



RELATÓRIO

UPA MARY DOTA - BAURU/SP

SETEMBRO 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:

N

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 Socioassistencial

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.

Instituto Avante Social

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

■

Instituto Avante Social

SUMÁRIO



| | |
|---|-----------|
| 1. Avante Social | |
| 1.1 Eixo Saúde | 8 |
| 2. Termo de Colaboração..... | 8 |
| 3. Relatório de Avaliação..... | 9 |
| 4. Metas Quantitativas e Qualitativas dos Indicadores..... | 9 |
| 4.1. Indicadores Quantitativos..... | 10 |
| 4.1.1. Atendimento Médico UPA 24 horas..... | 10 |
| 4.1.2. Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas..... | 11 |
| 4.1.3. Acolhimento com Classificação de Risco..... | 11 |
| 4.1.4. Número Absoluto de Diagnóstico em Laboratório Clínico..... | 12 |
| 4.1.5. Número Absoluto de Diagnóstico por Radiologia Simples..... | 13 |
| 4.1.6. Número Absoluto de Eletrocardiografia..... | 13 |
| 4.2. Indicadores Qualitativos..... | 14 |
| 4.2.1. Conformidade no Processo de Informação aos Usuários..... | 14 |
| 4.2.1.1. Certidões de Responsabilidade Técnica..... | 14 |
| 4.2.1.2. Escalas Assistenciais..... | 17 |
| 4.2.1.3. Cartaz de Pesquisa de Satisfação..... | 17 |
| 4.2.1.4. Net Promoter Score..... | 20 |
| 4.2.1.5. Efetividade das Ações de Humanização do Atendimento..... | 22 |
| 4.2.1.6. Comissões Obrigatórias e Apoio Assistencial..... | 23 |
| 4.2.1.7. Protocolos Clínicos Assistenciais..... | 24 |
| 4.2.1.8. Manual de Normas e Rotinas..... | 26 |
| 4.2.1.9. Atividades do SESMT..... | 27 |
| 4.3. Considerações Finais..... | 28 |

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 e 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 em relação a outros serviços de saúde.
- Zelar pela qualidade das ações e do pessoal contratado que se encontrarem em efetivo exercício em consonância às 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 setembro 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 estão 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 QUANTITATIVOS

4.1.1. Atendimento médico em UPA 24hs

Meta mensal: 7.750 atendimentos

Resultado obtido: 8.231 atendimentos

No período, foram realizados 8.231 atendimentos médicos, período compreendido entre 01/09/2024 e 30/09/2024. 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. Solicitado treinamento junto aos gestores de contrato, como facilitadores, para um novo cronograma de treinamento, posto que houve turnover da equipe assistencial neste último mês;
2. Preenchido formulário do CNES de todos os colaboradores, inclusive corpo clínico e inserido no sistema de CNES da prefeitura;
3. Reuniões com a equipe de faturamento e CNES para entender as inconsistências e glosas provenientes de falhas operacionais.

4.1.2. Atendimento de Urgência com observação até 24hs

Meta mensal: 7.750 atendimentos

Resultado obtido: 5.189

Durante o mês de setembro de 2024, a UPA Mary Dota realizou 8.231 atendimentos médicos no total. Desses, 5.189 exigiram observação por até 24 horas ou mais, o que corresponde a 63% dos pacientes atendidos que necessitaram de observação de até 24 horas. Considerando o perfil urgência e emergência, entendemos que o número é representativo e pouco estratégico para a rotatividade, podendo causar atrasos nos atendimentos e superlotação na Unidade.

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. Estabelecido fluxo de cadastro de entrada e saída de colaboradores com a equipe do CNES da prefeitura;
3. Capacitação da coordenação no módulo de relatórios;
4. Acesso liberado no sistema MV com abrangência para coordenação nos módulos de relatório;
5. Benchmarking com a UPA Bela Vista 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.

4.1.3. Acolhimento com classificação de risco

Meta mensal: 7.750 atendimentos

Resultado obtido: 8.882

No mês de setembro, foram realizadas 8.882 classificações de risco na UPA. Esse número é superior ao total de atendimentos médicos realizados.

Superamos a meta estabelecida, porém nota-se que há um número maior de pacientes triados com classificação de risco e acolhimento em relação aos que tiveram atendimento médico, este número representa 8% de possíveis desistências de atendimento médico. Após verificação, realmente houveram muitas evasões no início do mês de setembro por demora no atendimento médico.

Foi realizado um alinhamento com a equipe médica em relação a maior produtividade por plantonista com monitoramento contínuo em relação a qualidade da assistência.

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, além da classificação de prioridade de atendimento com a classificação de risco, a equipe de enfermagem também classifica todos pacientes que terão atendimento odontológico.

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.

4.1.4. Número Absoluto de Diagnóstico em Laboratório Clínico

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

Resultado obtido: 5.324

Dos 8.231 atendimentos médicos realizados, foram realizados 5.324 exames em 1.144 pacientes, o que representa 14% dos pacientes atendidos. Obtivemos apenas 71% da meta de diagnóstico em laboratório clínico, atualmente ainda não temos acesso ao relatório de classificação de risco para entender o perfil de gravidade dos pacientes atendidos e realizar uma análise robusta do não atingimento da meta. Podemos afirmar que no mês de setembro tivemos um número expressivo de atendimento de sintomas gripais e suspeita de dengue que mudaram o perfil epidemiológico e consequentemente investigativo dos pacientes, tendo uma grande demanda em relação a teste de COVID e dengue. Não temos como contabilizar o quantitativo pela ausência da prescrição em sistema no campo "procedimento", a equipe médica estava solicitando no campo conduta e ausência da prescrição no campo correto, impossibilita esta contabilização.

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. Orientação da equipe médica em relação prescrição correta em sistema MV;
3. Alinhamento junto a coordenação médica sobre condutas terapêuticas de pacientes com permanência maior que 12 horas.

4.1.5. Número Absoluto de Diagnóstico por Radiologia Simples

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

Resultado obtido: 1.211

Realizamos 21% acima da meta.

Ações de Melhoria:

1. Monitoramento das indicações através de análise de prontuário.

4.1.6. Número Absoluto de Eletrocardiografia

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

Resultado obtido: 30 (lançados no sistema MV)

Evidenciado lançamento em sistema de 30 exames de ECG no mês de setembro. Após análise do resultado, foi constatado que a equipe médica estava realizando a prescrição do exame no sistema MV no campo “conduta” e o correto para que o sistema contabilize o procedimento é realizar a prescrição no campo “procedimento”. Outro ponto importante foi que a equipe assistencial é inabilitada para realizar a checagem do sistema, pois o único CBO permitido na checagem é o do médico.

1. Aguardando capacitação no sistema MV para todos os profissionais;
2. Orientação realizada para equipe médica em relação ao campo correto da prescrição;

3. Orientação realizada para equipe assistencial, buscar o nome do médico solicitante do exame para checagem;
4. Iniciado contabilização por planilha manual pela equipe de enfermagem.

4.2. INDICADORES QUALITATIVOS

4.2.1. Conformidade no processo de Informação aos usuários

| 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: UPA Mary Dota | | META: 90% | | | | |
| | | RESULTADO | 83,3% | PONTOS OBTIDOS | | NÃO ALCANÇADA |
| PRODUÇÃO | | | | | | |
| FÓRMULA | SEMANA 1 | SEMANA 2 | SEMANA 3 | SEMANA 4 | SEMANA 5 | 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 SEU/Ouvidoria) | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM | 75% |
| 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 | SIM | 100% |
| Informações disponíveis sobre horário de visita, especialidades atendidas, especialidades disponíveis na unidade | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | 100% |
| | 66,67% | 66,67% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 83,33% |

- A semana 5 refere-se aos dias 28/09/2024 a 30/09/2024

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:

4.2.1.1 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.

✓ Certidão de Responsabilidade Médica

INFORMAR / CONSULTAR / PEDIR

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CERTIDÃO DE MANDATO DE DIRETORIA TÉCNICA

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO a pedido de pessoa interessada, que revendo os assentamentos do cadastro de pessoas jurídicas deste Conselho, deles verificou constar que o **Dra. LARISSA NODETO MIRANDA - CRM/SP nº 151249** figura como **DIRETORIA TÉCNICA** pelo estabelecimento denominado **UNID DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA MARY DOTA**, registrado sob nº 1009716, de 13/09/2024 até a presente data. Era o que se continha em ditos assentamentos, os quais vão aqui, bem e fielmente transcritos, e aos quais se reporta e dá fé.

Certidão emitida gratuitamente em meio eletrônico em 02/10/2024 às 16:28:01
Válida até 01/12/2024
Código de protocolo: 119080

Para verificar a autenticidade, consulte o site do Cremesp ou utilize um leitor de qCode
<https://www.cremesp.org.br/?SiteAcao=ConsultaCertidao>



Rua Frei Caneca, 1.282, Consolação, CEP: 01307-002 - São Paulo/SP
Telefone: (11) 4349-9900 / www.cremesp.org.br



✓ Certidão de Responsabilidade de Enfermagem

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - CRT
(Resolução COFEN nº 727 de 27 de setembro de 2023)

Validade: De 04/10/2024 a 04/10/2025

O COREN SP expede o presente documento, designando como Responsável Técnico pela Gestão Assistencial na área de Enfermagem:

Nome da Enfermeira: DRA DAYANE THEODORO DAS VIRGENS COREN-SP nº: 539331
Horário: 2ª a 6ª - 08h00 às 17h00 Carga Horária: 40h00min/Sem
Instituição Contratante: INSTITUTO JURIDICO PARA EFETIVACAO DA CIDADANIA E SAUDE
Endereço: RUA JOSE HEMETERIO ANDRADE 950 (5ª E 6ª ANDAR) Bairro: BURITIS
CEP: 30493180 Cidade: BELO HORIZONTE Estado: MG
Local de Atuação: UPA MARY DOTA
Endereço: RUA PEDRO SALVADOR S/N QUADRA 02 Bairro: NUC HAB M DOTA
CEP: 17026390 Cidade: BAURU Estado: SP
Anotação: 148822 Data: 04/10/2024 Livro: 368 Folha: 134
Identificação Nº: 4518225710152612 São Paulo, 4 de outubro de 2024

Sérgio Aparecido Cleto
SÉRGIO APARECIDO CLETO
COREN-SP 80.017
Presidente

Esse documento possui mecanismos para validação de autenticidade. Para confirmar a veracidade dessas informações, acesse:
<https://autenticidade.documentos.nrc.coren.sp.gov.br> e utilize o código de acesso: 77877718025 e a data do documento: 04/10/2024
Código de segurança: 353966616562303737556438323330376857616275331663965638373533

✓ Certidão de Responsabilidade de Farmácia


Realizada a baixa da Responsabilidade Técnica da farmacêutica da Prefeitura de Bauru, estamos aguardando a regularização do CNPJ filial Bauru para realizar a assunção da farmacêutica Luana Bonfim.

✓ Certidão de Responsabilidade de Odontologia

Documentação toda pronta para assunção da Dr.^a Danielle Gomes Duarte, AVANTE em processo de cadastramento no CRO para efetivação da assunção.

✓ Certidão de Responsabilidade de Radiologia

Realizado o cadastro de indicação, aguardamos retorno do Conselho


CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 5ª REGIÃO
SÃO PAULO
Serviço Público Federal

INDICAÇÃO DO SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS

EMPRESA OU ENTIDADE INDICADORA DO SUPERVISOR

Razão Social Instituto Jurídico para EF da Cida E. SAI
CNPJ 08.893.990/0001-12 Setor de
Endereço Rua Jose Hemeleiro Andrade nº 990
Complemento Bairro Purilis
CEP 30493-180 Cidade Pelo Horizonte UF MG
Tel. fixo (31) 3295-5695 Tel. celular () e-mail institutojuridico@ig.com.br

Requer o credenciamento de Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas, conforme Resolução CONTER nº 11, de 11 de novembro de 2011, de:


Profissional indicado(a) LARISSA BARBECIDO CARNEIRO FILHO
CRTR nº 21.525 T CPF nº 434.742.135-85
Tel. fixo () Tel. celular (11) 99743-4673 e-mail lariissa@ig.com.br

Relação empregatícia ou contratual:
☒ Funcionário CLT ☐ Funcionário Público ☐ Prestador de Serviços ☐ Outros

EMPRESA OU ENTIDADE ONDE SERÁ PRESTADO SERVIÇO

Razão Social Instituto Jurídico para EF da Cida E. SAI
CNPJ 08.893.990/0001-12 Setor de
Endereço Rua Jose Hemeleiro Andrade nº 990
Complemento Bairro Purilis
CEP 30493-180 Cidade Pelo Horizonte UF MG
Tel. fixo (31) 3295-5695 Tel. celular () e-mail institutojuridico@ig.com.br

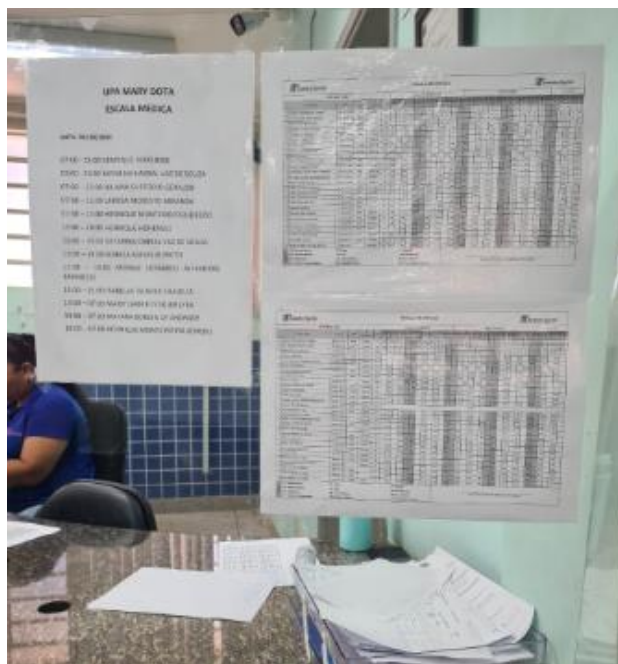
Nestes termos, pede Deferimento.
Baura, 02 de Outubro de 2024.
Juliana de Lima Gusquiani
Carimbo e assinatura do(a) Responsável legal da Empresa Indicadora
Juliana de Lima Gusquiani
Carimbo e assinatura do(a) Profissional indicado(a)



CRTR 5ª Região-SP
Rua Herculano, nº 169 - Sumaré - CEP 01257-050 - São Paulo - SP
e-mail: sat@crtr.org.br - site: www.crtr.org.br

4.2.1.2 Escala de Atendimento Assistencial

Já é divulgada a escala de plantão médico e de enfermagem em local acessível na UPA Mary Dota para dar transparência à população.




4.2.1.3 Cartaz de Pesquisa de Satisfação e Informações sobre o SAU/Ouvidoria


Implantado o processo de Ouvidoria e Pesquisa de Satisfação no dia 17/09/2024 para que os pacientes saibam como encaminhar sugestões, reclamações ou elogios.


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



Recomendação



Solicitação



Informação


UPA Ouvidoria MARY DOTA


Qual o tipo de manifestação você quer fazer?



Sugestão


Elogio


Denúncia


Recomendação


Solicitação


Informação

☐ **VAI SE IDENTIFICAR?**
☐ **SIGILOSO**
☐ **ANÔNIMO***

*As manifestações registradas da 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 style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

Email


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

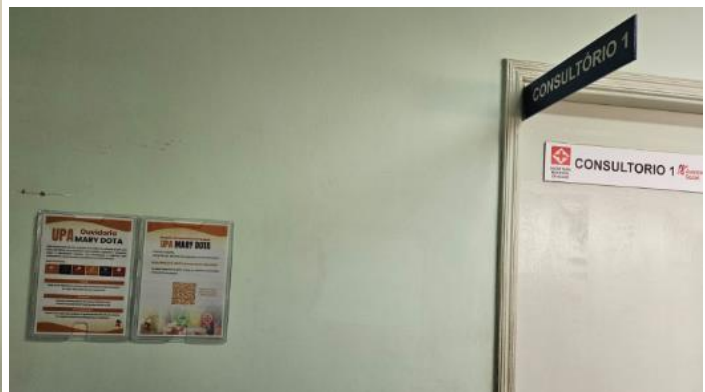
Telefone

Entre em contato através do número **(14) 3109-2460**.
Horário de atendimento: Todos os dias de 08h às 18h.

Pessoalmente

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





Obtivemos desde a implantação apenas 07 manifestações em 17/09/2024, entendemos ser um número relativamente alto e por isso iniciamos uma ação de busca ativa em relação ao retorno para melhoria do processo de atendimento junto com a equipe médica, enfermagem, serviço social e recepção. Seguem algumas evidências.

UPA Ouvidoria MARY DOTA

Qual o tipo de manifestação você quer fazer?

☒ SUGESTÃO ☐ FOLIO ☐ 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: Isabely Moraes
CPF: 023410665 Email: isabelmoraes@ig.com.br
Telefone: 13 49191543

Descrição dos fatos:
Fui muito bem atendida pela Dra Dentista Mariana e sua auxiliar Sheila

Referido a: _____
Nome completo: _____
Data de Nascimento: _____
Nome da mãe: _____
Local do fato: _____

Cite até 3 envolvidos

| Nome: | Cargo/função: | Identidade funcional: |
|-------|---------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Este cliente que a Ouvidoria realizará o tratamento de todos dados envolvendo operações como de coleta, seleção, classificação, processamento, avaliação ou controle de informações, modificação, transmissão, distribuição, transferência, armazenamento, equipamento, eliminação, diluição ou destruição, além de envio de notificações por e-mail ou por outros meios.

UPA Ouvidoria MARY DOTA

Qual o tipo de manifestação você quer fazer?

☐ SUGESTÃO ☒ FOLIO ☐ 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: Isabely Moraes
CPF: 023410665 Email: isabelmoraes@ig.com.br
Telefone: 13 49191543

Descrição dos fatos:
Isabely Moraes - Sheila - muito obrigada por ter bem atendido

Referido a: D. Mariana
Nome completo: Isabely Moraes
Data de Nascimento: 13/11/1975
Nome da mãe: Joana Moraes
Local do fato: UPA Mary DOTA

Cite até 3 envolvidos

| Nome: | Cargo/função: | Identidade funcional: |
|-------|---------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Este cliente que a Ouvidoria realizará o tratamento de todos dados envolvendo operações como de coleta, seleção, classificação, processamento, avaliação ou controle de informações, modificação, transmissão, distribuição, transferência, armazenamento, equipamento, eliminação, diluição ou destruição, além de envio de notificações por e-mail ou por outros meios.

UPA Ouvidoria MARY DOTA

Qual o tipo de manifestação você quer fazer?

☐ SUGESTÃO ☒ FOLIO ☐ 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: Ruaneia Matos
CPF: 3216424561 Email: ruaneiamatos@ig.com.br
Telefone: 11 99104005

Descrição dos fatos:
Estão de parabéns os dentistas, além de ser super atenciosos aos outros profissionais

Referido a: _____
Nome completo: _____
Data de Nascimento: _____
Nome da mãe: _____
Local do fato: _____

Cite até 3 envolvidos

| Nome: | Cargo/função: | Identidade funcional: |
|-------|---------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Este cliente que a Ouvidoria realizará o tratamento de todos dados envolvendo operações como de coleta, seleção, classificação, processamento, avaliação ou controle de informações, modificação, transmissão, distribuição, transferência, armazenamento, equipamento, eliminação, diluição ou destruição, além de envio de notificações por e-mail ou por outros meios.

UPA Ouvidoria MARY DOTA

Qual o tipo de manifestação você quer fazer?

☐ SUGESTÃO ☒ FOLIO ☐ 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: Ruaneia Matos
CPF: 3216424561 Email: ruaneiamatos@ig.com.br
Telefone: 11 99104005

Descrição dos fatos:
Muito bem atendida pela equipe Odontológica da unidade. Uma equipe e Aux. Sheila

Referido a: _____
Nome completo: Ruaneia Matos
Data de Nascimento: 15.09.79
Nome da mãe: Sueli ap. Matos
Local do fato: _____

Cite até 3 envolvidos

| Nome: | Cargo/função: | Identidade funcional: |
|-------|---------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

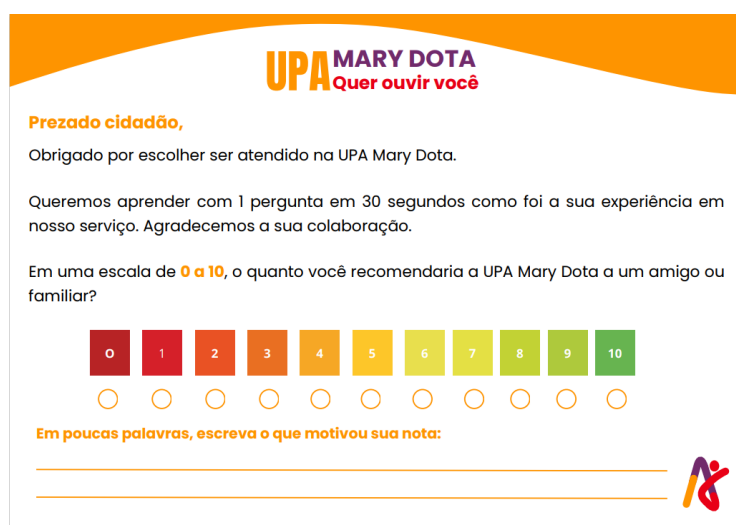
Este cliente que a Ouvidoria realizará o tratamento de todos dados envolvendo operações como de coleta, seleção, classificação, processamento, avaliação ou controle de informações, modificação, transmissão, distribuição, transferência, armazenamento, equipamento, eliminação, diluição ou destruição, além de envio de notificações por e-mail ou por outros meios.

O processo de monitoramento e retorno aos usuários é de três dias úteis quando identificados. A atualização contínua dessas informações é fundamental para assegurar a conformidade e a excelência no atendimento.

4.2.1.4 Net Promoter Score - NPS

Durante este primeiro mês de implantação, foi realizado diagnóstico da unidade visando desenvolver pesquisa de satisfação com aderência ao perfil epidemiológico da comunidade assistida. Optado por implementar a metodologia Net Promoter Score - NPS. Desenvolvido material de comunicação e canal de pesquisa virtual para levantamento dos dados. O projeto foi implantado em 17/09/2024 para monitoramento da experiência do cliente com a jornada assistencial.

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. No mês de setembro obtivemos a pontuação do NPS de 22, sendo 61% Promotores e 39% Detratores



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:



Pesquisa de Experiência do Paciente
UPA MARY DOTA

Prezado cidadão,
obrigado por escolher ser atendido na UPA Mary Dota.

SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE PARA NÓS!

Acesse nosso formulário online ou solicite o formulário manual na recepção.

 Aponte o celular para o QR Code e deixe sua nota.



| 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 deste 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: Pesquisa usuário | | META: 100% | | | | | |
| | | RESULTADO | 83,3% | PONTOS OBTIDOS | | | NÃO ALCANÇADA |
| PRODUÇÃO | | | | | | | |
| FÓRMULA | | SEMANA 1 | SEMANA 2 | SEMANA 3 | SEMANA 4 | SEMANA 5 | TOTAL |
| Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Implementado | | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | 125% |
| Realização de capacitação em humanização para todos os profissionais da unidade, conforme cronograma quadrimestral (setembro, janeiro, maio) | | NÃO | NÃO | NÃO | SIM | SIM | 50% |
| Implantação do processo de Ouvidoria (fluxo, formulário, canal telefônico, e-mail) | | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM | 50% |
| | | 33,33% | 33,33% | 66,67% | 100,00% | 100,00% | 83% |

4.2.1.5 Efetividade das Ações de Humanização do Atendimento

| 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: Manifestação usuário | | META: 100% | | | | | |
| | | RESULTADO | 83,3% | PONTOS OBTIDOS | | NÃO ALCANÇADA | |
| PRODUÇÃO | | | | | | | |
| FÓRMULA | | SEMANA 1 | SEMANA 2 | SEMANA 3 | SEMANA 4 | SEMANA 5 | TOTAL |
| Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Implementado | | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | 125% |
| Realização de capacitação em humanização para todos os profissionais da unidade, conforme cronograma quadrimestral (setembro, janeiro, maio) | | NÃO | NÃO | NÃO | SIM | SIM | 50% |
| Implantação do processo de Ouvidoria (fluxo, formulário, canal telefônico, e-mail) | | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM | 50% |
| | | 33,33% | 33,33% | 66,67% | 100,00% | 100,00% | 83% |

Tivemos no mês de setembro diversas quedas de sistema com uma demanda grande onde realmente os fluxos ficaram frágeis e ocasionam atrasos no atendimento, principalmente em relação a fila de espera e como dias superlotados que trouxeram insatisfação do usuário. Iremos realizar um benchmarking com a UPA Bela Vista para entendermos o plano de contingência da unidade na queda do sistema está agendado para segunda semana do mês de outubro.

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.

✓ 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 foram 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 evidências do treinamento serão enviadas como anexo e estarão identificadas como - Anexo 1: Classificação de Risco.

✓ Política Nacional de Humanização – PNH

Iniciado no mês de setembro uma sensibilização em relação ao Programa Nacional de Humanização – PNH, onde a equipe do serviço social esteve totalmente engajada realizando a introdução das Política Nacional de Humanização e conseguiu abranger uma porcentagem extremamente significativa entre os profissionais da UPA Mary Dota. Considerando a dimensão da Política, resolvemos realizar capacitações mensais ao colaborador e terceiros da Unidade. As evidências do treinamento serão enviadas como anexo e estarão identificadas como – Anexo 2: Política Nacional de Humanização – PNH.

4.2.1.6 Comissões Obrigatórias e 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: | 60,0% | 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 | SIM | | 100% |
| Comissão de Ética de Enfermagem | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | | 25% |
| Comissão de Análise e Revisão de Prontuários | SIM | SIM | SIM | SIM | | 100% |
| Comissão de Verificação de Óbitos | SIM | SIM | SIM | SIM | | 100% |
| Comissão de Gerenciamento de Riscos | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | | 0% |
| Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde | SIM | SIM | SIM | SIM | | 100% |

| | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|--|--------|
| Comissão de Núcleo Interno de Segurança do Paciente | SIM | SIM | SIM | SIM | | 100% |
| Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA | SIM | NÃO | SIM | SIM | | 75% |
| Plano de Contingência para Atendimento de Múltiplas Vítimas | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | | 0% |
| Conselho Gestor da Unidade | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | | 0% |
| | 60,00% | 60,00% | 60,00% | 60,00% | | 60,00% |

Continuamos no processo de implantação das Comissões obrigatórias, porém considerando a complexidade de implementação da operação iremos finalizar a implantação de todas as Comissões no mês de outubro. As evidências do treinamento serão enviadas como anexo e estarão identificadas como:

Anexo 3: Comissão de Ética Médica

Anexo 4: Comissão de Ética de Enfermagem

Anexo 5: Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Anexo 6: Comissão de Verificação de Óbitos

Anexo 7: Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Anexo 8: Comissão do Núcleo Interno de Segurança do Paciente

Anexo 9: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

Próximos Passos:

1. Aguardar o prazo de 45 dias do Edital de composição da chapa para votação em relação à Comissão de Ética de Enfermagem;
2. Implantar a Comissão de Gerenciamento de Risco
3. Aguardar o término de inscrição da CIPA
4. Plano de Contingência para Atendimento de Múltiplas Vítimas: Realizado reunião para alinhamento do treinamento com o SAMU para o mês de outubro;
5. Conselho Gestor da Unidade: Orientado pela gestão da bancada saúde aguardar.

4.2.1.7 Protocolos Clínicos e Assistenciais

Os 5 protocolos planejados para setembro foram implementados pela coordenação médica, conforme planejamento abaixo e treinado em conjunto com a equipe de enfermagem, a única pendência é interna da Avante em relação ao sistema de qualidade Interact, porém o mesmo não interfere nas condutas e qualidade assistencial dispensada ao usuário.

| 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% | | | |
| Fonte: A Unidade de Pronto Atendimento irá garantir a implantação e gerenciamento dos protocolos clínicos e assistenciais municipais, utilizando a descrição de critérios de diagnósticos, algoritmos de tratamentos, mecanismo de monitoramento clínico, supervisão de eventos adversos, normas para a prescrição segura e outros aspectos relevantes. | META: >90% | | | | | |
| | RESULTADO GLOBAL | | 50,0% | | PONTOS OBTIDOS | |
| | ATÉ 07/09 | 75,00% | ATÉ 07/10 | 75,00% | ATÉ 07/11 | 0,00% |
| PRODUÇÃO | | | | | | |
| Fórmula | | Protocolo Elaborado no prazo | Protocolo no Interact | Equipe capacitada com evidências | Protocolo Implantado? | Resultado |
| 1. Protocolo de PCR – Parada Cardiorrespiratória | | SIM | NÃO | SIM | SIM | 75% |
| 2. Protocolo de Diarreia Aguda | | SIM | NÃO | SIM | SIM | 75% |
| 3. Protocolo de Crise Convulsiva | | SIM | NÃO | SIM | SIM | 75% |
| 4. Protocolo de Animais Peçonhentos | | SIM | NÃO | SIM | SIM | 75% |
| 5. Protocolo de Múltiplas Vítimas/Desastres | | SIM | NÃO | SIM | SIM | 75% |
| IMPLANTADOS ATÉ 07/10 | | 100,00% | 0,00% | 100,00% | 100,00% | 75,00% |
| 6. Protocolo de Dor Torácica | | SIM | NÃO | SIM | SIM | 75% |
| 7. Protocolo de Infecção do Trato-Urinário | | SIM | NÃO | SIM | SIM | 75% |
| 8. Protocolo de Acidente Vascular Encefálico | | SIM | NÃO | SIM | SIM | 75% |
| 9. Protocolo de Sepsis | | SIM | NÃO | SIM | SIM | 75% |
| 10. Protocolo de Pneumonia Comunitária | | SIM | NÃO | SIM | SIM | 75% |
| IMPLANTADOS ATÉ 07/09 | | 100,00% | 0,00% | 100,00% | 100,00% | 75,00% |
| 11. Protocolo de Dor | | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | 0% |
| 12. Protocolo de Dengue/ Zikavírus/ Chikungunya | | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | 0% |
| 13. Protocolo de SRAG | | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | 0% |
| 14. Protocolo de Bronquite | | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | 0% |
| 15. Protocolo de Crise Asmática | | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | 0% |
| IMPLANTADOS ATÉ 07/11 | | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| | | 0 | 0 | 0 | 0 | 50,00% |

A implementação dos protocolos clínicos está 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. As evidências do treinamento serão enviadas como anexo e estarão identificadas como:

Anexo 10: Protocolo de PCR
Anexo 11: Protocolo de Diarreia Aguda
Anexo 12: Protocolo de Crise Convulsiva
Anexo 13: Protocolo de Animais Peçonhentos
Anexo 14: Protocolo de Múltiplas Vítimas/ Desastres
Anexo 15: Protocolo de Dor Torácica
Anexo 16: Protocolo de Infecção de Trato Urinário
Anexo 17: Protocolo de AVC
Anexo 18: Protocolo de Seps
Anexo 19: Protocolo de Pneumonia Comunitária

4.2.1.8 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 | 5,0% | PONTOS OBTIDOS | | | NÃO ALCANÇADA |
| PRODUÇÃO | | | | | | |
| Fórmula | Manual Elaborado | Manual no Interact | Equipe capacitada com evidências | Manual Implantado? | | Resultado |
| Manual de normas e rotinas de enfermagem | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | | 0% |
| Manual de normas e rotinas do serviço de nutrição e dietética | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | | 0% |
| Manual de normas e rotinas de processamento de roupas e enxovais | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | | 0% |
| Manual de normas e rotinas de processamento de materiais (CME) | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | | 0% |
| Manual de normas e rotinas de gerenciamento de resíduos | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | | 25% |
| | 20,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | | 5,00% |

Para garantir a eficácia dos processos e a padronização das práticas na UPA Mary Dota, estão sendo elaborados diversos manuais de normas e rotinas. Estes documentos visam orientar a equipe assistencial sobre os principais processos da unidade.

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.

Considerando a dinâmica e necessidade assistencial da UPA Mary Dota, bem como a visualização de fragilidades técnicas da equipe, a RT de enfermagem priorizou outros treinamentos que foram considerados mais urgentes no mês de setembro. Neste sentido, os demais protocolos serão construídos e implantados no mês de outubro.

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.

4.2.1.9 Atividades do SESMT

O SESMT vem trabalhando de forma expressiva para cumprir o plano de trabalho e todas as legalidades exigidas em uma Unidade de Saúde. As evidências do treinamento serão enviadas como anexo e estarão identificadas como:

Anexo 20: Distribuição de Uniformes

Anexo 21: Ordem de Serviço

Anexo 22: Manual de Biossegurança

Anexo 23: NR32

Anexo 24: CAT

Anexo 25: Demais treinamentos

4.3. 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.

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.



Telefone
31) 3295-5655

Email
institucional@avantesocial.org.br

Endereço
R. José Hemetério Andrade, 950 -



Buritis, Belo Horizonte - MG