ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E FÍSCALIZAÇÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2015

PROCESSO Nº 20.684/2016-98

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 2018..

No dia 21 de Setembro de 2018, às 09 horas, na Sala de Reuniões da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, presentes os membros da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, nomeada por meio da Portaria Municipal nº 01/2018-CMP, de 12 de Março de 2018, subscritores da lista, anexa. Dando início aos trabalhos o Sr.Marcos Sergio se ofereceu para conduzir a reunião, substituindo o Sr Denis na Presidência da Comissão pois o mesmo encontra-se de férias, relata que a presente reunião tem como escopo realizar a avaliação quadrimestral do POA, referente aos meses de Maio, Junho, Julho e Agosto, 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.	1º Quadrimestre: Apresentar as propostas a serem apresentadas no ano e executar 100% das propostas apresentadas para o quadrimestre. 2º e 3º Quadrimestre: Executar 100% das atividades propostas. Pontuação: Atingiu 100% a 80% da meta pontua 25. Abaixo não pontua.	Relatório / Ata quadrimestral das ações desenvolvidas apresentadas pela UPA	

Avaliação do Indicador: Apresentado pela instituição Relatório de atividades e Ata da Reunião da Comissão de Humanização (CH), ocorrida nos dias 29 e 30/05, 28 e 29/06 e 27,29 e 30/07 e 06/08.Em junho foi realizada nástica laboral no inicio dos plantões com o intuito de proporcionar bem estar e mental. Deu-se o atendimento do indicador.

PONTUAÇÃO: 25 Pontos.

2	Classificação de risco	Finalizar a implantação da Classificação de Risco e informar origem dos pacientes.	1º, 2º e 3º Quadrimestre: Emitir relatório mensal contendo número de atendimentos realizados e a origem do paciente incluindo ortopedia. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50 Abaixo não pontua.	Relatório apresentado pela UPA
---	------------------------	---	--	--------------------------------------

Avaliação do Indicador: Apresentado relatório mensal contendo os números de atendimentos, realizados, a classificação de risco e a origem dos pacientes. Deu-se o atendimento do indicador: **PONTUAÇÃO: 50 Pontos.**

3	Serviço de avaliação de satisfação do usuário	Manter pesquisa de satisfação do usuário garantindo o mínimo de 1% do número total de atendimentos/mês.	1º, 2º e 3º Quadrimestre: Apresentar o relatório consolidado, mantendo a meta de 80% de satisfação positiva. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50. Abaixo não pontua.	Relatório utilizado no PDR emitido pela UPA.
---	--	---	---	---

dados:

Maio: Realizada 15.799 atendimentos - total de pesquisas:165 – Satisfação Ótimo /Bom: 84,55% Junho: Realizada 13.962 atendimentos - total de pesquisas:213 - Satisfação Ótimo /Bom: 80,55% .Iho: Realizada 13.748 atendimentos - total de pesquisas:180 – Satisfação Ótimo /Bom: 81,29% Agosto: Realizada 13.847 atendimentos - total de pesquisas: 206 - Satisfação Ótimo /Bom: 81,48%

Deu-se o atendimento do indicador.

PONTUAÇÃO:50 Pontos.

4	Serviço de atendimento ao usuário.	Manter o serviço de atendimento ao usuário durante as 24 horas.	1º, 2º e 3º Quadrimestre Responder 85% das queixas encaminhadas a UPA em até 72 horas. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 50. Abaixo não pontua.	Relatório mensal constando os tipos de queixas agrupados por eixos tais como: tempo de espera, ambiência, relação profissionais x clientes, assistência e outros apresentados pela UPA.
---	--	---	---	---

Avaliação do Indicador: Apresentado pela Instituição Relatório Mensal do Atendimento SAU, dividido por eixos referentes ao atendimento prestado com os seguintes dados:

Maio: 9 registros efetuados e resolvidos - 100% Junho:17 registros efetuados e resolvidos - 100% Julho:14 registros efetuados e 13 resolvidos - 92,86% Agosto:21 registros efetuados e resolvidos.100%

Deu-se o atendimento do indicador.

PONTUAÇÃO: 50 Pontos.

5	Atividades de educação permanente.	Manter ativa a área de educação permamente na unidade.	1º Quadrimestre Elaborar e executar o plano anual das atividades relativas à educação permanente contemplando ações voltadas à educação continuada de todas as categorias e revisão de processo de trabalho. Realizar	Relatório das atividades desenvolvidas previstas para o período apresentado pela UPA
---	--	--	--	--

	100% das atividades programadas para o período.
	2º e 3º Quadrimestre
	Realizar 100% das atividades
아이 많이 말았습니다. 여기 없는 맛이 있다.	programadas para o período.
그래요 장 여행하는데 모든다는 보고 있는	Pontuação: Atingiu 100% da meta
	pontua 50.
	Atingiu de 99% a 80% da meta
	pontua 40.
그리 조기 (1) 사람들이 얼마나 가다고	Atingiu de 79% a 50% da meta
	pontua 30.
	Abaixo de 50% não pontua.

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. Apresentadas também atividades a serem desenvolvidas nos próximos períodos.

PONTUAÇÃO:50 Pontos.

			1º Quadrimestre:	
			Manter atualizada a informação de	Informação
			70% dos pacientes inseridos no	prestada pela
			SISREG.	Central de
	Integração com o	.Melhorar na qualidade	2º e 3º Quadrimestre:	Regulação e
6	Complexo	das informações	Manter em 80% o nível de	consulta ao
_0	Regulador	prestadas no SISREG.	atualização.	SISREG, por
	Municipal.	prestauas no SiSiNEG.	Pontuação: Atingiu 100% da meta	amostragem
			pontua 150.	(1% do total dos
			Atingiu entre 99% e 50% da meta	atendimentos
100			pontua 50.	no período)
			Abaixo não pontua.	

Avaliação do Indicador: O SISREG na UPA vem sendo utilizado adequadamente, conforme informação do Departamento de Regulação (DEREG). Deu-se o atendimento do indicador.

PONTUAÇÃO:150 Pontos.

7	Comissão de avaliação de prontuário	Melhorar a qualidade da informação constante do prontuário.	1º, 2º e 3º Quadrimestre Manter 100% das prescrições médicas checadas pela enfermagem na sala de emergência e apresentar dois critérios avaliados diferentes a cada quadrimestre para o repouso. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 75 Atingiu de 99% a 80% da meta pontua 40. Abaixo não pontua.	Relatório mensal emitido pela UPA.
---	---	---	---	--

Avaliação do Indicador: Apresentado pela instituição dados efetuados pela Comissão de Avaliação de Prontuário.

Maio:80% checagem na sala de emergência, 100% Checagem sinais na observação e 100% Checagem evolução de enfermagem.

Junho:92% Checagem medicação sala de emergência, 80% Checagem sinais vitais e 100% Checagem evolução de enfermagem.

Julho:95% Checagem de medicação sala de emergência, 90% Checagem sinais vitais na observação e 90%

Checagem evolução de enfermagem.

Agosto:100% Checagem medicação sala de emergência, 90% Checagem sinais vitais na observação e 100% Checagem evolução de enfermagem.

Deu-se o atendimento parcial do indicador.

PONTUAÇÃO: 40 Pontos.

			1º Quadrimestre:	
			Definir conjuntamente com o	
			DAPHOS os protocolos que serão	
-			avaliados e dar início ao	Planilha
			programado para o primeiro quadrimestre.	apresentando o protocolo
8	Protocolos Clínicos	Avaliar os protocolos clínicos implantados	2º e 3º Quadrimestre Avaliar 100% dos protocolos programados para o período.	definido, sua metodologia, executado
				mensalmente,
			Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 100.	emitida pela UPA.
a A			Atingiu de 99% a 80% da meta	
			pontua 50	
_			Abaixou de 50% não pontua.	ry ritt

Avaliação do Indicador: Apresentado pela Instituição os protocolos de EHH e IAM.

Maio:453 atendimento. 01 prontuário relacionado a EHH. Não houve IAM.

Junho: 356 atendimentos 01 prontuário relacionado a IAM. Não houve EHH.

Julho:415 atendimentos – 05 prontuários relacionados a EHH e IAM.

Agosto:433 atendimento - 04 prontuários relacionados a IAM. Não houve EHH.

Deu-se o atendimento do indicador.

PONTUAÇÃO: 100 Pontos.

9	Prestação de contas	Avaliar planilha de compras com os valores praticados de medicamentos e insumos de enfermagem.	1º, 2º e 3º Quadrimestre Apresentar a cada quadrimestre uma planilha mensal por item adquirido constando valor unitário e quantidade para medicamento e insumos de enfermagem. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 150. Abaixo não pontua.	Relatório emitido pelo setor responsável pelas compras da FUABC.
---	------------------------	--	---	---

Avaliação do Indicador: Apresentado pela instituição planilha de compras. Deu-se o atendimento do indicador. **PONTUAÇÃO: 150 Pontos.**

		Indicadores	de desempenho quantitativos	
Nº	Indicadores	Ação	Meta	Fonte de verificação

1	Consultas médicas (pediatria, clínica médica, ortopedia e avaliação cirúrgica)	Disponibilizar consultas médicas de pediatria, clínica médica, ortopedia e avaliação cirúrgica até o teto físico de 19.500 consultas/mês	1º, 2º e 3º Quadrimestre Ofertar 100% das consultas pactuadas nas especialidades de pediatria, ortopedia e clinica médica. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 100. Atingiu de 99% a 70% da meta pontua 70. Abaixo de 70% não pontua.	Processamento SIA/SUS – DATASUS emitida pelo DEREG
Avalia	ação do Indicador: A	procentado polo instituisã	áo, dados dos atendimentos realizad	dos no poríodo d

Avaliação do Indicador: Apresentado pela instituição, dados dos atendimentos realizados no período de Maio, Junho, Julho e Agosto de 2018. Os dados de produção são fornecidos pelo DEREG por meio dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde.

Maio: 17.321 atendimentos.
Junho: 15.070 atendimentos.
Julho: 13.426 atendimentos.
Agosto: 13.152 atendimentos.

Dá-se o atendimento do indicador.

PONTUAÇÃO: 100 Pontos.

2	Exames diagnósticos	Disponibilizar exames laboratoriais, raios-x, ultrassonografia e eletrocardiografia aos pacientes atendidos, até o teto físico de 15.600 procedimentos/ mês	1º, 2º e 3º Quadrimestre Ofertar 100% da capacidade operacional de exames diagnósticos pactuados. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 100. Atingiu de 99% a 70% da meta pontua 70. Abaixo de 70% não pontua.	Processamento SIA/SUS – DATASUS emitido pelo DEREG
---	------------------------	---	--	---

Avaliação do Indicador: Apresentado pela Instituição quantitativo de procedimentos realizados de Raio X, Laboratório e Eletro, sem, entretanto, constar a realização de procedimentos de ultrassonografia portanto o ATENDIMENTO AO INDICADOR SE DEU DE FORMA PARCIAL. Os dados de produção são fornecidos pelo DEREG por meio dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde

Maio: 21.141 Atendimentos. Junho:19.390 Atendimentos Julho:20.175 Atendimentos Agosto:20.042 Atendimentos PONTUAÇÃO: 70 Pontos.

		1 [스텔 : [[- 1] - 1] - 1 [- 1] - 1 [- 1] - 1 [- 1] - 1 [- 1] - 1 [- 1] - 1 [- 1] - 1 [- 1] - 1 [- 1]	1°, 2° e 3° Quadrimestre	
3	Procedimentos ambulatoriais	Disponibilizar procedimentos de curativo, sutura, inalação e imobilização aos pacientes atendidos, até o teto físico de 3.200 procedimentos/ mês	Ofertar 100% da capacidade operacional nas 24 (vinte e quatro) horas na realização dos procedimentos: curativos, suturas, inalações e imobilizações. Pontuação: Atingiu 100% da meta pontua 100. Atingiu de 99% a 70% da meta pontua 70. Abaixo de 70% não pontua.	Processamento SIA / SUS – DATASUS emitido pelo DEREG.
/ali	ação do Indicador: A	Instituição apresenta tabelas	dos procedimentos. Os dados de prod	ução são fornecidos
unh ulho gos á-so	 5.973 Atendimentos 10: 2.656 Atendimentos 1.930 Atendimentos 2.808 Atendimentos o atendimento ao in 	os. s. tos. dicador.		
	TUAÇÃO: 100 Ponto			
			esentes, conforme lista anexa, parte in le Souza, que assino	our
		RVALHO – Presidente	Finas SES - Suplente Filia	
		VEIRA DE ANDRADE NU		
	ALEXANDRA OLIV	VEIRA DE ANDRADE NU		
	ALEXANDRA OLIV MÁRCIA SUCOMIN MICHELE DARQU	VEIRA DE ANDRADE NUI NE – Membro E PINHEIRO – Suplente NEVES DUARTE – Membr	RES-Suplente Fluas L. Makingalade o	
	ALEXANDRA OLIV MÁRCIA SUCOMIN MICHELE DARQU	VEIRA DE ANDRADE NUI NE – Membro	RES-Suplente Fluas L. Makingalade o	
	ALEXANDRA OLIV MÁRCIA SUCOMIN MICHELE DARQU MARCOS SERGIO FLAVIA PERONE –	VEIRA DE ANDRADE NUI NE – Membro	RES-Suplente Filias L. Makingolade O July	
	ALEXANDRA OLIV MÁRCIA SUCOMIN MICHELE DARQU MARCOS SERGIO FLAVIA PERONE – SANDRA REGINA	VEIRA DE ANDRADE NUI NE – Membro	RES-Suplente Fires L. Makingdade O Maringdade	
	ALEXANDRA OLIV MÁRCIA SUCOMIN MICHELE DARQU MARCOS SERGIO FLAVIA PERONE – SANDRA REGINA VILMA HELENA D	VEIRA DE ANDRADE NUI NE – Membro	Suplente Filias L. Makinjalade o June Aux Ne oro	
	ALEXANDRA OLIV MÁRCIA SUCOMIN MICHELE DARQU MARCOS SERGIO FLAVIA PERONE — SANDRA REGINA VILMA HELENA D ARIANA JULIÃO R	VEIRA DE ANDRADE NUI NE – Membro	Suplente Finas L. Malunidade O Suplente Aux Ne	
	ALEXANDRA OLIV MÁRCIA SUCOMIN MICHELE DARQU MARCOS SERGIO FLAVIA PERONE — SANDRA REGINA VILMA HELENA D ARIANA JULIÃO R	VEIRA DE ANDRADE NUI NE – Membro	Suplente Finas L. Malunidade O Suplente Aux Ne	
	ALEXANDRA OLIV MÁRCIA SUCOMIN MICHELE DARQU MARCOS SERGIO FLAVIA PERONE – SANDRA REGINA VILMA HELENA D ARIANA JULIÃO R MARIA JOSÉ LIMA	VEIRA DE ANDRADE NUI NE – Membro	Suplente Finas L. Malunidade O Suplente Aux Ne	

ZILVANI GUIMARÃES – UPA CENTRAL