



RELATÓRIO UPA MARY DOTA - BAURÚ/SP



AGOSTO 2024

Palavras da

Presidente



”

Não tem jeito de você favorecer uma pessoa só em uma parte. O ser humano é uma integralidade. Não adianta eu trabalhar o acesso a determinado direito e deixar de atender outros, porque a dignidade humana é um complexo de coisas. Por isso, a nossa missão é:

**A todo ser humano,
todos os seus direitos.**

Quem somos

O Instituto Avante Social é uma organização da sociedade civil que executa projetos socioassistenciais e de saúde em todo Brasil. Desde que começamos em Minas Gerais, há quase 25 anos, com a prestação da assistência jurídica e psicossocial à população, não paramos mais. Desejamos que as pessoas tenham acesso a seus direitos e amamos cuidar dos outros.

O que fazemos

Há quase 25 anos o Avante Social oferece soluções através da gestão e operacionalização de projetos e programas na área socioassistencial e de saúde, executados de forma autônoma ou em parcerias com o poder público e mercado privado.

Instituto Avante Social

Nossos projetos no

Eixo Sociassistencial

As ações do Eixo Socioassistencial do Instituto Avante têm como premissa a redução das vulnerabilidades e riscos sociais, a promoção da justiça social e a defesa e garantia de direitos.

A partir de iniciativas próprias e/ou celebração de parcerias e convênios com Estados e Municípios, atualmente executamos os seguintes trabalhos



Nossos projetos no

Eixo da Saúde

O Instituto Avante Social promove a gestão e operacionalização de serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade, buscando uma prestação de serviços qualificada e eficiente, oferecendo um diferencial nos resultados alcançados por indicadores previamente definidos.

2023 do Avante Social

em números



Total de atendimentos realizados
pelo Avante Social em 2023

+ 27.579

Pessoas atendidas no
Socioassistencial

+358.264

Pessoas atendidas na
Saúde

SUMÁRIO

1. Avante Social	7
1.1 Eixo Saúde.....	8
2. Termo de colaboração	9
3. Relatório de avaliação.....	10
4. Metas quantitativas e qualitativas dos indicadores	10
4.1 Indicadores.....	11
Considerações finais.....	24

1. AVANTE SOCIAL

Fundado em junho de 2000, o Instituto Jurídico para Efetivação da Cidadania e Saúde – Avante Social, é uma organização social sem fins lucrativos, certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, conforme portaria nº 91, de 08 de maio de 2019, do Ministério da Cidadania, cujo trabalho é disseminar a temática de direitos humanos, fomentando a criação de programas capazes de articular a promoção do homem com o desenvolvimento social, econômico e cultural da localidade onde vive buscando assegurar a plena realização do direito de desenvolvimento, engajando instituições públicas e privadas no processo participativo de formulação e de implementação de políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades econômicas, sociais e culturais promovendo a efetividade dos direitos socioeconômicos como o trabalho, a educação e a saúde, dentre outros, como forma de garantir a aplicação dos direitos políticos e civis da pessoa humana assegurando assim a participação democrática da população no processo de promoção da efetividade dos direitos fundamentais a todo o ser humano. Nosso propósito está alinhado a nossa filosofia empresarial:



Na área da Saúde, a Avante Social desempenha um papel crucial na promoção gratuita da saúde, implementando ações e projetos de gestão em unidades de saúde de baixa, média e alta complexidade. Além disso, a organização oferece serviços jurídicos e psicossociais gratuitos, beneficiando um amplo público que engloba crianças, jovens, adolescentes, adultos, idosos e suas famílias. A atuação da Avante Social abrange a execução de políticas públicas voltadas para a promoção e proteção dos direitos daqueles beneficiados por suas diversas áreas de atuação.

1.1 Eixo Saúde

O Avante Social trabalha para mudar a situação da saúde pública no Brasil. Apresentamos uma evolução no gerenciamento e administração de Hospitais, Unidades de Saúde e UPA (Unidades de Pronto Atendimento), além de serviços como PSF (Programa da Saúde da Família) e SAMU (Serviços de Atendimento Móvel de Urgência). Por meio de programas de educação continuada, também realizamos consultoria e capacitação tecnológica de profissionais.

Nossas soluções permitem que os pacientes tenham uma nova experiência com o sistema de saúde pública, reconhecendo os diferenciais desde o atendimento humanizado, com um sistema atencioso e próximo, até a redução da fila de espera, com maior número de médicos, medicamentos e equipamentos tecnológicos.

Atualmente, a Avante Social realiza a gestão de diversos serviços, tais como:

- Gestão de Prestação de Serviços Médicos;
- Gestão de Serviços Especializados em Saúde;
- Gestão Hospitalar (todos os níveis de complexidade);
- Gestão de Maternidade;
- Gestão de Unidade de Pronto Atendimento (UPA);
- Gestão de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), entre outros.

O Instituto valoriza o indivíduo, atuando com ética e responsabilidades, e buscando de forma permanente a melhoria dos processos e dos resultados e a satisfação dos seus usuários tendo como objetivos:

- Atender os pacientes com dignidade respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviço, cumprindo com os preceitos éticos e morais estabelecidos pelos conselhos de classe dos profissionais que atuam no objeto do presente projeto.
- Reconhecer, no processo de descentralização, o fortalecimento do poder local, enquanto espaço para gerir e integrar as políticas públicas.
- Apoiar o município e as comunidades com a metodologia da construção de indicadores que reflitam os diferentes paradigmas de desenvolvimento na formulação, monitoramento e avaliação.
- Recolocar os valores da cidadania, concomitantemente, à construção de direitos e responsabilidades pelos diferentes fatores sociais, sejam eles governamentais ou não.

- Ser verdadeiramente comprometidos com o processo de desenvolvimento econômico e a preservação ambiental, sempre objetivando a melhoria da qualidade de vida da população.
- Capacitar profissionais tendo como referência uma nova mentalidade de gestão, que seja preventiva e interativa em urgências, com intuito de incorporar e preservar saberes derivados de experiências e vivências tradicionais.
- Prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família relação a outros serviços de saúde.
- Zelar pela qualidade das ações e do pessoal contratado que se encontrarem-se em efetivo exercício em consonância as orientações emanadas do parceiro.

2. TERMO DE COLABORAÇÃO

O Termo de Colaboração, fundamentado nas seguintes documentações: Edital de Licitação nº 55/2024, Processo Administrativo nº 174.036/2022 e Chamamento Público nº 10/2024, foi celebrado entre o Município de Bauru/SP, por intermédio da Prefeitura Municipal, e o Instituto Jurídico para Efetivação da Cidadania e Saúde – Avante Social, com início das atividades em 07/08/2024. O objetivo é o gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h Mary Dota.

A UPA Mary Dota é uma unidade de saúde vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, destinada ao atendimento de emergências e urgências, voltada para a população do bairro Mary Dota e regiões adjacentes, como Chapadão, Jardim Silvestre, Nobugi, Pousada I e II, Beija-Flor, Jardim Pagani, Araruna, Santa Luzia, entre outros. O foco principal do atendimento é a população adulta a partir dos 15 anos, considerando que, no município, a faixa etária infantil inclui crianças de 0 a 15 anos. No entanto, isso não impede a unidade de atender crianças de qualquer idade, já que dispõe de infraestrutura, equipamentos e equipe especializada para esse público.

Para embasar este relatório, foram utilizados os dados do sistema de informação “MV”, atualmente empregado em toda a rede de saúde do município de Bauru, incluindo a UPA Mary Dota.

A nova gestão tem como premissa assegurar um atendimento seguro e de qualidade, alinhado à missão, visão e valores do Instituto Avante Social.

3. RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Este relatório tem como objetivo apresentar as ações realizadas durante o período de implantação do projeto, garantindo o cumprimento do plano de trabalho e a manutenção da qualidade nos serviços de saúde.

Com o propósito de assegurar um acesso equitativo e abrangente aos serviços de saúde com qualidade para todos os cidadãos, foram realizadas diversas ações pautadas no plano operativo de implantação, incluindo: visitas técnicas para diagnóstico situacional, seleção e contratação dos profissionais, contratação de fornecedores de serviços, integração do tripé de gestão e equipe multiprofissional, organização dos setores da unidade, alinhamentos junto ao município, elaboração de documentação, acompanhamento diário de todo o processo, dentre outras ações.

Essas iniciativas estabelecem uma base sólida para a tomada de decisão, permitindo que o tripé de gestão da unidade de saúde (coordenação médica, coordenação de enfermagem e coordenação administrativa) implemente estratégias eficazes para aprimorar a qualidade dos serviços e atingir as metas estabelecidas.

O objetivo deste relatório é apresentar uma análise detalhada dos indicadores e metas estabelecidos no contrato, conforme o plano de trabalho definido para agosto de 2024. Este documento foca nos principais resultados alcançados durante o período, com esclarecimento do desempenho quantitativo e qualitativo dos respectivos indicadores.

4. METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS DOS INDICADORES

As metas dos indicadores serão apresentadas mensalmente neste relatório, com base em dados coletados na unidade por meio de relatórios extraídos do sistema MV, planilhas desenvolvidas para a coleta de informações e relatórios fornecidos pelo laboratório terceirizado.

Para as metas relacionadas à Atenção às Urgências, Emergências e Pronto Atendimento (consultas médicas), as informações serão obtidas a partir de relatórios específicos extraídos do sistema MV.

Metas referentes à realização de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) serão obtidas por meio do sistema MV, dados fornecidos pelo laboratório terceirizado e controle interno por planilhas.

Metas qualitativas relacionadas às informações e à satisfação dos usuários serão avaliadas por meio da pesquisa de satisfação e canal de ouvidoria.

O indicador de humanização do atendimento será medido através:

- Criação e implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco;
- Capacitação em humanização para todos os profissionais da unidade, conforme cronograma quadrimestral: setembro/24, janeiro/25, maio/25;
- Implantação do processo de ouvidoria (fluxo, formulário, canal telefônico e e-mail) que serão implantados na unidade.

Para as metas relacionadas às comissões, serão apresentadas evidências da criação dos regimentos internos, atos normativos, cronograma de reuniões e lista de presença.

O indicador relacionado aos protocolos médicos e multidisciplinares, será evidenciado pela criação do documento de protocolo, capacitação da equipe e implementação do protocolo.

4.1 INDICADORES

Atendimento médico em UPA 24hs

Meta mensal: 7.750 atendimentos

Meta proporcional: 6.475

Resultado obtido: 6002 atendimentos

Meta alcançada.

O atendimento médico na UPA é essencial por oferecer cuidados imediatos em casos de urgência e emergência, ajudando a descongestionar os hospitais e garantindo acesso à saúde 24 horas por dia. Além disso, as UPAs integram a rede de atenção à saúde, atuando como elo entre as unidades básicas, hospitais e o SAMU, prevenindo complicações e promovendo um atendimento humanizado. Dessa forma, elas contribuem para um sistema de saúde mais eficiente e acessível à população. No período, foram realizados 6.002 atendimentos médicos, no período compreendido entre 07/08/24 e 31/08/24. Os registros dos atendimentos foram feitos tanto manualmente quanto pelo sistema MV. Observa-se pontos de melhoria que impactaram na acurácia do número total de atendimentos, como: quedas frequentes do sistema, tempo parametrizado para acesso, ausência de cadastro de alguns profissionais em tempo oportuno, falhas do sistema, equipe em desenvolvimento para utilização do ERP.

Ações de Melhoria:

1. Realizado contato com a gestora do contrato e analista responsável pelo MV visando intervenção para maior estabilidade do sistema.

2. Solicitado a gestora do contrato o cadastro de todos os profissionais lotados na unidade na semana de implementação. Será elaborado fluxo de cadastro de novos colaboradores.
3. Em fase de contratação de serviço de capacitação no sistema MV para todos os profissionais.

Atendimento de Urgência com observação até 24hs

Meta mensal: 7.750 atendimentos

Meta proporcional: 6.475

Resultado obtido: 2.597

Meta não alcançada.

Durante o mês de agosto de 2024, a UPA realizou 6.002 atendimentos médicos no total. Desses, 2.597 exigiram observação por até 24 horas ou mais. Isso representa 43% do total de atendimentos realizados. Os outros 57% correspondem a atendimentos que não exigiram observação prolongada ou foram caracterizados como menor complexidade.

Observa-se pontos de melhoria que impactaram na acurácia do número apresentado, como: quedas frequentes do sistema, tempo parametrizado para acesso, ausência de cadastro de alguns profissionais em tempo oportuno, falhas do sistema, equipe em desenvolvimento para utilização do ERP, processo de cadastro do usuário com codificação correta.

Ações de Melhoria:

1. Realizado contato com a gestora do contrato e analista responsável pelo MV visando intervenção para maior estabilidade do sistema.
2. Solicitado a gestora do contrato o cadastro de todos os profissionais lotados na unidade na semana de implementação. Será elaborado fluxo de cadastro de novos colaboradores.
3. Em fase de contratação de serviço de capacitação no sistema MV para todos os profissionais.
4. Capacitação das lideranças da unidade no módulo de relatórios.
5. Benchmarking em outra unidade para entender o processo de realização do cadastro de usuário com a inserção das codificações dos procedimentos.
6. Elaboração de Procedimento Operacional Padrão (POP) do processo e capacitação dos profissionais.

Acolhimento com classificação de risco

Meta mensal: 7.750 atendimentos

Meta proporcional: 6.475

Resultado obtido: 6.121

Meta alcançada, considerando desvio padrão de 10% (número mínimo de atendimento: 5.827).

No mês de agosto, foram realizadas 6.121 classificações de risco na UPA. Esse número é superior ao total de atendimentos médicos realizados. Observada desistência de 119 usuários.

A classificação de risco realizada pelos enfermeiros na UPA Mary Dota tem como objetivo priorizar o atendimento dos pacientes conforme a gravidade de seus casos, garantindo que os mais críticos recebam atendimento rapidamente. Na unidade, o sistema utilizado é o MV, onde, após o paciente passar pela recepção, ele é avaliado pelo enfermeiro responsável pela classificação de risco e, em seguida, direcionado ao atendimento médico conforme a prioridade estabelecida.

Observa-se pontos de melhoria que impactaram na acurácia do número apresentado, como: quedas frequentes do sistema, tempo parametrizado para acesso, ausência de cadastro de alguns profissionais em tempo oportuno, falhas do sistema, equipe em desenvolvimento para utilização do ERP, processo de cadastro do usuário com codificação correta.

Ações de Melhoria:

1. Realizado contato com a gestora do contrato e analista responsável pelo MV visando intervenção para maior estabilidade do sistema.
2. Solicitado a gestora do contrato o cadastro de todos os profissionais lotados na unidade na semana de implementação. Será elaborado fluxo de cadastro de novos colaboradores.
3. Em fase de contratação de serviço de capacitação no sistema MV para todos os profissionais.
4. Capacitação dos enfermeiros no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Município.

Nº Absoluto de Diagnóstico em Laboratório Clínico

Meta mensal: 7500 exames (desvio padrão 6.850 a 8.250)

Meta proporcional: 6.250 (desvio padrão 5.625 a 6.875)

Resultado obtido: 3.703

Meta não alcançada.

Dos 6.002 atendimentos médicos realizados, foram coletados exames de 803 pacientes, totalizando produção de 3.703 exames. Trata-se de um processo que necessitou de várias intervenções durante o período informado.

Observa-se pontos de melhoria que impactaram na acurácia do número apresentado, como: quedas/falhas frequentes do sistema, médicos com dificuldade de prescrição dos exames, médicos realizando solicitação de exames além dos previstos em protocolos, ausência de fluxo descrito na unidade, equipe em desenvolvimento no fluxo do processo de coleta, armazenamento e interface com o laboratório para retirada da amostra.

Ações de Melhoria:

1. Realizado contato com a gestora do contrato e analista responsável pelo MV visando intervenção para maior estabilidade do sistema.
2. Em fase de contratação de serviço de capacitação no sistema MV para todos os profissionais.
3. Reunião com laboratório e município para alinhamento dos processos.
4. Realizada capacitação pelo laboratório para os profissionais da unidade.
5. Iniciado monitoramento do processo junto ao laboratório.
6. Realizada orientação aos médicos pela enfermeira da qualidade do laboratório CDA, visando a sensibilização para a prescrição correta de exames.

Nº Absoluto de Diagnóstico por Radiologia Simples

Meta mensal: 1000 exames (desvio padrão - 900 a 1.100)

Meta proporcional: 750 (desvio padrão 675 a 825)

Resultado obtido: 331

Meta não alcançada.

Dos 6.002 atendimentos médicos, foram realizados 331 exames de Raios-X. Observa-se pontos de melhoria ao processo, como: médicos realizando solicitação de exames além dos previstos em protocolos. Observa-se pontos de melhoria que impactaram na acurácia do número apresentado, como: quedas/falhas frequentes do sistema e médicos com dificuldade de prescrição dos exames.

Ações de Melhoria:

1. Solicitada intervenção da coordenação médica junto ao corpo clínico para alinhamento dos protocolos e indicação dos exames de imagem da unidade, visando uso seguro e racional do recurso.

Nº Absoluto de Eletrocardiografia

Meta mensal: 1000 exames (desvio padrão - 900 a 1.100)

Meta proporcional: 750 (desvio padrão 675 a 825)

Resultado obtido: 10 (lançados no sistema MV)

Meta não alcançada.

Evidenciado lançamento em sistema de 10 exames de ECG. Durante o período analisado, por se tratar de uma nova implantação com 100% de profissionais contratados AVANTE, muitos pacientes tiveram suas necessidades atendidas de realização de ECG no tempo correto, muitos exames foram realizados no consultório de acolhimento (protocolo dor torácica), entretanto observadas oportunidades de melhoria no processo, relacionadas à prescrição/checagem em sistema e ausência de relatórios fidedignos no sistema MV.

1. Em fase de contratação de serviço de capacitação no sistema MV para todos os profissionais.
2. Capacitação das lideranças da unidade no módulo de relatórios.
3. Benchmarking em outra unidade para entender o processo de realização de ECG – prescrição, checagem e relatórios.
4. Elaboração de Procedimento Operacional Padrão (POP) do processo e capacitação dos profissionais.

Conformidade no processo de Informação aos usuários

INDICADORES QUALITATIVOS						
INDICADOR	OBJETIVO			CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO		
6	A Unidade de Pronto Atendimento tem como meta estruturar mecanismos para informação aos usuários e familiares, acerca do processo de Atenção. O indicador desta meta será dado pela comprovação da efetiva existência e implantação das rotinas relativas à informação dos usuários, tanto documentalmente como de fato.			Pontuação: 0% a 89%: Meta Não alcançada >90%: Meta Alcançada		
	Conformidade no processo de Informação aos usuários.					
FONTE:		META: 90%				
		RESULTADO:	66,7%	PONTOS OBTIDOS		NÃO ALCANÇADA
PRODUÇÃO						
FÓRMULA		SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	TOTAL
Quadro de informações implantado e atualizado na recepção da UPA (Certidões de Responsabilidade Técnica de todos os profissionais, escala de atendimento médico do plantão, Cartaz de Pesquisa de Satisfação, Cartaz de informações sobre o SAU/Ouvidoria)		NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	✖ 0%
Banner de informação sobre o protocolo de acolhimento com classificação de risco afixado em local visível, acessível a todos, no hall de espera para atendimento		SIM	SIM	SIM	SIM	✔ 100%
Informações disponíveis sobre horário de visita, especialidades atendidas, especialidades disponíveis na unidade		SIM	SIM	SIM	SIM	✔ 100%
		66,67%	66,67%	66,67%	66,67%	✖ 66,67%

Para aprimorar a transparência e a comunicação na UPA, foram selecionados processos críticos de comunicação visando tangibilizar o indicador. No mês de setembro/24 será implementado um quadro informativo na recepção, com as seguintes seções:

- ✓ **Certidões de Responsabilidade Técnica (CRT):** Exibição das Certidões de Responsabilidade Técnica de todos os profissionais envolvidos no atendimento, incluindo

médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos. Vamos garantir que todos os CRTs estejam atualizados e em conformidade com as exigências legais. Verificando regularmente a validade e a atualização dessas certidões.

- ✓ **Escala de Atendimento Médico:** Divulgaremos a escala de plantão dos médicos, garantindo que os pacientes possam saber quais profissionais estão disponíveis em diferentes horários. As demais escalas dos profissionais da UPA Mary Dota também estarão disponíveis.
- ✓ **Cartaz de Pesquisa de Satisfação:** Colocação de um cartaz com a pesquisa de satisfação dos pacientes, permitindo que eles forneçam feedback sobre o atendimento recebido. Isso ajudará a identificar áreas de melhoria e a garantir um serviço de alta qualidade.
- ✓ **Informações sobre o SAU/Ouvidoria:** Disponibilização de informações claras sobre o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) e a Ouvidoria, para que os pacientes saibam como encaminhar sugestões, reclamações ou elogios.

The image shows two documents related to the UPA Mary Dota Ouvidoria. The left document is a folder for dissemination, and the right document is a printed form for manifestation.

Folder de divulgação dos canais de ouvidoria:

UPA Ouvidoria MARY DOTA

Este canal é dedicado aos cidadãos que utilizam os serviços da UPA Mary Dota, permitindo que expressem suas opiniões, sugestões e avaliações sobre o atendimento recebido. Sua participação é essencial para melhorarmos continuamente a qualidade dos nossos serviços.

Aqui você faz:

- Sugestão
- Elogio
- Denúncia
- Reclamação
- Solicitação
- Informação

Email

Envie um e-mail para ouvidoriaupamarydota@avantesocial.org.br. Em até **3 dias úteis** ele será respondido.

Telefone

Entre em contato através do número **(14) 3109-2460**. Horário de atendimento: Todos os dias de 08h às 16h.

Pessoalmente

Solicite o formulário de Ouvidoria no guichê de atendimento da unidade. Em seguida, preencha e entregue para a atendente.

Formulário impresso de manifestação de ouvidoria:

UPA Ouvidoria MARY DOTA

Qual o tipo de manifestação você quer fazer?

- ☐ Sugestão
- ☐ Elogio
- ☐ Denúncia
- ☐ Reclamação
- ☐ Solicitação
- ☐ Informação

☐ VAI SE IDENTIFICAR? ☐ SIGILOSO ☐ ANÔNIMO*

*As manifestações registradas de maneira anônima são consideradas "Comunicações" e não é possível o seu acompanhamento. Caso deseje acompanhar o andamento da sua manifestação e receber uma resposta do órgão ou entidade, por favor identifique-se.

Nome:

CPF: Email:

Telefone:

Descrição dos fatos:

Referido a:

Nome completo:

Data de Nascimento:

Nome da mãe:

Local do fato:

Cite até 3 envolvidos

Nome:	Cargo/função:	Identidade funcional:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estou ciente que a Ouvidoria realizará o tratamento de tais dados envolvendo operações como as de coleta, recepção, classificação, processamento, avaliação ou controle da informação, modificação, transmissão, distribuição, transferência, armazenamento, empacotamento, eliminação, atualização, além da emissão de notificações por e-mail ou por outros meios.

Figura 1: Folder de divulgação dos canais de ouvidoria.

Figura 2: Formulário impresso de manifestação de ouvidoria.

A atualização contínua dessas informações será fundamental para assegurar a conformidade e a excelência no atendimento.

NPS - Experiência dos Pacientes e Satisfação dos Usuários

Durante este primeiro mês de implantação, realizado diagnóstico da unidade visando desenvolver pesquisa de satisfação com aderência ao perfil epidemiológico da comunidade assistida. Optado por implementar a metodologia NPS (Net Promoter Score). Desenvolvido material de comunicação e canal de pesquisa virtual para levantamento dos dados. O projeto contemplando todo o processo será concluído em setembro/2024. Será implementado indicador de Experiência do paciente - NPS para monitoramento da experiência do cliente com a jornada assistencial.

A pesquisa será detalhada e discutida com as equipes da unidade no segundo mês de gestão, sob a responsabilidade da Avante Social. Esse desdobramento permitirá uma análise aprofundada dos resultados e a identificação de áreas específicas para melhorias. Os dados coletados serão cuidadosamente analisados para entender as percepções dos pacientes e identificar tendências e áreas de preocupação. Isso nos ajudará a implementar mudanças eficazes e direcionadas. Com base nos resultados da pesquisa, será desenvolvido um plano de ação para abordar qualquer área identificada como insatisfatória. Este plano incluirá estratégias para melhorar o atendimento e aumentar a satisfação dos usuários. A equipe da UPA Mary Dota receberá feedback contínuo sobre os resultados da pesquisa, permitindo ajustes contínuos e melhorias no atendimento com base nas opiniões dos pacientes.

Estas ações têm o objetivo de aprimorar a experiência dos pacientes, garantir um atendimento de alta qualidade e promover um ambiente de cuidado que atenda às expectativas e necessidades dos nossos usuários.

UPA MARY DOTA
Quer ouvir você

Prezado cidadão,

Obrigado por escolher ser atendido na UPA Mary Dota.

Queremos aprender com 1 pergunta em 30 segundos como foi a sua experiência em nosso serviço. Agradecemos a sua colaboração.

Em uma escala de **0 a 10**, o quanto você recomendaria a UPA Mary Dota a um amigo ou familiar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Em poucas palavras, escreva o que motivou sua nota:

Figura 3: Formulário de pesquisa impressa.



Figura 4: Folder de divulgação da pesquisa na unidade.

INDICADOR		OBJETIVO		CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO			
7	A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento da Unidade destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes, por meio dos questionários específicos, que serão aplicados mensalmente. O indicador de aferição consiste na demonstração da metodologia da pesquisa e a vinculação de seus resultados a ações de natureza corretiva. As manifestações no Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU serão registradas adequadamente e as demandas da Ouvidoria SUS serão recebidas pelos meios preconizados e serão encaminhados à Unidade de Saúde para manifestação, com prazo para resposta. Em ambos os casos a Unidade tem como meta elaborar o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e será encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado e será estabelecido plano de ação para melhorias, se for o caso, diante da demanda.		<p>Pontuação:</p> <p>entre 75% e 100%: ZONA DE EXCELÊNCIA, META ALCANÇADA</p> <p>entre 50% e 74%: EXCELENTE ,META ALCANÇADA</p> <p>entre 0% e 49%: EM APERFEIÇOAMENTO, META NÃO ALCANÇADA</p> <p>entre -100% e -1%: RUIM, META NÃO ALCANÇADA</p>				
	NPS - Experiência dos Pacientes						
Fonte: Pesquisa de experiência do paciente			META: >50%				
			RESULTADO	#DIV/0!	PONTOS OBTIDOS	#DIV/0!	
PRODUÇÃO							
FÓRMULA			SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	TOTAL
Nº de Promotores							0
Nº de Detratores							0
Nº Total de respondentes							0
			#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Figura 5: Metodologia de coleta de dados do indicador a partir de setembro/24.

Efetividade das Ações de Humanização do Atendimento

Para mensurar a efetividade das ações de humanização do atendimento, estabelecemos critérios de avaliação que englobam diversas iniciativas. Entre essas, destacam-se a implantação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, a realização de capacitações periódicas em

humanização para todos os profissionais da unidade e a implementação do processo de Ouvidoria, incluindo fluxo, formulário, canal telefônico e e-mail.

INDICADOR	OBJETIVO	CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO			
8	Serão desenvolvidas ações previstas na Política Nacional de Humanização no SUS, tais como a instituição de protocolo de acolhimento e de classificação de risco, execução de ações de educação permanente com foco na humanização da atenção. O indicador de aferição desse parâmetro é dado por meio da efetiva existência e implantação do protocolo de acolhimento e de classificação de risco, além da execução de no mínimo uma ação educativa com foco na humanização da atenção a cada 04 (quatro) meses.	Pontuação: 0% a 99,9%: Meta Não alcançada >100%: Meta Alcançada 1 SIM: 25% 2 SIM: 50% 3 SIM: 75% 4 SIM: 100%			
	Efetividade das ações de Humanização do atendimento				
FONTE	META: 100%				
	RESULTADO	66,7%	PONTOS OBTIDOS		NÃO ALCANÇADA
PRODUÇÃO					
FÓRMULA	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	TOTAL
Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Implementado	SIM	SIM	SIM	SIM	✓ 100%
Realização de capacitação em humanização para todos os profissionais da unidade, conforme cronograma quadrimestral (setembro, janeiro, maio)	SIM	SIM	SIM	SIM	✓ 100%
Implantação do processo de Ouvidoria (fluxo, formulário, canal telefônico, e-mail)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	✗ 0%
	66,67%	66,67%	66,67%	66,67%	✗ 67%

- Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco: o protocolo está implementado na unidade baseado no protocolo de Manchester, visto que todos os atendimentos passam pelo acolhimento com classificação de risco pelo profissional enfermeiro, que possui experiência com o processo. Como melhoria, o protocolo do município foi incorporado ao modelo padrão da Avante e os profissionais serão capacitados no protocolo municipal em setembro de 2024. Este protocolo visa garantir um atendimento mais ágil e adequado, priorizando casos conforme a gravidade e necessidades dos pacientes.
- As capacitações em Humanização serão conduzidas pelo enfermeiro de educação continuada. Os treinamentos seguirão um cronograma quadrimestral conforme o plano de trabalho, com sessões programadas para setembro/2024, janeiro/2025 e maio/2025, assegurando que todos os profissionais da unidade estejam atualizados e alinhados com as melhores práticas de atendimento humanizado.
- A Implantação do Processo de Ouvidoria está em curso. Elaborado canal virtual (e-mail), peças de comunicação gráfica, formulários e os profissionais estão sendo capacitados para a implementação efetiva na unidade. A documentação necessária já está estruturada conforme os padrões da gestão Avante Social (figuras 1,2,3,4). Este processo visa aprimorar a comunicação com os pacientes, permitindo um canal efetivo para feedback e reclamações, o que contribuirá para a melhoria contínua dos serviços prestados.

Percentual de Cumprimento do Planejamento de Comissões Obrigatórias e de Apoio Assistencial

INDICADOR	OBJETIVO		CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO		
9	Percentual de Cumprimento do Planejamento de Comissões Obrigatórias e de Apoio Assistencial		Pontuação: 0% a 89%: Meta Não alcançada >90%: Meta Alcançada 1 SIM: 25% 2 SIM: 50% 3 SIM: 75% 4 SIM: 100%		
•A Unidade de Pronto Atendimento irá contar com comissões técnicas efetivamente implantadas e manter registro para cada uma, de acordo com a legislação vigente, sendo elas: Comissão de Ética Médica; Comissão de Ética de Enfermagem; Comissão de Análise e Revisão de Prontuários; Comissão de Verificação de Óbitos; Comissão de Gerenciamento de Riscos; Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; Comissão de Núcleo Interno de Segurança; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA; Plano de Contingência para Atendimento de Múltiplas Vítimas; Conselho Gestor da Unidade.	META: 100%				
	RESULTADO:	62,5%	PONTOS OBTIDOS		NÃO ALCANÇADA
PRODUÇÃO					
Fórmula	Ato Normativo Atualizado	Cronograma validado	Regimento Interno Implementado	Cumprido cronograma de reunião? Ata e lista de presença de evidência	Resultado
Comissão de Ética Médica	SIM	SIM	SIM	NÃO	75%
Comissão de Ética de Enfermagem	SIM	SIM	SIM	NÃO	75%
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	SIM	SIM	SIM	NÃO	75%
Comissão de Verificação de Óbitos	SIM	SIM	SIM	NÃO	75%
Comissão de Gerenciamento de Riscos	SIM	SIM	SIM	NÃO	75%
Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	SIM	SIM	SIM	NÃO	75%
Comissão de Núcleo Interno de Segurança do Paciente	SIM	SIM	SIM	NÃO	75%
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	NÃO	SIM	SIM	NÃO	50%
Plano de Contingência para Atendimento de Múltiplas Vítimas	NÃO	SIM	SIM	NÃO	50%
Conselho Gestor da Unidade	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	0%
	70,00%	90,00%	90,00%	0,00%	62,50%

No primeiro mês de implantação, a meta foi atingida parcialmente, considerando a complexidade de implementação de uma operação nova associada a um escopo de gestão e qualidade ainda não vivenciados na unidade. Conforme apresentado no indicador:

Atos normativos: 70% elaborados;

Cronogramas/planejamento de reuniões anual: 90% elaborados e validados;

Regimentos internos: 90% elaborados e validados;

Execução de reuniões: 0

A implementação das comissões foi planejada de forma escalonada para garantir uma transição ordenada e eficaz. E para fazer cumprir essa implantação, nos dias 20 e 21 de agosto, a Responsável Técnica (RT) de Enfermagem da Avante Social realizou uma visita técnica à unidade para iniciar a implantação das seguintes comissões: Comissão de Óbitos, Comissão de Prontuários, Comissão da Central de Material e Esterilização (CME) e Núcleo Interno de Segurança do Paciente.

A visita foi importante para a adaptação das comissões às necessidades específicas da unidade e para a definição dos procedimentos e cronogramas de funcionamento. Durante a reunião com a gestão da unidade (coordenação médica, coordenação de enfermagem e farmacêutica), foram lidas e discutidas as diretrizes dos regimentos internos, definidos os membros das comissões e elaborado o cronograma de reuniões. Essa reunião visava assegurar a correta compreensão e adesão às novas práticas e responsabilidades.

A gestão operacional e efetividade para o cumprimento do planejamento de implementação de reuniões estão relacionadas à performance dos líderes da unidade. Durante o período de 07/08 a 31/08 vivenciado turnover de 3 profissionais Enfermeiros Responsável Técnico e solicitação de desligamento da coordenadora administrativa, não sendo possível a efetividade das ações planejadas, resultando em atraso na implementação. Essa mudança na equipe de gestão, impactou diretamente o progresso das atividades planejadas e exigiu um novo plano de ação para finalização deste projeto.

Ações de Melhoria:

1. Composição do novo tripé de gestão.
2. Capacitação das lideranças da unidade no processo.
3. Planejamento de implementação no mês de setembro/2024.

Percentual de Cumprimento do Planejamento de Protocolos Clínicos e Assistenciais

Meta alcançada. Os 5 protocolos planejados para setembro foram implementados pela coordenação médica, conforme planejamento abaixo.

INDICADOR	OBJETIVO	CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO				
10	Percentual de Cumprimento do Planejamento de Protocolos Clínicos e Assistenciais 1-5: Implantar até 07/10 6-10: Implantar até 07/09 11-15: Implantar até 07/11	Pontuação: 0% a 89%: Meta Não alcançada >90%: Meta Alcançada 1 SIM: 25% 2 SIM: 50% 3 SIM: 75% 4 SIM: 100%				
<small>Fonte: A Unidade de Pronto Atendimento irá garantir a implantação e gerenciamento dos protocolos clínicos e assistenciais municipais, utilizando a descrição do critério de diagnóstico, algoritmo de tratamento, mecanismo de monitoramento clínico, supervisão de eventuais adversos, normas para a produção e qual o outro aspecto relevante.</small>	META: >90%					
	RESULTADO GLOBAL		33,3%	PONTOS OBTIDOS		NÃO ALCANÇADA
	ATÉ 07/09	0,00%	ATÉ 07/10	100,00%	ATÉ 07/11	0,00%
PRODUÇÃO						
Fórmula	Protocolo Elaborado no	Protocolo no Interact	Equipe capacitada	Protocolo Implantado?	Resultado	
1. Protocolo de PCR - Parada Cardiorrespiratória					✖	0%
2. Protocolo de Diarreia Aguda					✖	0%
3. Protocolo de Crise Convulsiva					✖	0%
4. Protocolo de Animais Peçonhentos					✖	0%
5. Protocolo de Múltiplas Vítimas/Desastres					✖	0%
IMPLANTADOS ATÉ 07/10	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	✔	0,00%
6. Protocolo de Dor Torácica	SIM	SIM	SIM	SIM	✔	100%
7. Protocolo de Infecção do Trato-Urinário	SIM	SIM	SIM	SIM	✔	100%
8. Protocolo de Acidente Vascular Encefálico	SIM	SIM	SIM	SIM	✔	100%
9. Protocolo de Sepsis	SIM	SIM	SIM	SIM	✔	100%
10. Protocolo de Pneumonia Comunitária	SIM	SIM	SIM	SIM	✔	100%
IMPLANTADOS ATÉ 07/09	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	✔	100,00%
11. Protocolo de Dor					✖	0%
12. Protocolo de Dengue/ Zikavírus/ Chikungunya					✖	0%
13. Protocolo de SRAG					✖	0%
14. Protocolo de Bronquiolite					✖	0%
15. Protocolo de Crise Asmática					✖	0%
IMPLANTADOS ATÉ 07/11	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	✔	0,00%
	0	0	0	0	✔	33,33%

A implementação dos protocolos clínicos será faseada em três etapas, com o objetivo de garantir uma absorção eficaz dos treinamentos e a adaptação dos novos procedimentos à prática diária da unidade. Esses protocolos foram desenvolvidos pela equipe médica do Instituto Avante Social e posteriormente adaptados às necessidades e condições específicas da UPA, respeitando os fluxos que interligam com outras unidades do Município de Bauru para garantir sua eficácia e aplicabilidade.

O objetivo é assegurar que todos os profissionais compreendam e possam aplicar os protocolos corretamente, promovendo um atendimento de alta qualidade e alinhado com as melhores práticas.

Após a implementação inicial, será realizada uma avaliação contínua para monitorar a adesão e a eficácia dos protocolos. Feedback da equipe e análises de casos práticos ajudarão a identificar áreas para melhorias e ajustes necessários.

Percentual de Cumprimento do Planejamento de Manual de Normas e Rotinas

INDICADOR	OBJETIVO		CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO			
11	Percentual de Cumprimento do Planejamento de Manual de Normas e Rotinas		Pontuação: 0% a 89%: Meta Não alcançada >90%: Meta Alcançada 1 SIM: 25% 2 SIM: 50% 3 SIM: 75% 4 SIM: 100%			
Fonte: O serviço irá possuir manuais de normas e rotinas para no mínimo as seguintes áreas: enfermagem, serviço de nutrição e dietética, processamento de roupas e enxovais, processamento de materiais e gerenciamento de resíduos. O indicador desta meta é dado pela comprovação da efetiva existência e implantação dos manuais elencados.			META: >90%			
			RESULTADO	50,0%	PONTOS OBTIDOS	NÃO ALCANÇADA
PRODUÇÃO						
Fórmula		Manual Elaborado	Manual validado	Equipe capacitada	Manual Implantado?	Resultado
Manual de normas e rotinas de enfermagem		SIM	SIM			50%
Manual de normas e rotinas do serviço de nutrição e dietética		SIM	SIM			50%
Manual de normas e rotinas de processamento de roupas e enxovais		SIM	SIM			50%
Manual de normas e rotinas de processamento de materiais (CME)		SIM	SIM			50%
Manual de normas e rotinas de gerenciamento de resíduos		SIM	SIM			50%
		100,00%	100,00%	0,00%		50,00%

Para garantir a eficácia dos processos e a padronização das práticas na UPA Mary Dota, foram elaborados diversos manuais de normas e rotinas. Estes documentos visam orientar a equipe assistencial sobre os principais processos da unidade. Os documentos foram submetidos à avaliação detalhada do gestor local, incluindo coordenador de enfermagem, coordenador administrativo, nutricionista e outros profissionais envolvidos.

Manual de Normas e Rotinas de Enfermagem criado compreende uma série de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) relacionados aos processos de enfermagem. O acervo do manual é extenso, abrangendo todos os procedimentos padrões necessários para a prática de enfermagem na UPA. Caso necessário, será criado novos documentos para a áreas da assistência.

O Manual de Normas e Rotinas do Serviço de Nutrição e Dietética, foi revisado e validado pela nutricionista da unidade. O manual contempla diretrizes sobre a elaboração de dietas, controle de qualidade alimentar e segurança alimentar.

Manual de Normas e Rotinas de Processamento de Roupas e Enxovais foi desenvolvido um Procedimento Operacional Padrão (POP) para o processamento de roupas e enxovais. Como a unidade não realiza diretamente o processamento de enxovais que é feito por uma empresa

terceirizada, esse documento foi criado para descrever o recebimento, armazenamento e distribuição do enxoval.

A unidade já possui um manual existente para o processamento de materiais no Centro de Material e Esterilização (CME). Este manual servirá como base para o treinamento da equipe, garantindo que todos os procedimentos de esterilização e desinfecção sejam realizados de acordo com os padrões estabelecidos.

O Manual de Normas e Rotinas de Gerenciamento de Resíduos foi desenvolvido e validado e o próximo passo é treinar a equipe sobre os procedimentos de gerenciamento de resíduos. O manual aborda a segregação, armazenamento e descarte seguro de resíduos hospitalares, visando a conformidade com as normas de segurança e meio ambiente.

A implantação desses manuais visa promover a consistência e a qualidade no atendimento, garantir a conformidade com os padrões institucionais e melhorar a eficiência operacional da UPA.

Em fase de contratação de um enfermeiro educador que apoiará na capacitação dos profissionais em todos os manuais.

Evidenciado algumas oportunidades de melhoria. No início do projeto, evidenciado um elevado turnover de gestores e funcionários, impactando no cumprimento dos prazos de implantação.

Ações de Melhoria:

1. Implementar cultura de engajamento e qualidade na unidade.
2. Contratar enfermeiro educador para dedicação ao processo de desenvolvimento e qualificação profissional.
3. Cumprir o cronograma de treinamentos.
4. Estabelecer rituais de gestão e acompanhamento diário, semanal e mensal das equipes e indicadores da unidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto se encontra em fase de implantação e maturação. Consideramos que a implantação foi bem sucedida, considerando tempo de início do projeto pactuado com o município, 100% de profissionais recém admitidos na unidade e as condições operacionais de início do projeto. A equipe do Instituto Avante Social está atuando e monitorando diariamente o projeto. Acreditamos que o relacionamento estabelecido juntamente à secretária de saúde, diretoria de atenção às urgências e emergências, gestora e fiscal do contrato é fundamental e o fator crítico de sucesso desta parceria.

Nos primeiros 25 dias de implementação, foram alcançados os seguintes marcos:

- Desenvolvimento de um plano de ação focado na melhoria dos processos e correção de inconformidades identificadas nas avaliações iniciais;
- Fortalecimento da relação com a equipe local, promovendo acolhimento e integração dos profissionais, criando um ambiente de colaboração;
- Elaboração de documentos e planejamento estruturado para a execução dos novos processos operacionais;
- Reorganização do fluxo de trabalho na sala de emergência, com a criação de documentação para controle de medicamentos e materiais respiratórios, além da organização dos armários. Todos os medicamentos sem controle adequado foram recolhidos, e o carrinho de emergência foi identificado e lacrado. Implementou-se também um checklist diário para controle dos equipamentos, realizado pela equipe de enfermagem;
- Reestruturação da Central de Material Esterilizado (CME), que incluiu a limpeza, identificação dos armários, montagem de kits de curativos e organização de bandejas de acessos centrais, otimizando o fluxo de materiais;
- Organização e otimização dos almoxarifados, promovendo um controle mais eficaz de insumos e materiais;
- Formalização de contratos com prestadores de serviços terceirizados, assegurando a continuidade de serviços essenciais;
- Realização de um inventário completo dos bens e imóveis da UPA, garantindo maior controle patrimonial;
- Diagnóstico situacional detalhado da unidade, proporcionando uma visão clara das áreas prioritárias para as próximas fases do projeto;
- Alinhamento de fluxos e processos com a equipe do SAMU, buscando uma integração mais eficiente entre os serviços de urgência e emergência;
- Padronização de formulários de segurança do paciente, incluindo identificação à beira leito, relógio de mudança de decúbito, identificação de soros e formulários de identificação de eventos adversos;
- Apresentação dos manuais de boas práticas, com um acervo de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) essenciais para a equipe assistencial;
- Criação dos regimentos internos das comissões de saúde, reforçando a governança institucional;
- Alinhamento dos fluxos operacionais do laboratório, com treinamentos específicos para a equipe assistencial, melhorando a eficácia dos processos laboratoriais;
- Criação do macro fluxo da jornada do paciente e do fluxo laboratorial, visando a otimização da experiência e segurança do paciente;

- Instituição da Comissão de Controle de Fluxos (CCF), responsável por monitorar e garantir a eficiência nos processos da jornada do paciente e do laboratório.

As ações desenvolvidas no período inicial do projeto foram fundamentais para a garantia da operação da unidade. A continuidade desse trabalho, fortalecendo a cada dia o relacionamento institucional com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru e com o acompanhamento constante da equipe do Instituto Avante Social, será essencial para garantir o sucesso da implantação, a eficiência operacional, a qualidade e segurança na prestação de serviço e o mais importante, a satisfação da comunidade assistida com a assistência prestada pela equipe multidisciplinar da unidade.

Em anexo a este relatório, encontram-se os documentos implementados no período referenciado.



Telefone
31) 3295-5655

Email
institucional@avantesocial.org.br

Endereço
R. José Hemetério Andrade, 950 - Buritis, Belo Horizonte - MG



