ANEXO A

ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO E AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DA UPA TIPO III – REGIÃO OCEÂNICA

**ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA A UPA III**

**A. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO**

O presente contrato de gestão tem como principal objetivo a UPA Tipo III, na região oceânica, através da criação de instrumentos de monitoração e da atribuição de incentivos financeiros. Estes permitirão uma gestão rigorosa e ao mesmo tempo equilibrada que, consciente das necessidades da população, vise à mudança de perspectiva assistencial, com uma abordagem totalizante, gerando autonomia para os indivíduos e melhorando, assim, o acesso da população aos cuidados de saúde.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesma. Pode-se considerar como parte do processo de direção do contrato a identificação e a avaliação de problemas, discussão e negociação com as Organizações Sociais e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implantadas. A Fundação Municipal de Saúde de Niterói, através da Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação, elaborará os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos.

**A.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO**

A Fundação Municipal de Saúde de Niterói, como entidade Contratante, é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento, visando à otimização dos recursos e à correção de possíveis descumprimentos. Para tal, será criada a Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas e da prestação de contas, em conformidade com o contrato de gestão.

**A.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO**

A Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação – CTAA - realizará o monitoramento e a avaliação do funcionamento dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente acordados com a Organização Social. É facultado à FMS, a qualquer tempo e sem necessidade de autorização por parte da contratada, visitar, supervisionar ou fiscalizar a unidade.

Sempre que necessário, outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares e/ou coadjuvantes às ações de avaliação da CTAA.

**A.3. COMPO**SIÇÃO

A CTAA será constituída pela Superintendência de Ações Jurídicas, representada pelo(a) Superintendente; pela Vice-Presidência da Atenção Hospitalar e de Emergência (VIPAHE), representada pelo(a) Vice-presidente; pela Superintendência Administrativa e Financeira (SUAFI), representada pelo Superintendente e pelo Conselho Municipal de Saúde, representado por Conselheiro Usuário eleito pelo Pleno do Conselho. Os respectivos representantes dos setores da FMS componentes da CTAA elegerão técnicos, assessores e/ou consultores para avaliar e produzir pareceres suficientes para subsidiar seus relatórios na a composição do processo de prestação de contas.

Toda prestação de contas avaliada pela CTAA será encaminhada à Secretaria de Planejamento Controle e Modernização da Gestão para apreciação e considerações.

A coordenação das reuniões da CTAA caberá ao Vice-Presidente de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência ou representante instituído **para tal.**

**A**.4. FUNÇÕES

As funções da comissão serão:

a) Realizar reuniões periódicas, segundo calendário previamente divulgado e sob convocação do Vice-Presidente da VIPAHE;

b) Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela FMS ou pela contratada,

c) Registrar em ata todas as reuniões realizadas, as quais deverão ser assinadas pelos componentes da CTAA e demais participantes presentes;

d) Avaliar os resultados da execução do contrato de gestão e o funcionamento dos serviços, assim como os relatórios econômico- financeiros apresentados pela instituição parceira, fazendo as recomendações pertinentes;

e) Analisar o alcance das metas através dos indicadores estabelecidos no contrato de gestão, ajustando-as e adequando-as quando indicado;

f) Indicar as medidas corretivas aos possíveis descumprimentos que venham a ser observados e realizar discussões com a instituição parceira, quando necessário;

g) Analisar previamente e emitir parecer acerca de qualquer proposta de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços executados, inclusive quando implicarem em ampliação do quadro de profissionais contratados pelo projeto;

h) Avaliar a pontuação do quadro de indicadores de acompanhamento, avaliação e metas;

i) Elaborar e encaminhar relatórios ao Presidente da Fundação Municipal de Saúde acerca dos dados analisados;

j) Emitir parecer conclusivo sobre o desempenho da contratada.

**B. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**

**B.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS**

Caberá àcontratada descrever e executar:

Mecanismos de informação e comunicação à população sobre:

1. Os serviços que oferta;
2. Indicadores de avaliação de desempenho destes serviços, utilizando padrões estabelecidos pela FMS;
3. meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados. Sistema gerencial de informação com acesso pela internet: os Registros a serem utilizados na atividade assistencial; a Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
4. Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
5. Referência e contra-referência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar de acordo com os critérios estabelecidos pelas políticas setoriais específicas nos âmbitos nacional, estadual ou municipal.

B.2. Diagnóstico físico e operacional dos recursos humanos, materiais e equipamentos dos serviços de suas unidades e serviços.

Após dois meses de execução do diagnóstico, serão disponibilizados àcontratada pela FMS os indicadores referentes a este item.

**B.3. BOA PRÁTICA CLÍNICA**

As referências que apoiam a boa prática clínica relacionadas ao escopo de atuação da unidade hospitalar em questão são:

1. As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências.
2. O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
3. Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros serviços no âmbito territorial;
4. Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela FMS.
5. As quatro referências de boas práticas citadas acima não são excludentes e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTAA são:

1. Qualificação dos profissionais;
2. Utilização do prontuário clínico;
3. Uso de outros registros da atividade assistencial;
4. Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da FMS;
5. Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES RJ e FMS.
6. Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na urgência e emergência;
7. Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, caso proceda, dos agravos;
8. Perfil de prescrição farmacêutica;
9. Auto-avaliação assistencial pelos profissionais;
10. Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
11. Avaliação externa da prática assistencial;
12. Avaliação externa da satisfação do usuário;
13. Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

**B.4. ATENÇÃO AO USUÁRIO**

1. Esses critérios serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:
2. Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
3. Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
4. Incentivo à autonomia dos usuários;
5. Tratamento individualizado e personalizado;
6. Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo a informação obtida através de questionário de pesquisa de opinião realizado pela instituição parceira ou por órgão designado ou contratado para tal fim.

**B.5. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**

1. Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade em todo o processo, de modo que seja reconhecida pelo próprio usuário. Esta articulação se dará por meio da Central de Regulação da FMS, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.
2. Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:
3. Protocolos de fluxo, de regulação e clínicos e linhas de cuidado sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados na UPA III;
4. Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra- referências estabelecidas;
5. Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
6. Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede;
7. Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.

**B.6. Do desenvolvimento das atividades assistenciais:**

 A Unidade de Pronto Atendimento - UPA Tipo III – Região Oceânica deve estar inserida na Rede de Atenção às Urgências, de acordo com as seguintes competências:

I - funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

II - acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na Unidade;

III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente especifico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

IV - estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos conexos, atualizando-os sempre que a evolução do conhecimento tornar necessário;

V -articular-se com unidades básicas de saúde/saúde da família, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;

VI - possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com o porte do tipo III;

VII - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

VIII - Prestar atendimento aos traumas de natureza não cirúrgica, incluindo o seguimento. E referências posteriores. IX- fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica;

X - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

XI -realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

XII - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

XIII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 horas;

XIIV - manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

XV - encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação, conforme antes mencionado, por meio das centrais reguladoras;

XVI - prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;

XVII - contra-referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;

XVIII -solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade; e

XIX- garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

XX – garantir a composição da equipe médica, de acordo com as especialidades, com um total de, no mínimo, 06 (seis) médicos por plantão, além de assegurar até 450 (quatrocentos e cinquenta) atendimentos/24h; e no mínimo 25 (vinte e cinco) leitos de observação na Unidade, observando a planilha de especialidades prevista no item 3.3 do Termo de Referência.

XXI – comprovar o desenvolvimento de atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação

XXII–Providenciar a inscrição da UPA Tipo III – Região Oceânica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e realizar a alimentação dos Sistemas de Informação do SUS (SIA e SIH) com os dados de produção de serviços, mesmo que não-geradores de pagamento de procedimentos por produção, ficando estabelecido que a não-alimentação dos bancos de dados nacionais poderá implicar em sanções de advertência, multa ou suspensão de repasses de acordo com o cronograma financeiro estabelecido, de acordo com a reincidência do fato, após parecer conclusivo da Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação do Contrato, garantido o contraditório e ampla defesa.

**C. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS :**

**1. INDICADORES DE DESEMPENHO:**

**a) Taxa de Satisfação dos usuários: meta – 80 % de satisfação**

**b) Taxa de finalização de prontuários correta: meta 100% dos prontuários finalizados corretamente**

**c) Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito: meta 100% dos prontuários com óbitos.**

**d) Taxa de Revisão de prontuários pela CCIH: meta 100% dos prontuários revistos pela CCIH**

**e) Taxa de Revisão de Prontuários das Salas Amarela e Vermelha: meta 100% prontuários revisados**

**f) Taxa de usuários adultos classificados quanto ao risco por enfermeiro: meta 70% dos adultos.**

**g) Taxa de usuários classificados como risco vermelho com tempo máximo de espera < 5 min: meta 100%**

**h) Taxa de usuários classificados como risco amarelo com tempo máximo de espera <30 min: meta 90%**

**i) Taxa de usuários classificados como risco verde com tempo máximo de espera < 50 min: meta 80%**

**j) Taxa de transferência de usuários: meta < ou = 1%**

**k) Taxa de profissionais médicos cadastrados no CNES: meta 100%**

**2. INDICADORES DE PRODUÇÃO:**

**a) Indicador de produção diária que inclui:**

**a.1) acolhimento (assistente social, clínica médica e pediatria)**

**a.2) atendimento clínico (assistente social, clínica médica e pediatria)**

**a.3) internação de observação – clinica médica e pediatria**

**a.4) urgência clínica médica, pediatria, ortopedia**

**a.5) classificação de risco (assistente social, clínica médica e pediatria)**

**a.6) totalização: acolhimento, urgência, emergência, atendimento médico, internação de observação**

**b) Planilha de Procedimentos e exames realizados: inclui quantitativos e discriminação de exames laboratoriais, de exames radiológicos, de registros gráficos, de procedimentos simples realizados na Unidade.**

**c) Pesquisa de satisfação: inclui formulário próprio padronizado relacionados ao tempo de espera, ao ambiente físico do atendimento, agilidade, avaliação da equipe, limpeza e organização da unidade, equipe de enfermagem, equipe médica, administração da medicação, realização de exames complementares, orientação final.**

**d) Planilha contendo os dados consolidados das transferências realizadas, incluindo tipo de vtramb empregada, nome do usuário, idade e diagnóstico, dia e hora da transferência, local de destino.**