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 SETEMBRO, OUTUBRO, NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2020.

No dia 10 de Fevereiro de 2021, às 09:15 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 setembro, outubro, novembro e dezembro / 2020, 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: **Setembro:** Realizado festa de aniversariante do mês, envolvendo todos os profissionais que atuam na unidade.Também foi efetuado a campanha Setembro amarelo de prevenção ao Suicídio, voltado aos usuários dos Centros de Atenção Psicosocial (CAPS), trabalhadores da área da Saúde e estudantes universitários.Os funcionários da Unidade foram convidados a utilizar uma peça de cor amarela. **Outubro:**Realizado campanha de concientização e prevenção ao Câncer de Mama, com a utilização de roupas com a cor rosa nas quintas e sextas feiras do mês, também foi realizado decoração da unidade em prol da causa. **Novembro:**Realizado festa dos aniversariantes do mês nos dias 26 e 27 de novembro.Também foi efetuado a campanha Novembro azul de concientização do cancer de prostata com a decoração da unidade em prol da causa. **Dezembro:**Efetuado festa de confraternização com todos os profissionais que atuam na unidade. 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:

Setembro: Realizado 131 pesquisas com **92,75%** de satisfação positiva ótimo / bom.
Outubro: Realizado 162 pesquisas com **92,90%** de satisfação positiva ótimo / bom.
Novembro: Realizado 122 pesquisas com **91,39%** de satisfação positiva ótimo / bom.
Dezembro: Realizado 117 pesquisas com **90,17%** de satisfação positiva ótimo / bom.

Serviço de atendimento ao usuário

Setembro: Foram registrados 11 atendimentos sendo: 03 registros sobre assistência e 08 elogios. As demandas referentes assistência foram solucionados dentro das 72 horas atingindo assim **100%** da meta.
Outubro: Foram registrados 10 atendimentos sendo: 02 registros relacionamento profissional x usuário, 01 registro de tempo de espera, 03 registros em relação a assistência e 04 elogios. Das 06 reclamações efetuadas foram solucionadas dentro das 72 horas atingindo assim **100%** da meta.
Novembro: Foram registrados 09 atendimentos sendo: 01 registro por tempo de espera, 01 registro referente a assistência e 07 registros de elogios. As 02 reclamações efetuadas foram solucionadas dentro das 72 horas atingindo assim **100%** da meta.
Dezembro: Foram registrados 04 atendimentos sendo:01 registro pelo tempo de espera, 01 registro referente a assistência e 02 registros sobre relacionamento profissional x usuários. As 04 reclamações efetuadas foram solucionadas dentro das 72 horas, atingindo assim **100%** da meta.

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 relatório com as atividades realizadas sendo:
Setembro: Palestra ETICA PROFISSIONAL – Estudo do caso realizada em 17/09/2020.
Palestrantes: Silvia Maria Vicente Valério e Sueli Sakamoto
Outubro: Palestra "Um toque que faz a diferença" realizada em 29/10/2020
Palestrante: Evellyn Vassão Almeida
Novembro: Implantação da Segurança do paciente realizada em 19/11/2020. Reunião realizada devido aos protocolos clínicos.
Palestra "A melhor prevenção é a valorização da vida" realizada em 24/11/2020.
Palestrante: Evellyn Vassão Almeida.
Dezembro: Palestra IST / AIDS nos serviços de urgência realizada em 03/12/2020.
Palestrante:Neide Gravato.

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:
Setembro:100%
Outubro: 100%
Novembro: 100%
Dezembro: 100%
Deu-se o atendimento integral do indicador.
PONTUAÇÃO: 120 Pontos.

4.2 Realizadas reuniões com o Departamento de Regulação em: 24/09/2020, 27/10/2020, 26/11/2020 e 18/12/2020
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:
Setembro:100% checagem na sala de emergência, 100% Evolução e/ou prescrição de enfermagem e 100% prescrição médica checada.
Outubro: 100% checagem na sala de emergência, 100% Evolução e/ou prescrição de enfermagem e 100% prescrição médica checada.
Novembro: 100% checagem na sala de emergência, 100% Evolução e/ou prescrição de enfermagem e 100% prescrição médica checada.
Dezembro: 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 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:

Setembro: Comissão de revisão de Óbitos realizada em 02/09/2020;
Comissão de Ética Médica realizada em 24/09/2020.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos realizada em 17/09/2020

Comissão de Revisão de Prontuários realizada em 24/09/2020
Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos realizada em 25/09/2020.

Outubro: Comissão de revisão de Óbitos realizada em 07/10/2020;
Comissão de Ética Médica realizada em 29/10/2020.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos realizada em 22/10/2020
Comissão de Revisão de Prontuários realizada em 29/10/2020
Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos realizada em 30/10/2020.

Novembro: Comissão de revisão de Óbitos realizada em 05/11/2020;
Comissão de Ética Médica realizada em 26/11/2020.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos realizada em 19/11/2020
Comissão de Revisão de Prontuários realizada em 26/11/2020
Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos realizada em 27/11/2020.

Dezembro: Comissão de revisão de Óbitos realizada em 03/12/2020;
Comissão de Ética Médica realizada em 30/12/2020.
Comissão de Gerenciamento de Resíduos realizada em 23/12/2020
Comissão de Revisão de Prontuários realizada em 23/12/2020
Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos realizada em 23/12/2020.

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. **Pontuação:** Apresentou 100% das ações pontua 80 pontos.	Protocolo apresentado pela Instituição.

Avaliação do Indicador: Apresentado pela Instituição as seguintes informações:
Setembro: Realizado a formação do núcleo da Segurança do paciente, conforme RDC 36, composta com os seguintes integrantes:Zilvani Guimarães (Gerente), Gisele Abud Nicolau (Coordenadora Médica), Sueli Sakamoto (Coordenadora de Enfermagem) , Milena Coccaro (Coordenadora Administrativa) , Camila Faro Carmo (Responsável Técnica e Farmacêutica) e Silvia Valerio (Assistente Social).
Outubro: Finalização do Plano do Núcleo de Segurança do Paciente.
Novembro: Iniciado os POP`s – Protocolo de Segurança do Paciente.
Dezembro: Finalizado os POP`s.

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 setembro, outubro, novembro e dezembro de 2020. 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 **Setembro: Raio X** :4.173 / **Laboratório**:14.797 / **ECG**: 747 , **USG**: 105 / **Total: 19.822** **Outubro: Raio X**: 3.819 / **Laboratório**: 13.396 / **ECG**: 550 / **USG**:79 / **Total:17.844** **Novembro: Raio X**: 3.858 / **Laboratório**: 12.656 / **ECG**: 601 / **USG**: 80 / **Total:17.195** **Dezembro: Raio X**: 2.739 / **Laboratório**: 13.119 / **ECG**: 497 / **USG**: 47 / **Total:16.402** **Total Quadrimestre: Raio X**:14.589 / **Laboratório**: 53.968 / **ECG**: 2.395 / **USG**:311 / **Total:71.263**				

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. **Setembro: Inalação**: 163 / **Sutura:** 117 / **Imobilização:** 425 / **Curativo:** 373 / **Odonto:**158 – **Total:1.236** **Outubro: Inalação:** 83 / **Sutura**: 99 / **Imobilização:** 342 / **Curativo**: 224 / **Odonto:** 145 **Total:893** **Novembro: Inalação**: 203 / **Sutura**: 76 / **Imobilização:** 334 / **Curativo**: 180 / **Odonto:** 140 **Total: 933** **Dezembro: Inalação**: 67 / **Sutura:** 88 / **Imobilização:** 302 / **Curativo:**174 / **Odonto**:132 **Total:763** **Total do Quadrimestre: Inalação**: 516 / **Sutura**: 380 / **Imobilização:** 1.403 / **Curativo:** 951 / **Odonto**:575 – **Total:3.825** Da-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	Apresentar os demonstrativos	Relatório apresentado pela

		espera entre a chegada à unidade e a efetiva classificação de risco.	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	Instituição extraído do sistema INTEGRA.

Avaliação do Indicador:
3.1 - Apresentado pela Instituição os seguintes dados estraidos de relatório oficial:
Setembro: Amarelo:00:25:46 – **Verde:** 00:40:47 – **Azul :**00:49:46
Outubro: Amarelo:00:23:39 – **Verde:** 00:43:32 – **Azul :**00:50:20
Novembro: Amarelo:00:22:46 – **Verde:** 00:46:18 – **Azul :**00:54:57
Dezembro: Amarelo:00:25:47 – **Verde:** 00:40:46 – **Azul :**00:52:08

Origem do paciente:
Setembro:
Vemelho: Santos: 42 (98%) – **S.Vicente:** 01 (02%) – **P.Grande:** 0 (0%) – **Guarujá**:0 (0%) – **Cubatão:** 0 (0%).
Amarelo: Santos: 897 (82%) – **S.Vicente:** 128 (12%) – **P.Grande:** 33 (3%) – **Guarujá**:22 (2%) – **Cubatão:** 15 (1%).
Verde: Santos: 2.064 (80%) – **S.Vicente:** 383 (15%) – **P.Grande:** 63 (2%) – **Guarujá**:22 (1%) – **Cubatão:** 37 (1%).
Azul: Santos: 2.269 (81%) – **S.Vicente:** 394 (14%) – **P.Grande:** 64 (2%) – **Guarujá**:32 (1%) – **Cubatão:** 41 (1%).

Outubro:
Vemelho: Santos: 38 (95%) – **S.Vicente:** 01 (3%) – **P.Grande:** 01 (3%) – **Guarujá**:0 (0%) – **Cubatão:** 0 (0%).
Amarelo: Santos: 959 (79%) – **S.Vicente:** 179 (15%) – **P.Grande:** 42 (3%) – **Guarujá**:16 (1%) – **Cubatão:** 18 (1%).
Verde: Santos: 2.211 (81%) – **S.Vicente:** 412 (15%) – **P.Grande:** 57 (2%) – **Guarujá**:40 (1%) – **Cubatão:** 23 (1%).
Azul: Santos: 1.962 (82%) – **S.Vicente:** 362 (15%) – **P.Grande:** 41 (2%) – **Guarujá**:19 (1%) – **Cubatão:** 19 (1%).

Novembro:
Vemelho: Santos: 51 (89%) – **S.Vicente:** 04 (7%) – **P.Grande:** 02 (4%) – **Guarujá**:0 (0%) – **Cubatão:** 0 (0%).
Amarelo:Santos:1.027 (81%) – **S.Vicente:** 179 (14%) – **P.Grande:** 33 (3%) – **Guarujá**:16 (1%) – **Cubatão:**17 (1%).
Verde: Santos: 2.135 (79%) – **S.Vicente:** 421 (16%) – **P.Grande:** 77 (3%) – **Guarujá**:31 (1%) – **Cubatão:** 26 (1%).
Azul: Santos:2.106 (80%) – **S.Vicente:** 438 (17%) – **P.Grande:** 44 (2%) – **Guarujá**:24 (1%) – **Cubatão:** 18 (1%).

Dezembro:
Vemelho: Santos: 38 (95%) – **S.Vicente:** 02 (5%) – **P.Grande:** 0 (0%) – **Guarujá**:0 (0%) – **Cubatão:** 0 (0%).
Amarelo:Santos: 993 (80%) – **S.Vicente:** 160 (13%) – **P.Grande:** 60 (5%) – **Guarujá**:24 (2%) – **Cubatão:**07 (1%).
Verde: Santos: 2.037 (80%) – **S.Vicente:** 369 (15%) – **P.Grande:** 84 (3%) – **Guarujá**:23 (1%) – **Cubatão:** 28 (1%).
Azul: Santos:2.261 (81%) – **S.Vicente:** 421 (15%) – **P.Grande:** 69 (2%) – **Guarujá**:22 (1%) – **Cubatão:** 29 (1%).

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

Avaliação do Indicador:
3.2 - Apresentado pela Instituição os seguintes dados estraidos de relatório oficial:
Setembro: Totem para Classificação:00:08:55 ; **Classificação para o Cadastro:**00:02:52 ; **Cadastro para o atendimento Médico:** 00:41:58
Outubro: Totem para Classificação:00:09:29 ; **Classificação para o Cadastro:**00:03:05 ; **Cadastro para o atendimento Médico:** 00:41:49
Novembro: Totem para Classificação:00:09:45 ; **Classificação para o Cadastro:**00:09:29 ; **Cadastro para o**

atendimento Médico: 00:44:44
Dezembro: Totem para Classificação:00:08:47; **Classificação para o Cadastro:**00:09:49; **Cadastro para o atendimento Médico:** 00:42:03

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 Ausente

MARCO SERGIO NEVES DUARTE – Membro _____

JAKELYNE FERNANDES DE SOUZA – Suplente _____

ARIANA JULIÃO RAMOS GAMEIRO – Membro _____

CRISTIAN MARK WEISER – Suplente _____

MÁRCIA SUCOMINE – Membro Ausente

ADRIANO CATAPRETA LUGON RIBEIRO – Suplente Ausente

CRISTIANE PACHECO BOMS – Membro Ausente

DEVANIR PAZ – Suplente Ausente

LUIZ ANTONIO DA SILVA – Membro _____

IDRENO DE ALMEIDA – Suplente Ausente

LUIZ SPINDOLA – Convidado _____

ZILVANI GUIMARÃES – UPA CENTRAL _____