



**Relatório Assistencial AP 5.2**

Novembro 2021

Contrato 002/2021-52

## **Contrato de Gestão nº 002/2021-52**

# **Relatório Assistencial de Acompanhamento do Contrato de Gestão**

**AP 5.2**

**Novembro 2021**



**Área técnica**

**Gestora do contrato**

Luciana Krull

**Equipe Gestão de contratos eSF**

Marianna Rocha

Camila Nascimento

Joyce Augusto

Leonardo Paiva

Camila Marques

**Sistemas de Informação**

**Gerente de informação**

Daniel Fraga

**Assessora de Informação**

Ana Paula Cunha

**Analista de Banco de Dados**

Carla Vieira da Costa

**Analista de Informação**

Luisa Fernandes de Mello Silva

**Assistente de Informação**

Luana dos Santos Teixeira Silva

## ÍNDICE

<b>Lista de siglas e abreviaturas</b>	<b>5</b>
<b>Apresentação</b>	<b>6</b>
<b>Apresentação dos indicadores da atual CTA</b>	<b>6</b>
<b>Fonte de dados utilizadas neste relatório</b>	<b>8</b>
<b>Registro no portal OS Info</b>	<b>8</b>
<b>Variável 1</b>	<b>9</b>
<b>Descrição</b>	<b>9</b>
<b>Apresentação dos indicadores</b>	<b>11</b>
<b>Relatório de intervenções para alcance da variável 1</b>	<b>16</b>
<b>Indicador 1: Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas</b>	<b>16</b>
<b>Indicador 2: Proporção de profissionais de saúde cadastrados</b>	<b>19</b>
<b>Indicador 3: Percentual de consultórios com impressora funcionando</b>	<b>20</b>
<b>Indicador 4: Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas</b>	<b>21</b>
<b>Indicador 5: Proporção de unidades que realizam o fornecimento (medicamentos controlados</b>	<b>22</b>
<b>Indicador 6: Proporção de unidades que informaram em dia (BPA, SISAB)</b>	<b>23</b>
<b>Indicador 7: Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB</b>	<b>24</b>
<b>Indicador 8: Proporção de gasto administrativo em relação ao total do gasto</b>	<b>25</b>
<b>Indicador 9: Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços em saúde ou SMS</b>	<b>25</b>
<b>Indicador 10: Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados</b>	<b>27</b>
<b>Indicador 11: Valor médio de medicamentos prescritos por usuário</b>	<b>34</b>



<b>Indicador 12: Valor médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário</b>	35
<b>Indicador 13: Proporção de pacientes encerrados como abandono de Tuberculose no período</b>	36
<b>Indicador 14: Taxa de recém-natos com sífilis congênita por nascidos vivos na área</b>	38
<b>Indicador 15: Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas</b>	40
<b>Indicador 16: Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com 16 anos ou mais)</b>	42
<b>Indicador 17: Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com menos de 16 anos)</b>	42
<b>Indicador 18: Rotatividade (Turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família</b>	43
<b>Indicador 19: Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiários do CFC</b>	44
<b>Indicador 20: Proporção de escolas e creches cobertas na área da unidade</b>	45
<b>Variável 2</b>	46
<b>Variável 3</b>	46

## Lista de siglas e abreviaturas

CTA - Comissão Técnica de Avaliação

CAP – Coordenação de Atenção Primária

OSS Viva Rio - Organização Social de Saúde Viva Rio

UCs - Unidades Contábeis

SAP – Superintendência de Atenção Primária

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EqSF- Equipe de Saúde da Família

EqSB- Equipe de Saúde Bucal

BF – Bolsa Família

CFC – Cartão Família Carioca

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

DICA – Divisão de Informação, Controle e Avaliação

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

CADWEB - Sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde

SUBPAV - Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde

## Apresentação

Em cumprimento à Resolução SMS nº 5302 de 03 de março de 2022, que estabelece, dentre outros, agenda de reunião das Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA) para o ano de 2022, o período de apresentação do relatório de CTA foi alterado.

O presente documento tem como objetivo apresentar os resultados dos indicadores de desempenho da variável passíveis de cálculo no momento para o mês de novembro de 2021.

## Apresentação dos indicadores da atual CTA

O relatório assistencial é composto por informações provenientes do prontuário eletrônico vigente na AP 5.2 até janeiro, o e-SUS, para os seguintes indicadores:

- Proporção de profissionais de saúde cadastrados;
- Valor médio de medicamentos prescritos por usuário;
- Valor médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário;
- Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com 16 anos ou mais);
- Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com menos de 16 anos);
- Proporção de escolas e creches cobertas na área da unidade.
- Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB.

Visto que não é possível garantir a consistência da informação, os indicadores com fonte PEP (e-SUS) não serão apresentados neste relatório de CTA. Além disso, solicitamos que a CTA avalie a desconsideração destes indicadores no período em análise.

Sendo assim, serão apresentados os indicadores da variável 1 que seguem detalhados abaixo:

- 1) Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas (Fonte:ATA assinada e carimbada);
- 2) Percentual de consultórios com impressora funcionando (Fonte: Declaração do diretor/gerente);
- 3) Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas (Fonte: Declaração do diretor/gerente);
- 4) Proporção de unidades que realizam o fornecimento (Fonte: Declaração do farmacêutico);
- 5) Proporção de unidades que informaram em dia (Fonte: Declaração da Divisão de Informação, Controle e Avaliação - DICA);
- 6) Proporção de gasto administrativo em relação ao total do gasto (Fonte: Prestação de contas);
- 7) Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços em saúde ou SMS (Fonte: Prestação de contas);
- 8) Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados (Fonte: Declaração do diretor/gerente);
- 9) Proporção de pacientes encerrados como abandono de Tuberculose no período (Fonte: SINAN);
- 10) Taxa de recém-natos com sífilis congênita por nascidos vivos na área (Fonte: SINAN);
- 11) Rotatividade (Turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família (Fonte: Declaração do RH);
- 12) Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiários do CFC (Fonte: Portal Bolsa Família/SUBPAV)



No que se refere aos indicadores das variáveis 2 e 3, estes não serão apresentados devido a impossibilidade de validação para confirmação da consistência dos dados e assim garantir fidedignidade à informação enviada pela contratada.

## Fonte de dados utilizadas neste relatório

Em 09 de agosto de 2021 foi divulgado ofício circular S/SUBPAV nº 23/2021. O mesmo adequa as fontes de alguns indicadores, sendo estes os que foram considerados neste relatório de CTA.

## Registro no portal OS Info

Faz-se necessário sinalizar a **impossibilidade de registro correto dos resultados dos indicadores no portal OS Info**, devido à necessidade de ajustes do mesmo para que atenda ao contrato de gestão atual. Para compreensão da situação, segue abaixo o detalhamento das inconsistências:

O acesso ao portal OS Info é realizado a partir do endereço: <https://osinfo1.prefeitura.rio/principal.php>. Para o registro dos indicadores é necessário acessar administrador -> formulários -> digitação de indicadores:



O caminho supracitado direciona à seguinte tela e são realizadas as seguintes seleções:



Digitação de Indicadores

Secretaria (*) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	OS (*) 264 - VIVA RIO	Tipo Unidade (*) ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	Contrato (*) 003/2021	
Tipo de Relatório (*) Indicadores Saúde de Família (ATUAL)	Grupo (*) Parte 1 - Análise direta da performance da Organiz	Subgrupo Gestão do Teias (out/2018)		
Unidade -- Selezione --	Equipe -- Selezione --	Ano (*) 2021	Ms (*) 08	Dia (*) 01

Atentamos para a relevância de algumas sinalizações, no que se refere ao registro dos indicadores. Após selecionar a opção "Indicadores Saúde da Família (ATUAL)" em tipo de relatório, ficam disponíveis os seguintes grupos: Parte 1 - Análise direta da performance da Organização Social e Parte 2 - Análise direta da performance das Unidades e equipes de Saúde.

Entretanto, o contrato de gestão firmado entre esta OS e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) contempla 3 partes: Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS; Parte variável 02 - incentivo institucional à unidade de saúde; Parte variável 03 - incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal.

Destaca-se que ao selecionar o subgrupo após a especificação da parte 2 como opção, fica disponível o subgrupo "gestão de equipes (out/2018)". Entretanto, o contrato vigente é de maio de 2021. Ainda é importante ressaltar que não há local para registro da variável 3 no portal.

As inconsistências referentes ao portal OS Info foram sinalizadas por meio do ofício 1236/Viva Rio/2021, que segue anexo a esta CTA (Anexo I).

## Variável 1

### Descrição

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do contrato de gestão.

A parte variável 01 é composta por 20 indicadores e pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 80 a 100%, ou seja, ao menos 16 indicadores com metas alcançadas implicam em destinação do total de até 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% de equipes de saúde da família completas. No caso de equipes incompletas no CNES, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, fará jus somente a 1%.

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% de ESF completas. No caso de equipes incompletas no CNES mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, fará jus somente a 0,5%. O 1,5% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”;

(iii) cumprimento de menos de 60% (ou 60 a 79% mas com ESF incompletas) das metas implica em destinação do total do recurso (2%), mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”.

Dos 20 indicadores previstos, 9 foram atingidos, o que corresponde a 45% do total. Salienta-se que foram apresentados nesta CTA 13 indicadores. Destacamos que 7 indicadores dependiam da extração da informação do prontuário vigente até janeiro, o e-SUS. Como não há validação dessas informações de forma a certificar a fidedignidade das mesmas, a OS optou por não apresentar esses indicadores. Sendo assim, esta OS solicita a desconsideração dos indicadores de fonte PEP. Caso atendida esta solicitação, seriam atingidos 9 indicadores de um total de 13, o que corresponderia a um alcance de 69,23%

## Apresentação dos indicadores

Indicadores	META	NOVEMBRO	RESULTADO	SITUAÇÃO
1 - Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas (Fonte:ATA assinada e carimbada)	>=95%	100%	100%	Alcançado
2 -Proporção de profissionais de saúde cadastrados (Fonte: SCNES e Prontuário eletrônico)	95%	-	-	-
3 -Percentual de consultórios com impressora funcionando (Fonte: Declaração do diretor/gerente)	95%	90,67%	90,67%	Não alcançado
4 -Proporção de unidades de saúde com declaração que estão	95%	100%	100%	Alcançado

regularmente abastecidas (Fonte: Declaração do diretor/gerente)				
5 - Proporção de unidades que realizam o fornecimento (Fonte: Declaração do farmacêutico)	95%	100%	100%	Alcançado
6 - Proporção de unidades que informaram em dia (Fonte: Declaração DICA)	100%	100%	100%	Alcançado
7 - Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB (Fonte: CNES)	95%	-	-	-
8 – Proporção de gasto administrativo em	Máx 7%	4,47%	4,47%	Alcançado

relação ao total do gasto (Fonte: Prestação de contas)				
9 - Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços em saúde ou SMS (Fonte: Prestação de contas)	95%	30,77%	30,77%	Não alcançado
10 - Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados (Fonte: Declaração do diretor/gerente)	95%	73,75%	73,75%	Não alcançado
11 – Valor médio de medicamentos prescritos por usuário (Fonte: PEP)	Máx R\$ 51,78	-	-	-
12 – Valor médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário (Fonte: PEP)	Máx R\$ 41,80	-	-	-

13 – Proporção de pacientes encerrados como abandono de Tuberculose no período (Fonte: SINAN)	Máx 10%	4%	4%	Alcançado
14 – Taxa de recém-natos com sífilis congênita por nascidos vivos na área (Fonte: SINAN)	Máx 0%	1,85%	1,85%	Não alcançado
15 - Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas (Fonte: SINASC)	80%	84,55%	84,55%	Alcançado
16 - Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com 16 anos ou mais) (Fonte: PEP)	90%	-	-	-
17 - Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas	90%	-	-	-

com menos de 16 anos) (Fonte: PEP)				
18 - Rotatividade (Turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família (Fonte: Declaração do RH)	Máx 15%	4,47%	4,47%	Alcançado
19 - Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiários do CFC (Fonte: Portal Bolsa Família/SUBPAV)	80%	95,97%	95,97%	Alcançado
20 - Proporção de escolas e creches cobertas na área da unidade (Fonte: PEP)	80%	-	-	-

Fonte: Elaboração própria



## Relatório de intervenções para alcance da variável 1

Apresentamos o trabalho desenvolvido e o contexto que contribuiu para os resultados dos indicadores da variável 1, obtidos no período de análise que corresponde ao mês de novembro de 2021.

Os documentos comprobatórios dos indicadores da V1, exigidos no Ofício circular S/SUBPAV Nº 23/2021 de 9 de agosto de 2021, estão apresentados no Anexo IV.

### Indicador 1: Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas

**Meta: 95%**

**Resultado do período: 100%**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	35	35	<b>SOMA</b>
Denominador	35	35	<b>SOMA</b>
Resultado	100%	100%	

Fonte: ATA Comissão de Revisão de Prontuário (CRP)

Neste indicador, a área atingiu o resultado de 100%.

Caso as unidades estivessem sem Médico Responsável Técnico no período, foi orientado aos gestores das unidades que incluíssem temporariamente na CRP um dos médicos atuantes na unidade, e que na ata fosse sinalizado que a unidade não possui RT Médico.

Para realização das Comissões de Revisão de Prontuário, a assessoria técnica da OS elencou 27 critérios (Anexo III) para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e o tratamento da sífilis na gestação. Tais critérios são utilizados como parâmetros para avaliar a qualidade e os aspectos essenciais e relevantes da assistência à saúde. A



proposição dos critérios partiu não só das condicionalidades dos próprios indicadores sanitários e do Contrato de Gestão, como também das definições encontradas nas literaturas e nos protocolos institucionais da SMS/RJ, do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Foram incluídos como critério de avaliação as cadernetas de gestantes, entendendo que o preenchimento adequado deste documento é de suma importância, por transpor em seus registros a assistência prestada àquela gestante e por ser considerado o documento oficial da mulher no momento de assistência ao parto.

A seguir, descrevemos as etapas propostas para o trabalho das Comissões, definindo o que é esperado para cada uma delas:

#### **Avaliação do nível de conformidade dos critérios:**

Cada comissão deverá avaliar os prontuários em formulário online específico e que será disponibilizado pela assessoria da OSS Viva Rio, os prontuários indicados, conforme orientações abaixo. A avaliação terá como objetivo identificar se houve o cumprimento dos critérios de qualidade definidos.

**Passo 1-** Na planilha de gestantes com pré-natal encerrado em 2021, filtrar os casos da sua unidade de saúde e selecionar de forma aleatória simples, 4 casos;

**Passo 2-** Na planilha de gestantes com diagnóstico de sífilis e pré-natal encerrado em 2021, filtrar os casos da sua unidade de saúde e selecionar de forma aleatória simples, 1 caso;

**Passo 3** - Na planilha de gestantes em acompanhamento de pré-natal, selecionar de forma aleatória 5 casos no **segundo trimestre de gestação**;

**Passo 4** - O Gestor da unidade deverá selecionar aleatoriamente 5 cartões de pré-natal. Poderá realizar cópia ou foto para posterior avaliação destes;

**Passo 5-** Com a amostra dos casos em mãos (sendo 5 em cada um dos meses definidos), pesquisar o prontuário de cada gestante em busca do registro das informações, ou seja, do cumprimento dos critérios definidos acima.

**Passo 6** - Com a amostra de 5 cartões em mãos, avaliar mensalmente o preenchimento adequado e completo dos cartões e responder sobre a completude dos critérios no formulário *google forms* (<https://forms.gle/k5CvUPaT7WTAYaB69>).

No processo de avaliação proposto para as CRPs, cada comissão avaliou 05 (cinco) prontuários, selecionados de forma aleatória, bem como 05 (cinco) cartões de gestante em formulário online específico disponibilizado pela assessoria da OS Viva Rio. A avaliação teve como objetivo identificar se houve o cumprimento dos critérios de qualidade definidos e descritos na nota metodológica.

A partir dos resultados encontrados, as comissões elaboraram um plano de intervenção para os critérios com menor índice de cumprimento, estes considerados prioritários para o desenvolvimento de melhoria e qualificação. As estratégias e ações deverão ser desenvolvidas em conjunto com a equipe da unidade de saúde e apresentadas em reunião geral. O gerente da unidade tem papel central na viabilização desta fase. Abaixo, segue o modelo de intervenção proposto para as **etapas 5 e 6**, desenvolvidas no período considerado para este relatório:

Apresentação dos resultados:

- Apresentar a frequência de cumprimento de cada critério.
- Elencar critérios que serão pauta de discussão e melhoria, preferencialmente com menor índice de cumprimento.

Proposição de intervenções:

- Elencar ações específicas para melhoria dos critérios - Ex: Educação permanente, registro em sistema de informação, auditoria e feedback pontual, mudanças organizacionais do processo de trabalho.
- Organizar as estratégias em conjunto com a equipe, de forma efetiva, buscando resultados no processo de reavaliação.

Reavaliação de prontuários:

- Após a implementação das intervenções, a última etapa da CRP consiste em avaliar 5 prontuários selecionados aleatoriamente, com início do pré-natal após a instauração das comissões, com o objetivo de identificar o cumprimento ou não dos critérios de qualidade definidos e os possíveis efeitos de melhoria a partir das intervenções realizadas.

Em novembro, a Assessoria Técnica realizou um encontro presencial com os gestores do território, para apresentação geral e compartilhamento das experiências e matrizes construídas a partir destes resultados, propiciando troca de saberes, expertises e contribuições entre os pares. Deste encontro emergiram questões que reforçam a necessidade de vigilância constante e efetiva da assistência ao pré-natal prestada e registrada pelas eSFs, assim como o feedback da metodologia aplicada pelos grupos, tendo sido vista como positiva pela possibilidade de acompanhar e desdobrar os apontamentos das comissões. As contribuições sinalizadas pela assessoria foram registradas pelos gestores no momento da reunião e compartilhadas com a Coordenação de Área e DAPS via e-mail, assim como as matrizes.

Consideramos ter sido fundamental a participação da assessoria técnica em algumas reuniões das Comissões, com propósito de orientar e esclarecer quanto a proposta e finalidade da comissão, elaboração das atas, elaboração de plano de intervenção e estímulo às reflexões almejadas para o trabalho das Comissões, visto que esse tipo de ação não estava ocorrendo na gestão anterior.

#### **Indicador 2: Proporção de profissionais de saúde cadastrados**

**Meta: 95%**

**Resultado do período:**

	<b>Novembro</b>	<b>Resultado</b>	<b>Regra</b>
Numerador	-	-	<b>MÉDIA</b>
Denominador	-	-	<b>MÉDIA</b>
Resultado	-	-	

Fonte: PEC e-SUS e CNES

Para atender ao disposto no contrato de gestão, este indicador será apresentado posteriormente, após a implantação de prontuário eletrônico que disponibilize as



informações necessárias para seu cálculo e análise. Solicita-se ainda a desconsideração do mesmo.

Apesar da não apresentação deste indicador, seguem anexos a esta CTA os relatórios do CNES referentes à base do CNES do 5º dia útil após o fechamento do mês que foi enviada por e-mail pela DICA da área à SMS, conforme regra de validação descrita no Ofício circular S/SUBPAV nº 023/2021 de 9 de agosto de 2021. Todos os documentos se encontram assinados e carimbados pelos gerentes das unidades.

No que se refere à atualização do CNES, foi pactuado entre a OS Viva Rio e a DICA da AP 5.2 o envio da planilha de recursos humanos para a atualização das informações no CNES. Inicialmente o fluxo compreendia o envio da planilha no 10º dia útil de cada mês. Entretanto, foi identificada a possibilidade de otimização deste processo e as planilhas também estão sendo enviadas no 2º dia útil de cada mês. A alteração do fluxo foi aplicada a partir de novembro de 2021 e se caracteriza como plano de ação para a melhoria dos cadastros no CNES.

### **Indicador 3: Percentual de consultórios com impressora funcionando**

**Meta: 95%**

**Resultado do período: 90,67%**

	<b>Novembro</b>	<b>Resultado</b>	<b>Regra</b>
Numerador	243	243	<b>SOMA</b>
Denominador	268	268	<b>SOMA</b>
Resultado	90,67%	90,67%	

Fonte: Declaração do gerente/diretor

O resultado do período é 90,67%. Este é um indicador do Contrato de Gestão vigente que avalia a estrutura para impressão de documentos nos consultórios assistenciais. Na regra de cálculo apresentada no quadro de indicadores do contrato de gestão 002/2021-52, o numerador consiste no número de consultórios assistenciais com



impressora disponível e funcionando nas unidades da AP e o denominador no número de consultórios assistenciais nas unidades.

Com a publicação do Ofício circular S/SUBPAV nº 023/2021, de 09 de agosto de 2021, que sinaliza os critérios para registro, comprovação e avaliação – Variável 1, a SUBPAV acrescenta como regra de validação a definição dos postos de trabalho a serem considerados para este indicador, como: consultórios, sala de imunização, acolhimento mãe-bebê, recepção, sala da criança, sala da mulher, sala de hipertensão e diabetes, sala de procedimentos, sala de ACS e AVS, farmácia, sala de administração, sala de raio X e sala de ultrassonografia.

Destaca-se que, como regra de validação, o ofício sinaliza que o denominador deve ser fixo, com o número de salas contempladas através do levantamento feito pela OS e validado pela CAP.

Considerando a definição dos postos de trabalho que necessitam de acesso à impressão, têm sido feitos ajustes para atender a este indicador. A demanda de equipamentos a serem locados ampliou significativamente, e o fornecedor atual refere não conseguir atender prontamente ao volume solicitado. Observamos uma progressiva melhora no resultado do indicador, o que nos aponta para o alcance da meta num futuro próximo.

Destaca-se a queda de impressoras no mês de novembro, onde os equipamentos das unidades Sônia Maria e Mario Cid necessitaram de repetidas intervenções até solucionar a questão, com a troca das impressoras disponíveis.

#### **Indicador 4: Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas**

**Meta: 95%**

**Resultado do período: 100%**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	35	35	<b>SOMA</b>
Denominador	35	35	<b>SOMA</b>
Resultado	100%	100%	

Fonte: Declaração do gerente/diretor

Neste indicador, a área atingiu o resultado de 100%. Para registro e comprovação do indicador, o gerente emite mensalmente uma declaração confirmando/relatando o abastecimento regular do mês. Os comprovantes originais estão no Anexo IV.

#### **Indicador 5: Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados**

**Meta: 95%**

**Resultado do período: 100 %**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	35	35	<b>SOMA</b>
Denominador	35	35	<b>SOMA</b>
Resultado	100%	100%	

Fonte: Declaração do farmacêutico

Neste indicador, a área atingiu o resultado de 100%. Todas as unidades da A.P 5.2 dispensam corretamente os medicamentos pelo sistema DISPENSAMED e estão habilitadas e autorizadas a dispensar os medicamentos controlados.

Para fins de comprovação, as unidades extraíram os relatórios mensais por unidade do DISPENSAMED (Produção - Relação de Dispensas realizadas). Foram solicitados dois tipos de relatórios: um contendo as dispensas agrupadas por unidade e um contendo as dispensas realizadas, identificando o paciente, o prescritor e a unidade.

Para validação do documento, o farmacêutico da unidade assinou os relatórios.  
Os documentos comprobatórios estão no Anexo IV.

#### **Indicador 6: Proporção de unidades que informaram em dia (BPA, SISAB)**

**Meta: 100%**

**Resultado do período: 100%**

	<b>Novembro</b>	<b>Resultado</b>	<b>Regra</b>
Numerador	35	35	<b>SOMA</b>
Denominador	35	35	<b>SOMA</b>
Resultado	100%	100%	

Fonte: Ofício CAP

Neste indicador, a área atingiu o resultado de 100%.

O monitoramento do recebimento e avaliação do conteúdo dos arquivos de produção é realizado pela DICA da AP 5.2 com apoio da OS Viva Rio. A partir de novembro foi traçada uma estratégia de acompanhamento junto aos gestores das unidades para evitar o envio da produção com atraso, o que acarretaria na perda do indicador.

Como regra de validação do indicador, prevista no Ofício circular S/SUBPAV nº 023/2021, para procedimentos cuja modalidade seja ambulatorial, foi considerado o envio de produção pelo SISAB. Para procedimentos de média e alta complexidade (MAC) foi considerado o arquivo de produção ambulatorial, através de BPA. Sua comprovação foi realizada pela declaração emitida pela DICA do recebimento em tempo hábil e conteúdo adequado dos arquivos enviados pelas unidades.

Este indicador também prevê o registro dos resultados dos indicadores até o 10º dia útil de cada mês no portal OS Info. Os dados disponíveis para a AP 5.2 referente





aos indicadores do contrato de gestão foram digitados no portal, respeitando o prazo estipulado.

**Indicador 7: Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB**

**Meta: 95%**

**Resultado do período:**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	-	-	<b>MÉDIA</b>
Denominador	-	-	<b>MÉDIA</b>
Resultado	-	-	

Fonte: PEC e-SUS e CNES

Para este indicador, a SMS definiu no Ofício circular S/SUBPAV Nº 23/2021 de 9 de agosto de 2021 que serão considerados como e-mails válidos aqueles registrados no CNES coincida com o de envio e, para registro e comprovação do indicador, a OS Viva Rio deverá apresentar uma cópia do e-mail enviado, por Unidade de Saúde, com registro detalhado dos e-mails listados no CNES.

O registro do e-mail não é um item obrigatório no CNES, e por isso não estava no escopo de itens preenchidos na inserção de profissionais no CNES pela DICA da área.

Este resgate está sendo feito de acordo com o cadastro de novos profissionais. Aqueles já cadastrados no CNES, mas que ainda não tinham o cadastro efetuado no CNES, terão seus registros realizados paulatinamente, visto o volume de profissionais existentes na área.

Ressaltamos que, para atender ao disposto no contrato de gestão, este indicador será apresentado posteriormente, após a implantação de prontuário eletrônico que disponibilize as informações necessárias para seu cálculo e análise. Solicita-se ainda a desconsideração do mesmo.

**Indicador 8: Proporção de gasto administrativo em relação ao total do gasto**

**Meta: Máximo 7%**

**Resultado do período: 4,47%**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	R\$ 507.603,08	R\$ 507.603,08	<b>SOMA</b>
Denominador	R\$ 11.365.288,01	R\$ 11.365.288,01	<b>SOMA</b>
Resultado	4,47%	4,47%	

Fonte: Prestação de contas

Este indicador tem como objetivo avaliar a eficiência da gestão, buscando medir a proporção do gasto administrativo da área. Para o mês avaliado, houve um total de gastos com a rubrica gestão TEIAS de R\$ 507.603,08 sobre um total de gastos de R\$ 11.365.288,01, gerando um resultado de 4,47% dos gastos administrativos em relação aos gastos totais. Considerando a meta máxima de 7%, o resultado alcançado está dentro do esperado.

**Indicador 9: Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços em saúde ou SMS**

**Meta: 95%**

**Resultado do período: 30,77%**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	4	4	<b>SOMA</b>
Denominador	13	13	<b>SOMA</b>
Resultado	30,77%	30,77%	

Fonte: Prestação de contas

O indicador mede a proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços em saúde ou da Secretaria Municipal de Saúde. Apresenta como objetivo avaliar a eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto.

Os dados para calcular esse indicador possuem como fonte o setor de prestação de contas da OSS, que faz o monitoramento de preços e as solicitações de adesão às atas de preços municipais.

Tendo em vista a necessidade de praticar bons preços e com isso seguir o critério de economicidade, um dos princípios do bom apoio à gestão pública nos contratos de gestão firmados, a OSS VIVA RIO utiliza como referencial, conforme estabelecido no Ofício circular S/SUBPAV no 022/2021 RJ, a ata de registro de preços do site E-COMPRAS RIO.

Dos 13 itens adquiridos no período considerado com ata de referência, 4 foram comprados com valor abaixo da ata, como pode-se observar nas tabelas de itens adquiridos, demonstradas no Anexo II.

A Viva Rio tem como premissa a compra igual ou abaixo do preço correspondente a ata, contudo, quando não for possível, o item terá justificativa sinalizada e anexada ao processo de compra/contratação correspondente. Para o período o indicador não foi atingido, entretanto o setor de compras vem trabalhando incansavelmente e com transparência para praticar os preços previstos em ata.

Alguns desafios estão colocados neste processo, como a ausência de resposta ou negativa para a solicitação de adesão às atas de preços praticados pela prefeitura; o baixo volume de itens comprados, que dificulta a negociação com os fornecedores para solicitação de maiores descontos; e o número limitado de itens que possuem ata de preço de referência.

Nestes casos, são seguidas as diretrizes estabelecidas pela Instrução Normativa editada pela S/SUBG em 18 de março de 2016, como explicitamos abaixo:

“1- Em posse da negativa do órgão público responsável e/ou da recusa do fornecedor adjudicatário da referida ATA a OS deverá imediatamente deverá consultar, minimamente três fornecedores quanto a possibilidade de realizarem



Relatório Assistencial de Acompanhamento do Contrato de Gestão nº 002/2021-52 – Novembro 2021

a venda e ou prestação do serviço no valor máximo destinado ao referido item constante da ata de registro de registro de preço da prefeitura do RJ;

2- Caso os fornecedores se recusem a realizar a venda e/ou a prestação do serviço no valor ofertado, dentro das regras definidas no decreto Rio n.41208, a OS deverá solicitar dos fornecedores uma recusa formal, contendo inclusive a justificativa para o não aceite;

3- Em posse da negativa de adesão, pela SMS e/ou da recusa do fornecedor adjudicatário da referida ata e ou da recusa formal dos fornecedores consultados, como explicitado nos tópicos anteriores a OS deverá encaminhar estes documentos comprobatórios aos coordenadores das CAPS juntamente com a justificativa da própria OS quanto à necessidade da realização da compra;

4- Na impossibilidade de cumprimento dos decretos em referência, em razão das situações expostas acima, a OS deverá cumprir as regras estabelecidas no seu manual regimento de compras, devendo ainda serem observadas as determinações legais a respeito.”

Assim sendo, constam em anexo a este relatório a normativa descrita acima, bem como os documentos comprobatórios de impossibilidade de adesão às atas e de tentativa de compra pelo preço praticado pela SMS (Anexo I).

Nas tabelas que seguem anexas a este relatório, é possível visualizar os itens e seus respectivos valores e as atas de referência. Os itens - conforme especificação apontada - não encontrados em ata específica são sinalizados como “Sem ata de referência”. Nelas, pode-se identificar a descrição dos itens adquiridos no mês de novembro, bem como a quantidade e os valores dos mesmos. Os resultados do período estão no Anexo II.

#### **Indicador 10: Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados**

**Meta: 95%**

**Resultado do período: 73,75%**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	635	635	<b>SOMA</b>
Denominador	861	861	<b>SOMA</b>
Resultado	73,75%	73,75%	

Fonte: Declaração do gerente/diretor

Este indicador mede a proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados. A meta é de 95% e o resultado alcançado no mês é de 73,75%.

De acordo com o Ofício circular S/SUBPAV nº 023/2021 RJ, o gerente deve registrar sua avaliação para uma lista de itens e serviços ofertados, classificando-os em: satisfatório, insatisfatório ou não se aplica, para os casos em que o serviço não está previsto para aquela unidade (a relação de itens e serviços está demonstrada no quadro abaixo).

**Quadro- Itens e serviços para avaliação dos gerentes no Indicador 10**

ITENS E SERVIÇOS	CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO
Serviço de Vigilância	1.1 Nº De Vigilantes ; 1.2 Uniformizados; 1.3- Pontualidade/Assiduidade;1.4 Comportamento;
	(4 respostas)
Serviço de limpeza	2.1 Nº De Vigilantes ; 2.2 Uniformizados; 2.3- Pontualidade/Assiduidade; 2.4 Comportamento;
	(4 respostas)
Serviços de manutenção preventiva	3.1- ar condicionado; 3.2- ultrassonografia ; 3.3 – raio X ; 3.4 - equipo odontológico ; 3.5- autoclave ; 3.6 – manutenção predial; 3.7- eletrocardiograma; 3.8- câmara fria; 3.9 pintura
	(9 respostas)

Serviços de manutenção corretiva	4.1- ar condicionado; 4.2- computador; 4.3 – ultrassonografia; 4.4 - raio X; 4.5- equipo odontológico; 4.6 – autoclave; 4.7- manutenção predial; 4.8 - eletrocardiograma; 4.9- câmara fria; 4.10 - programação visual; 4.11- pintura
	(11 respostas)
Serviço de Internet	5.1 - funcionamento; 5.2 - velocidade
Serviço de Prontuário Eletrônico	6.1 - funcionamento; 6.2 - suporte

Os gestores foram orientados a realizar o registro com base nos serviços e itens disponibilizados, utilizando o critério “não se aplica” quando os mesmos não foram contratados ou fornecidos pela Viva Rio, na unidade em questão, ou quando o serviço não estava previsto para ocorrer no mês avaliado.

No numerador, são contabilizados somente os itens/serviços que receberam avaliação de boa qualidade e, no denominador, todos os itens/serviços avaliados para cada mês de análise, ou seja, somam-se todos os itens avaliados como satisfatórios e insatisfatórios.

Com intuito de qualificar as avaliações, será disponibilizado em fevereiro um instrutivo orientador para este indicador, já que muitas vezes a análise do gestor é subjetiva e pouco embasada em critérios contratuais quanto ao que está previsto para o serviço.

Os itens que versam sobre o número de porteiros e auxiliares de serviços gerais (ASG) merecem uma consideração, pois a quantidade de profissionais contratados é definida em edital, bem como o recurso orçamentário destinado ao pagamento dos recursos humanos. Esta quantidade é respeitada e seguida pela Viva Rio e, portanto, não é cabível a avaliação do número de profissionais insatisfatório, visto que não há governabilidade nem viabilidade orçamentária para aumento do quadro. A avaliação negativa será considerada adequada em casos onde não ocorreu reposição de uma vacância ou de remanejamento de profissional não pactuado com o gestor.

### **1. Serviço de Portaria**

As unidades CF Medalhista Olímpico Arthur Zanetti, Lecy Ranquine, Isabela Severo, David Capistrano Filho, Antônio Gonçalves, Alkindar Soares, e o CMS Aguiar Torres, fizeram considerações quanto ao uniforme dos porteiros em novembro, devido à pendência de entrega dos tamanhos especiais e ao uniforme entregue ser com a manga comprida. Atualmente, todos os profissionais dispõem de seus uniformes adequados.

### **2. Serviço de Limpeza**

Os uniformes dos ASG também foram ponto de insatisfação para as unidades Rogério Rocco e Maia Bittencourt, em novembro de 2021. Em Maia Bittencourt, trata-se da necessidade de tamanhos específicos de uniforme, que já foram entregues dentro do próprio mês em que foi sinalizada a insatisfação. Já na CF Rogério Rocco, houve um desgaste excessivo das calças dos uniformes, que rasgaram e foi necessário enviar outras peças em substituição.

No quesito comportamento, houve ocorrência de problemas em José de Paula, David Capistrano e Manoel de Abreu, em que foram sinalizados comportamentos inadequados dos profissionais de limpeza das respectivas unidades. A equipe de supervisão realizou conversas com estes colaboradores e solicitou mudanças no comportamento, a partir de quando vem sendo observada melhora no desempenho, acompanhada e corroborada pelo gestor local.

### **Serviços de Manutenção**

A maioria das avaliações negativas referem-se à manutenção preventiva e corretiva dos aparelhos de ar condicionado, predial e de pintura. Estes serviços eram de responsabilidade de uma empresa contratada por período emergencial, porém que não atendeu plenamente ao que foi previsto em contrato e nem ao que foi solicitado. A licitação de novos prestadores para estes serviços ocorreu em dezembro, quando foi contratada a empresa Uniservice para realizar a manutenção predial e pintura, porém a mesma não supriu as expectativas de prestar o serviço adequado.

Desse modo, este foi um mês complexo, no qual a empresa somente atendeu chamados emergenciais, não cumprindo com o contrato. Sendo assim, foi acordado um distrato entre as partes, que aconteceu no fim de janeiro, e foi convocada a segunda vencedora do pregão para iniciar o novo contrato. Acreditamos que este cenário tende a ser alterado em breve, com a nova empresa atuando.

### 3. Serviços de Manutenção Preventiva

Os protocolos de manutenção preventiva, de modo geral, preveem uma periodicidade para sua ocorrência. Esta frequência está definida no Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC) de cada unidade, e esta informação deve ser consultada para acompanhamento e avaliação dos serviços.

Portanto, apenas no mês em que ocorrer a intervenção de manutenção preventiva, este serviço deve ser avaliado quanto à sua qualidade.

De forma recorrente, as unidades apresentam compreensão equivocada quanto à periodicidade esperada e o tipo de serviço está sendo prestado, apesar das orientações fornecidas, e isso se reflete nos resultados deste indicador, não necessariamente correspondendo à realidade da AP.

Abaixo, seguem as justificativas para os apontamentos registrados pelos gestores, referentes aos aparelhos de ar condicionado:

Indicador	Unidade que avaliou negativamente	Intervenções feitas pelo analista para resolver o problema
Serviços Contratados - Manutenção preventiva - Equipos	CF DR HANS JURGEN FERNANDO	A manutenção preventiva foi realizada pela empresa TX MED no mês de novembro, especificadamente na data de 08/11/2021. OS 106205
Serviços Contratados - Manutenção preventiva - Equipos	CF JOSE DE PAULA LOPES PONTES	A manutenção preventiva foi realizada pela empresa TX MED no mês de novembro, especificadamente na data de 19/11/2021. OS 106207
Serviços Contratados - Manutenção preventiva - Autoclave	CF DAVID CAPISTRANO FILHO	A autoclave pertencente a unidade CF Hans Jurgen Fernando, apresentou defeito duas vezes no mês de novembro, sendo realizada então a manutenção corretiva, que garantiu o funcionamento do equipamento.
Serviços Contratados - Manutenção preventiva - Autoclave	CF JOSE DE PAULA LOPES PONTES	O serviço de manutenção preventiva não foi executado, pois o equipamento apresentou defeito. A empresa está aguardando a entrega das peças para conserto da autoclave, com prazo de 20 dias.

Houve sinalização de avaliação negativa da CF José de Paula sobre o mês avaliado, sobre a manutenção preventiva de ultrassonografia. Como não possuímos contrato para tal, os serviços estão sendo executados pontualmente, em conformidade com a necessidade e condição do equipamento.



De modo semelhante, a manutenção preventiva de equipos odontológicos foi considerada insatisfatória pela CF José de Paula em novembro, sendo que estava prevista para ocorrer apenas em janeiro; e pela CF Hans Jurgen, apesar de haver registro de atendimento preventivo para as cadeiras odontológicas desta unidade em 08/11/2021.

Outras sinalizações foram feitas pontualmente e estão justificadas no quadro abaixo:

Indicador	Unidade que avaliou negativamente	Intervenções feitas pelo analista para resolver o problema
Serviços Contratados - Manutenção preventiva - Eletrocardiograma	CMS PROF MANOEL DE ABREU	Em virtude da alta demanda de inoperância de equipamentos no mês de Setembro, a Nova Service concentrou seus esforços na manutenção corretiva para adequação do parque e bom funcionamento dos mesmos. A manutenção preventiva do Eletrocardiógrafo foi realizada na data de 19/10/2021.
Serviços Contratados - Manutenção preventiva - Câmara fria	CF JOSE DE PAULA LOPES PONTES	Não foi executada a manutenção preventiva deste equipamento no mês de Novembro, em virtude das peças que não haviam chegado. As baterias começaram a chegar no fim de Novembro e estão sendo instaladas gradativamente.

#### 4. Serviços de Manutenção Corretiva

As avaliações de serviço insatisfatório em novembro se concentram quase exclusivamente nos serviços de manutenção corretiva predial, de ar condicionado e de pintura, os quais eram prestados por uma empresa contratada por período emergencial, porém que não atendeu plenamente ao que foi previsto em contrato e às solicitações de sua contratante. Desse modo, foi realizado o encerramento do contrato e licitada nova empresa a ser prestadora deste serviço, o que traz a perspectiva de melhora do cenário em breve.

Abaixo relatamos as ocorrências que, apesar de sinalizadas como inadequadas, há o registro de atendimento realizado:

Indicador	Unidade que avaliou negativamente	Intervenções feitas pelo analista para resolver o problema
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO	Foram realizados 03 atendimentos corretivos na unidade no mês de novembro. Os números das ordens de serviços são: 202110663, 202110755 e 202111688.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CF DAVID CAPISTRANO FILHO	Foram realizados 04 atendimentos corretivos na unidade no mês de novembro. Os números das ordens de serviços são: 202125152, 202125163, 202125164 e 202127967.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CF DR HANS JURGEN FERNANDO	Foram realizados 02 atendimentos corretivos na unidade no mês de novembro. Os números das ordens de serviços são: 202119876 e 202126120.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CF JOSE DE PAULA LOPES PONTES	Foram realizados 03 atendimentos corretivos na unidade no mês de novembro. Os números das ordens de serviços são: 202124221, 202126362 e 202126922.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CF MARIA JOSÉ PAPER DE AZEVEDO	Foi realizado 01 atendimento corretivo na unidade no mês de novembro. O número da ordem de serviço é: 202121769.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CF MYRTE AMORELLI GONZAGA	Foram realizados 07 atendimentos corretivos na unidade no mês de novembro. Os números das ordens de serviços são: 202121537, 202122115, 202124786, 202125024, 202125110, 202127899 e 202127925.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CMS AGUIAR TORRES	De acordo com o sistema Effort, não houveram chamados para manutenção corretiva de predial no mês de Novembro.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CMS DR ADAO PEREIRA NUNES	Foram realizados 06 atendimentos corretivos na unidade no mês de novembro. Os números das ordens de serviços são: 202120087, 202120093, 202122868, 202122886, 202122896 e 202125464.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CMS DR MAIA BITTENCOURT	Foram realizados 03 atendimentos corretivos na unidade no mês de novembro. Os números das ordens de serviços são: 202117234, 202126095 e 202127924.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CMS PROF EDGAR MAGALHÃES GOMES	Foram realizados 11 atendimentos corretivos na unidade no mês de novembro. Os números das ordens de serviços são: 202120113, 202120323, 202120335, 202120355, 202120359, 202123564, 202123565, 202123566, 202123572, 202124294 e 202125070.

Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CMS PROF MANOEL DE ABREU	Foram realizados 02 atendimentos corretivos na unidade no mês de novembro. Os números das ordens de serviços são: 202123729 e 202125258.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CMS RAUL BARROSO	Foi realizado 01 atendimento corretivo na unidade no mês de novembro. O número da ordem de serviço é: 202125695.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Manutenção Predial	CMS VILA DO CEU	Foram realizados 09 atendimentos corretivos na unidade no mês de novembro. Os números das ordens de serviços são: 202109970, 202112203, 202117214, 202120182, 202120209, 202122029, 202123093, 202123094 e 202125019.

As avaliações de reparos para equipamentos clínicos demonstraram um panorama comum a quase todas as unidades: apesar de haver registros de insatisfação com o atendimento, ou com a ausência dele, não há registro de chamados abertos para reparo no mês considerado, o que remete à dificuldade do gestor em compreender a diferença entre os tipos de manutenção, bem como em ter critérios bem definidos e concretos para avaliação do serviço, para além da percepção empírica. Abaixo, correlacionamos as ocorrências e suas justificativas:

Indicador	Unidade que avaliou negativamente	Intervenções feitas pelo analista para resolver o problema
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Ultrassonografia	CF JOSE DE PAULA LOPES PONTES	Como não possuímos contrato de Manutenção de Ultrassonografia, os serviços estão sendo executados pontualmente, em conformidade com a condição do equipamento. Informamos que o prego está em andamento para contratualização do serviço.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Equipo	CF DR HANS JURGEN FERNANDO	Não houve solicitação de manutenção corretiva por parte da unidade no mês de novembro/2021.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Equipo	CF JOSE DE PAULA LOPES PONTES	Não houve solicitação de manutenção corretiva por parte da unidade no mês de novembro/2021.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Equipo	CMS DR ADAO PEREIRA NUNES	Não houve solicitação de manutenção corretiva por parte da unidade no mês de novembro/2021.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Equipo	CMS DR PEDRO NAVA	Não houve solicitação de manutenção corretiva por parte da unidade no mês de novembro/2021.
Serviços Contratados - Manutenção corretiva - Autoclave	CF DAVID CAPISTRANO FILHO	O equipamento apresentou problema na data de 14/10/2021 e gerou um orçamento com custo elevado para reparo. Desta forma, foi conversado com a CAP 5.2 se seria viável consertar ou reparar, visto que a autoclave teve seu registro cancelado pela Anvisa. Por fim, a empresa está aguardando a entrega das peças para concluir o serviço.

As avaliações negativas referentes a computadores se devem, em sua maioria, à necessidade de substituição dos equipamentos existentes e disponíveis na unidade, assim como a falta deles. A compra dos computadores já foi feita e há um cronograma de entrega mensal até completar a totalidade do que foi demandado, iniciado em novembro de 2021.

Indicador	Unidade que avaliou negativamente	Intervenções feitas pelo analista para resolver o problema
Serviços Contratados - Computador	CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO	Computadores foram entregues no fim do mês de novembro, com instalação iniciada no dia 25/11/2021
Serviços Contratados - Computador	CF DAVID CAPISTRANO FILHO	Computadores foram entregues no fim do mês de novembro, com instalação iniciada no dia 25/11/2021
Serviços Contratados - Computador	CF DR HANS JURGEN FERNANDO	Computadores foram entregues no fim do mês de novembro, com instalação iniciada no dia 25/11/2021
Serviços Contratados - Computador	CMS AGUIAR TORRES	Computadores foram entregues no fim do mês de novembro, com instalação iniciada no dia 25/11/2021
Serviços Contratados - Computador	CMS DR MAIA BITTENCOURT	Computadores foram entregues no fim do mês de novembro, com instalação iniciada no dia 25/11/2021
Serviços Contratados - Computador	CMS DR PEDRO NAVA	Computadores foram entregues no fim do mês de novembro, com instalação iniciada no dia 25/11/2021
Serviços Contratados - Computador	CMS PROF EDGAR MAGALHÃES GOMES	Computadores foram entregues no fim do mês de novembro, com instalação iniciada no dia 25/11/2021
Serviços Contratados - Computador	CMS RAUL BARROSO	Computadores foram entregues no fim do mês de novembro, com instalação iniciada no dia 25/11/2021

## 5. Serviços de Internet

Em média, metade das unidades sinalizaram problemas na internet das unidades, tanto no quesito velocidade quanto no de funcionamento.

A percepção das unidades é válida e corroborada pelo sistema de monitoramento do TI desta OS, que aponta que o link de internet não atinge a velocidade contratada. Por este motivo, foi construído um Termo de Referência e estamos em processo de substituição do fornecedor de internet, com licitação em andamento. Em uma decisão fundamentada em questões técnicas, será priorizada a contratação e uso de internet via fibra óptica, que permitirá um desempenho melhor da conectividade na região, pois somente a troca da empresa prestadora não seria suficiente para melhorar a performance deste serviço.

### Indicador 11: Valor médio de medicamentos prescritos por usuário

**Meta: R\$ 51,78**

**Resultado do período:**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	-	-	<b>MÉDIA</b>
Denominador	-	-	<b>MÉDIA</b>
Resultado	-	-	

Fonte: PEC e-SUS

Para atender ao disposto no contrato de gestão, este indicador será apresentado posteriormente, após a implantação de prontuário eletrônico que disponibilize as informações necessárias para seu cálculo e análise. Solicita-se ainda a desconsideração do mesmo.

Apesar da não apresentação deste indicador, abaixo segue o detalhamento do método de cálculo do indicador considerando a fonte vigente:

O indicador visa medir o custo médio de medicamentos prescritos por usuário e apresenta como regra de cálculo, o somatório do valor das prescrições médicas das ESF nos últimos 3 meses (REMUME E NÃO REMUME) dividido pelo número total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses. Apenas as prescrições médicas são contabilizadas para esse indicador.

#### **Indicador 12: Valor médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário**

**Meta: R\$ 41,80**

**Resultado do período:**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	-	-	<b>MÉDIA</b>
Denominador	-	-	<b>MÉDIA</b>
Resultado	-	-	

Fonte: PEC e-SUS

Para atender ao disposto no contrato de gestão, este indicador será apresentado posteriormente, após a implantação de prontuário eletrônico que disponibilize as informações necessárias para seu cálculo e análise. Solicita-se ainda a desconsideração do mesmo.

### **Indicador 13: Proporção de pacientes encerrados como abandono de Tuberculose no período**

**Meta: Máximo de 10%**

**Resultado do período: 4%**

	<b>Novembro</b>	<b>Resultado</b>	<b>Regra</b>
Numerador	1	1	<b>SOMA</b>
Denominador	25	25	<b>SOMA</b>
Resultado	4%	4%	

Fonte: SINAN

Os dados para compor o indicador foram enviados pela CAP 5.2 por ofício. No mês em análise, foram encerrados 25 casos de tuberculose pelas equipes de Saúde da Família da área, sendo 1 destes encerrado como abandono de tratamento, o que representa 4% do total de casos encerrados no período de análise. Assim, a meta para este indicador foi alcançada no período.

O município do Rio de Janeiro possui uma taxa de incidência de 60 casos novos de tuberculose por 100 mil habitantes, sendo uma das maiores do país, reafirmando a tuberculose como enorme problema sanitário, que exige esforços de políticas públicas, vigilância e cuidados em saúde para conter seu avanço.

Pelo número de casos encerrados em cada mês, apresentados pelas unidades, observamos o quanto é necessário um esforço extra das equipes em prol da identificação de casos novos e do provimento de acompanhamento e tratamento

adequados. Não à toa, esta linha de cuidado foi elencada como o próximo tema a ser foco do trabalho das Comissões de Revisão de Prontuário.

O envolvimento e interesse das equipes em qualificar os registros e as informações da linha de cuidado é parte fundamental do processo, fortalecendo a vigilância com maciço rastreamento de sintomáticos respiratórios, notificação e acompanhamento dos casos diagnosticados, com monitoramento do TDO (Tratamento Diretamente Observado), participação de equipe multidisciplinar e atualização dos instrumentos de acompanhamento, como livro verde e SINAN RIO.

O caso de abandono ocorrido no período analisado foi discutido com a gestora da unidade. A mesma argumentou que foi realizada busca ativa pela enfermeira e pelo ACS da equipe por várias semanas, sem sucesso. O usuário foi convocado a comparecer à unidade em livre demanda, porém compareceu apenas durante duas semanas. Após algum tempo, a equipe descobriu que o usuário não residia no endereço informado.

Com o objetivo de co-responsabilizar os gestores e a e-SF, mantivemos a solicitação do relatório de justificativas para que fossem descritas as ações e desdobramentos pela eSF com vistas à evitabilidade do abandono, assim como a discussão do caso e elaboração de estratégias para qualificar os acompanhamentos futuros (Anexo V).

A Assessoria Técnica manteve as ações de vigilância e apoio às e-SF, desenvolvendo monitoramento em conjunto com a DAPS, visando a redução dos abandonos e qualificação do cuidado em todas as etapas do processo, participação em reuniões técnicas, identificação de usuários com risco potencial de interrupção do tratamento de TB, discussão das práticas e atendimento das equipes que apresentaram maiores fragilidades nesta linha e/ou que tiveram seu corpo técnico modificado.

A Assessoria Técnica apoia as apoiadoras DAPS junto aos gestores, em algumas atividades como: monitoramento das amostras enviadas e cadastradas no GAL e dos casos que estão em período de encerramento, com a finalidade de não haver prorrogação de tratamento sem necessidade. Juntamente com o Livro Verde, a vigilância do GAL, são ferramentas potentes que, se bem monitoradas, qualificam o cuidado aos usuários de TB, e conseqüentemente, haverá redução do abandono.

O rastreamento de sintomáticos respiratórios, tanto pelos agentes comunitários de saúde no território, quanto pelos profissionais técnicos dentro das unidades, não tem ocorrido a contento, o que motivou a Assessoria Técnica a desenvolver uma proposta de oficina para instrumentalizar esses profissionais quanto a identificação dos sintomáticos e orientações para coleta de amostras de escarro, potencializando a captação de casos novos.

#### **Indicador 14: Taxa de recém-natos com sífilis congênita por nascidos vivos na área**

**Meta: 0%**

**Resultado do período: 1,85%**

	<b>Novembro</b>	<b>Resultado</b>	<b>Regra</b>
Numerador	40	40	<b>SOMA</b>
Denominador	2158	2158	<b>SOMA</b>
Resultado	1,85%	1,85%	

Fonte: SINAN e SINASC

O indicador apresenta o nº de recém-natos com sífilis congênita na área, nos 3 meses anteriores ao período de análise, sobre o total de nascidos vivos na área, neste mesmo período. A Viva Rio não tem acesso às bases SINAN e SINASC, que são as fontes oficiais do indicador. Desta forma, a DICA/CAP 5.2 encaminhou os dados necessários, conforme preconizado pela descrição do indicador. De acordo com ofício encaminhado pela CAP 5.2, do total de 2158 nascidos vivos, 40 foram notificados com Sífilis Congênita no período analisado.

Considerando que as unidades notificantes dos casos de sífilis congênita são as maternidades, em sua maioria, e que o filtro foi aplicado por residente da área, alguns desses casos talvez não tenham realizado pré-natal nas unidades do território coberto pelas eSF. Também é sabido que parte dos casos de notificação de sífilis congênita, na verdade corresponde às crianças expostas à sífilis, que demanda acompanhamento similar pela eSF, porém não deveriam ser notificados como casos confirmados.



O indicador tem como fonte o registro no SINAN, e esta notificação deve ser a partir de exames laboratoriais e/ou de imagem, porém ainda sofre interferência da qualidade dos registros das cadernetas das gestantes, especialmente do resultado de teste rápido de sífilis e o tipo de tratamento administrado, podendo não refletir a real situação da área.

Desta forma, ressaltamos a importância de investir na qualificação dos registros e do acompanhamento pelas equipes, quando há casos de sífilis na gestação e até mesmo nas notificações de sífilis congênita, para que se conheça o real cenário epidemiológico local. Estas fragilidades também denotam a necessidade urgente de dialogar e qualificar toda a rede de cuidados no pré-natal, sendo necessária a interlocução com as maternidades sobre os protocolos técnicos.

As eSF atuam com vistas à captação precoce de gestantes para o pré-natal e na realização do teste rápido para detecção de sífilis assim que descoberta a gravidez, para que, desta forma, consigam atuar oportunamente no tratamento e orientações de prevenção. Assim como a vigilância e realização dos testes nos trimestres seguintes e/ou ao identificar situações em que a gestante tenha sido exposta, com atenção especial ao último trimestre e a intervenção oportuna para que não haja contaminação do feto.

As reuniões das comissões de prontuário com tema pré-natal contribuíram fortemente para a qualificação desta linha de cuidado a partir das análises dos registros de atendimento às gestantes. Dentre os prontuários selecionados aleatoriamente, a Assessoria Técnica orientou que um destes fosse de uma gestante com diagnóstico de sífilis, a fim de identificar as fragilidades nos processos assistenciais e qualificá-los. A rotina de testagem no 2º trimestre foi um dos nós identificados por grande parte das comissões, sendo este um fator determinante para diagnóstico e tratamento de forma eficaz e adequada.

No primeiro semestre, as visitas técnicas da Assessoria abordaram questões quanto à vigilância do tratamento prescrito à gestante, articulando estratégias para garantia deste. Após os desdobramentos das CRPs, intensificou-se a abordagem incentivando o cumprimento do protocolo de assistência ao pré-natal, especialmente na realização de rotina de segundo trimestre, e a sensibilização das e-SF quanto à



identificação de risco e vulnerabilidade das gestantes, desta forma ofertando e realizando a testagem quando considerar necessário.

Quanto ao monitoramento do tratamento, as unidades relataram existir apoio efetivo da equipe farmacêutica, com comunicação rápida entre farmacêutico, equipes de referência e gestores. As buscas ativas das gestantes faltosas são fundamentais para que não haja interrupção do tratamento, estão previstas como atribuição dos agentes de saúde e foram abordadas pela Assessoria Técnica como vigilância epidemiológica a ser praticada pelas e-SF.

#### **Indicador 15: Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas**

**Meta: 80%**

**Resultado do período: 84,55%**

	<b>Novembro</b>	<b>Resultado</b>	<b>Regra</b>
Numerador	624	624	<b>SOMA</b>
Denominador	738	738	<b>SOMA</b>
Resultado	84,55%	84,55%	

Fonte: SINASC

O indicador mede a proporção de gestantes que tiveram 6 ou mais consultas de pré-natal, onde são consideradas todas as consultas realizadas pelo médico e/ou enfermeiro. Para o contrato de gestão vigente, a fonte deste indicador é o SINASC, sendo o numerador o número de mulheres que encerraram o pré-natal com, pelo menos, 6 consultas (médico ou enfermeiro) na área, no período da análise, e o denominador é o total de nascidos vivos no mesmo período.

Para fins deste relatório de CTA, considerou-se o mês de novembro como período de análise. O resultado do período foi de 84,55%, portanto, acima da meta estabelecida.

Para qualificação dos resultados do indicador, tem sido avaliado, a partir das Comissões de Revisão de Prontuário, o número de consultas ofertadas e se as mesmas

estão sendo ofertadas conforme protocolo, além de garantir o registro das consultas no PEC-ESUS e caderneta da gestante, realizando treinamento com a equipe técnica quando necessário.

Em novembro foi realizada a reunião das Comissões de Revisão de Prontuário do território, conforme citado anteriormente, onde foram apresentadas as Matrizes de Intervenção construídas a partir das respostas que foram inseridas através do *GoogleForms*. Nesta discussão em conjunto com os gestores, a partir das respostas inseridas, observamos que 91,42% do universo analisado (gestantes no terceiro trimestre) foram contempladas com 6 ou mais consultas de pré-natal pela e-SF e, por esta análise, temos um bom desempenho da área neste indicador.

Ainda assim, mesmo alcançando a meta, a proporção de consultas apresentada no resultado deste indicador é inferior ao observado pelas comissões de revisão de prontuário, o que reforça a necessidade de concentrar esforços em estratégias de avaliação e qualificação das informações registradas nas cadernetas da gestante, sendo este o principal documento considerado para alimentar o SINASC.

Incluimos como proposta na metodologia da comissão de revisão de prontuário, a seleção aleatória de cinco cadernetas de gestante, avaliadas pelo gestor. Essa proposta teve como intuito identificar a completude de informações, bem como a qualidade deste preenchimento, observando dados, assinaturas, gráficos, entre outros campos essenciais para tradução da assistência prestada durante o pré-natal. A Assessoria Técnica, a partir desta observação, instruiu a permanente avaliação aleatória das cadernetas de gestante e solicitou aos gestores que abordassem o tema em reunião de equipe.

O acompanhamento pré-natal foi uma das atividades consideradas como prioritárias e permaneceu sendo realizado no período de pandemia, em que o foco era o atendimento e identificação de casos de síndrome respiratória aguda grave, com vigilância e garantia da qualidade da assistência.



**Indicador 16: Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com 16 anos ou mais)**

**Meta: 90%**

**Resultado do período:**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	-	-	<b>MÉDIA</b>
Denominador	-	-	<b>MÉDIA</b>
Resultado	-	-	

Fonte: PEC e-SUS

Para atender ao disposto no contrato de gestão, este indicador será apresentado posteriormente, após a implantação de prontuário eletrônico que disponibilize as informações necessárias para seu cálculo e análise. Solicita-se ainda a desconsideração do mesmo.

Apesar da não apresentação deste indicador, detalhamos a seguir o método de cálculo do indicador considerando a fonte vigente. Este indicador contabiliza o total de usuários cadastrados no final do período de tempo em análise com registro de CPF no e-SUS sobre o total de usuários cadastrados no período.

**Indicador 17: Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com menos de 16 anos)**

**Meta: 90%**

**Resultado do período:**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	-	-	<b>MÉDIA</b>
Denominador	-	-	<b>MÉDIA</b>

Resultado	-	-	
-----------	---	---	--

Fonte: PEC e-SUS

Para atender ao disposto no contrato de gestão, este indicador será apresentado posteriormente, após a implantação de prontuário eletrônico que disponibilize as informações necessárias para seu cálculo e análise. Solicita-se ainda a desconsideração do mesmo.

### Indicador 18: Rotatividade (Turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família

**Máx: 15%**

**Resultado do período: 4,47%**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	21,5	21,5	<b>SOMA</b>
Denominador	481	481	<b>SOMA</b>
Resultado	4,47%	4,47%	

Fonte: RH Viva Rio/CNES

Neste indicador, a área atingiu o resultado de 4,47%. Este indicador é calculado considerando-se o total de profissionais admitidos ou demitidos, dividido por dois, sobre o total de profissionais ativos no período analisado.

A área se mantém dentro da meta estabelecida. Não houve grandes movimentações de profissionais no período, nem um volume aumentado de admissões, o que justifica o resultado positivo.

Neste indicador, constam apenas funcionários contratados pela OS para equipe mínima ESF e ESB, isto é, os agentes comunitários de saúde não constam neste indicador pois são contratados pela Rio Saúde.

Para atender a regra de Registro e Comprovação, apresentamos no Anexo I o ofício emitido pela Organização Social de Saúde constando o cálculo do indicador para o período.

**Indicador 19: Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiários do CFC****Meta: 80%****Resultado do período: 95,97%**

	Novembro	Resultado	Regra
Numerador	501	501	SOMA
Denominador	522	522	SOMA
Resultado	95,97%	95,97%	

Fonte: SUBPAV

O indicador contabiliza o total de crianças até 2 anos de idade e gestantes com condicionalidade para o Cartão Família Carioca, que estejam ativos ao final do período em análise e que cumpram as condicionalidades exigidas para o programa.

A meta para este indicador foi alterada, conforme Ofício circular S/SUBPAV nº 022/2021, onde é definido o escalonamento mensal do resultado. A fonte oficial deste indicador é o Portal da SUBPAV, link do Bolsa Família – Relatório. E como regra de registro e comprovação, a CAP emitiu um ofício com o número de beneficiários acompanhados e o número de beneficiários do território no período avaliado (Anexo I).

O resultado obtido, 95,97%, está acima da meta estabelecida para o mês, que é de 80%, conforme o ofício da SUBPAV mencionado acima.

Estabeleceu-se, como estratégia de intervenção, uma rotina semanal para verificar a evolução dos acompanhamentos e fornecer a devolutiva aos gerentes. Durante as visitas técnicas, a Assessoria Técnica apoiará a organização das agendas de modo a contemplar o acompanhamento dos beneficiários do CFC, utilizando-se da gestão de listas dos beneficiários extraídas pelo portal da Subpav, por unidade e equipe. A analista de informação examina o panorama de acompanhamento e extrai as listagens de beneficiários não acompanhados por unidade de saúde, transmitindo as mesmas à assessoria técnica e aos gestores, para auxiliar nesse processo, garantindo assim que as equipes programem seus acompanhamentos ao longo da vigência.

Também sugeriu-se que os gestores verificassem, junto com as equipes, os prontuários dos usuários presentes na listagem de beneficiários, para identificar quem teve acompanhamento nos últimos seis meses e já possui informações clínicas registradas. Destaca-se que estamos tratando de crianças e gestantes vulneráveis, grupos estes que são prioritários e devem ter seus acompanhamentos mantidos mesmo durante a pandemia.

Os usuários que por ventura não estiverem com o acompanhamento registrado no prontuário, no período de seis meses, orientou-se que fosse agendada consulta para o acompanhamento integral de sua saúde. Para os usuários pertencentes ao território e que não foram acompanhados na vigência, foi solicitado o preenchimento do formulário de justificativas.

#### **Indicador 20: Proporção de escolas e creches cobertas na área da unidade**

**Meta: 80%**

**Resultado do período:**

	<b>Novembro</b>	<b>Resultado</b>	<b>Regra</b>
Numerador	-	-	-
Denominador	-	-	-
Resultado	-	-	

Fonte: PEC e-SUS AB

Para atender ao disposto no contrato de gestão, este indicador será apresentado posteriormente, após a implantação de prontuário eletrônico que disponibilize as informações necessárias para seu cálculo e análise. Solicita-se ainda a desconsideração do mesmo.

## VARIÁVEL 2

A variável 2 é composta por 21 indicadores divididos em 4 áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico e podem ser remuneradas por desempenho as unidades que atingirem suas metas.

Devido às inconsistências identificadas no momento da análise dos dados, a variável 2 não será apresentada neste relatório de CTA. Esta decisão justifica-se pela impossibilidade de garantir a fidedignidade dos dados levantados. A inconsistência dos dados pode abarcar diversos motivos, inclusive a incompletude das informações enviadas para o centralizador que se encontra na CAP. A garantia da fidedignidade das transmissões não é de responsabilidade da OS.

## VARIÁVEL 3

A variável 3 é composta por 13 grupos de indicadores de vigilância, com o objetivo de qualificar os processos assistenciais. O limite máximo de Unidades Contábeis (UC) no trimestre é de 300 UCs, ou seja, uma equipe terá como teto o alcance de 300 unidades contábeis no trimestre (sem limite mínimo a ser alcançado), o que corresponde a 10% da soma dos salários base dos 3 meses. A remuneração por desempenho é calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela equipe. Portanto, em uma mesma unidade, as diferentes equipes de saúde da família poderão ter quantidade de UCs diferentes entre as equipes no trimestre.

A quantidade de UCs a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal.

No que se refere à planilha de pagamento, esta será liberada após a aprovação dos valores apresentados nesta CTA.

Os indicadores de vigilância da Variável 3 e suas respectivas UC por paciente são:

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
----------------	-----------	----

1	A vigilância, em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	1
2	A vigilância, em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	3
3	A vigilância de uma gravidez	8
4	A vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	7
5	A vigilância de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	3
6	A vigilância de uma pessoa diabética, por ano	4
7	A vigilância de uma pessoa hipertensa, por ano	2
8	A vigilância de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	8
9	A vigilância de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento do paciente alcoolista, tabagista e outras drogas	4
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	10
12	As equipes com residentes (equipe docente assistencial)	20
13	As equipes que aderiram as PMAQ	10





Devido às inconsistências identificadas no momento da análise dos dados, a variável 3 não será apresentada neste relatório de CTA. Esta decisão justifica-se pela impossibilidade de garantir a fidedignidade dos dados levantados. A inconsistência dos dados podem abarcar diversos motivos, inclusive a incompletude das informações enviadas para o centralizador que se encontra na CAP. A garantia da fidedignidade das transmissões não é de responsabilidade da OS.

### **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que todas as informações que constam neste documento são verídicas e refletem as atividades realizadas pelas equipes nas unidades de saúde.

Todos os dados que compõem a produção assistencial e indicadores apresentados foram gerados e documentados, podendo ser apresentados a qualquer tempo aos membros desta CTA caso haja necessidade.

O setor de Sistemas de Informação da OS Viva Rio fica à disposição desta comissão para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 23 de março de 2022.

**Daniel Fraga**

Gerente Sistemas de Informação

OS Viva Rio