE/Prescrição de Enfermagem; Colocação de indicador de troca de mudança de decúbito, na cabeceira do paciente, em intervalo de tempo determinado pela avaliação do enfermeiro; Coordenação e supervisão do enfermeiro, para que as medidas de prevenção sejam executadas satisfatoriamente.

Deu-se o atendimento 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 janeiro, fevereiro, março e abril 2021.

Deu-se 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

Janeiro: Raio X :2.713 / **Laboratório**:12.158 / **ECG**: 461, **USG**: 74 / **Total: 15.406**
Fevereiro: Raio X: 4.146/ **Laboratório**: 13.236 / **ECG**: 518 / **USG**: 53 / **Total:17.953**
Março: Raio X: 2.658 / **Laboratório**: 13.209 / **ECG**: 465 / **USG**: 53 / **Total:16.385**
Abril: Raio X: 2.438 / **Laboratório**: 15.884 / **ECG**: 492 / **USG**: 50 / **Total:18.864**
Total Quadrimestre: Raio X:11.955 / **Laboratório**: 54.487 / **ECG**: 1.936 / **USG**:230 / **Total:68.608**

Dá-se 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.
Janeiro: Inalação: 54 / **Sutura:** 88 / **Imobilização:** 370 / **Curativo:** 267 / **Odonto:**870 – **Total: 1.649**

Fevereiro: Inalação: 77 / **Sutura**: 103 / **Imobilização:** 319 / **Curativo**: 261 / **Odonto:** 837 - **Total: 1.597**
Março: Inalação: 66 / **Sutura**: 80 / **Imobilização:** 323 / **Curativo**: 175 / **Odonto:** 652 **Total: 1.296**
Abril: Inalação: 56 / **Sutura:** 71 / **Imobilização:** 236 / **Curativo:**226 / **Odonto**: 390 **Total: 979**
Total do Quadrimestre: Inalação: 253 / **Sutura**: 342 / **Imobilização:** 1.248 / **Curativo:** 929 / **Odonto**: 2.745 – **Total:5.517**

Dá-se o atendimento integral a este quesito.
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 inicio 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:
Janeiro: Amarelo: 00:24:27 – **Verde:** 00:52:01 – **Azul :**01:05:10
Fevereiro: Amarelo: 00:28:46 – **Verde:** 00:01:06 – **Azul :**01:17:53
Março: Amarelo: 00:29:56 – **Verde:** 01:06:53 – **Azul :**01:30:47
Abril: Amarelo: 00:27:57 – **Verde:** 00:55:58 – **Azul :**01:17:53

Origem do paciente:
Janeiro:

Vemelho: Santos: 54 (92%) – **S.Vicente:** 0 (0%) – **P.Grande:** 2 (3%) – **Guarujá**: 02 (3%) – **Cubatão:** 1 (2%).
Amarelo: Santos: 1.017 (77%) – **S.Vicente:** 221 (17%) – **P.Grande: 47** (4%) – **Guarujá**: 18 (1%) – **Cubatão:** 11 (1%).
Verde: Santos: 2.342 (78%) – **S.Vicente:** 562 (19%) – **P.Grande:** 55 (2%) – **Guarujá**: 33 (1%) – **Cubatão:** 24 (1%).
Azul: Santos: 2.269 (78%) – **S.Vicente:** 562 (19%) – **P.Grande:** 40 (1%) – **Guarujá**:18 (1%) – **Cubatão:** 26 (1%).

Fevereiro:
Vemelho: Santos: 34 (87%) – **S.Vicente:** 02 (5%) – **P.Grande:** 02 (5%) – **Guarujá**:0 (0%) – **Cubatão:** 1 (3%).
Amarelo: Santos: 931 (79%) – **S.Vicente:** 187 (16%) – **P.Grande:** 33 (3%) – **Guarujá**:18 (2%) – **Cubatão:** 08 (1%).
Verde: Santos: 2.299 (75%) – **S.Vicente:** 620 (20%) – **P.Grande: 94** (3%) – **Guarujá**:16 (1%) – **Cubatão:** 26 (1%).
Azul: Santos: 2.516 (74%) – **S.Vicente:** 757 (22%) – **P.Grande:** 60 (2%) – **Guarujá**:37 (1%) – **Cubatão:** 30 (1%).

Março:
Vemelho: Santos: 47 (87%) – **S.Vicente:** 05 (9%) – **P.Grande:** 01 (2%) – **Guarujá**:0 (0%) – **Cubatão:** 1 (2%).
Amarelo:Santos: 995 (81%) – **S.Vicente:** 184(15%) – **P.Grande:** 34 (3%) – **Guarujá**:10 (1%) – **Cubatão:**13 (1%).
Verde: Santos: 2.581 (77%) – **S.Vicente:** 682 (20%) – **P.Grande:** 57 (2%) – **Guarujá**:22 (1%) – **Cubatão:** 23 (1%).
Azul: Santos:2.807 (74%) – **S.Vicente:** 840 (22%) – **P.Grande:** 62 (2%) – **Guarujá**: 25 (1%) – **Cubatão:** 35 (1%).

Abril:
Vemelho: Santos: 29 (88%) – **S.Vicente:** 04 (12%) – **P.Grande:** 0 (0%) – **Guarujá**:0 (0%) – **Cubatão:** 0 (0%).
Amarelo:Santos: 801 (79%) – **S.Vicente:** 156 (15%) – **P.Grande:** 37 (4%) – **Guarujá**: 10 (1%) – **Cubatão:** 08 (1%).
Verde: Santos: 2.453(80%) – **S.Vicente:** 497 (16%) – **P.Grande:** 61 (2%) – **Guarujá**: 16 (1%) – **Cubatão:** 29 (1%).
Azul: Santos: 2.940 (79%) – **S.Vicente: 651** (18%) – **P.Grande:** 61 (2%) – **Guarujá**: 17 (0%) – **Cubatão:** 39 (2%).

Da-se o atendimento integral a este quesito.
PONTUAÇÃO: 70 Pontos.

Avaliação do Indicador:
3.2 - Apresentado pela Instituição os seguintes dados extraídos de relatório oficial:
Janeiro: Totem para Classificação:00:09:52; **Classificação para o Cadastro:**00:10:08 ; **Cadastro para o atendimento Médico:** 00:51:18
Fevereiro: Totem para Classificação:00:09:58 ; **Classificação para o Cadastro:**00:08:03 ; **Cadastro para o atendimento Médico:** 01:14:18
Março: Totem para Classificação:00:09:27 ; **Classificação para o Cadastro:**00:07:58 ; **Cadastro para o atendimento Médico:** 01:13:12
Abril: Totem para Classificação:00:09:10; **Classificação para o Cadastro:**00:06:10; **Cadastro para o atendimento Médico:** 01:01:36

Dá-se o atendimento integral ao indicador.
PONTUAÇÃO: 70 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 09:50
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 ausente

MÁRCIA SUCOMINE – Membro ausente

ADRIANO CATAPRETA LUGON RIBEIRO – Suplente ausente

CRISTIANE PACHECO BOMS – Membro ausente

DEVANIR PAZ – Suplente ausente

LUIZ ANTONIO DA SILVA – Membro ausente

IDRENO DE ALMEIDA – Suplente ausente

LUIZ SPINDOLA – Convidado _____

MARIA DE FATIMA GOMES DE SOUSA - Convidada Fatima Sousa

CATIANA LEME BRAGA – Convidada _____

ZILVANI GUIMARÃES – UPA CENTRAL _____

MILENA COCCARO – UPA CENTRAL _____