



Secretaria Municipal de Saúde
Área Programática (AP) 3.1
Contrato de Gestão nº 030/2014

Relatório Trimestral de Acompanhamento

Indicadores das Variáveis 1, 2 e 3

SAÚDE DA FAMÍLIA

VIVARIO

Competência:

Junho, Julho e Agosto de 2018

EQUIPE TÉCNICA:

Mariana Zacharias de Araujo

Analista de Informação

E-mail: marianaaraujo@vivario.org.br

Daniel Fraga

Assessor de Informação

E-mail: danielfraga@vivario.org.br

Renata Porto

Coordenadora de Planejamento e Informação em Saúde

E-mail: renataporto@vivario.org.br

Lista de Abreviaturas

CTA - Comissão Técnica de Avaliação

CAP – Coordenação de Atenção Primária

BI – Business Intelligence

OSS - Organização Social de Saúde

UC - Unidades Contábeis

SAP – Superintendência de Atenção Primária

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eSF- Equipe de Saúde da Família

eSB- Equipe de Saúde Bucal

BF – Bolsa Família

CFC – Cartão Família Carioca

SCNES – Sistema de Cadastrado Nacional do Estabelecimento de Saúde

DICA - Divisão de Informação, Controle e Avaliação

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
A. VARIÁVEL 1	7
EQUIPES INCOMPLETAS	30
B. VARIÁVEL 2	33
1. INDICADORES DE ACESSO	36
2. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL	38
3. INDICADOR DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES	42
4. INDICADORES DE DESEMPENHO ECONÔMICO	44
C. VARIÁVEL 3	46

APRESENTAÇÃO

O presente documento tem como objetivo apresentar os resultados dos indicadores de desempenho das variáveis 1, 2 e 3, no período de junho a agosto de 2018, na Área Programática 3.1 (AP 3.1), conforme metas estabelecidas no 3º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 030.

A AP 3.1 utiliza o sistema de prontuário eletrônico Prime Saúde, que está implantado em cada unidade com servidores locais, não necessitando de link de internet para o seu funcionamento. Os relatórios dos indicadores de desempenho são gerados a partir de um sistema de BI (INTUS), que mapeia todos os dados do sistema Prime instalado nas unidades.

Na condução do projeto Prime Saúde, continuamos com o grupo de trabalho que se reúne mensalmente na Coordenação de Área Programática (CAP 3.1) para discussão das demandas do sistema que devem ser priorizadas e implementadas. Neste grupo, também são feitas sugestões de melhorias do sistema e propostas para solução de problemas apresentados pelos profissionais das equipes e gerentes das unidades de saúde.

Destaca-se que no presente documento não constam as partes referentes aos repasses financeiros para variáveis 1, 2 e 3, em atendimento ao ofício S/SUBGEX nº.041/2017 da SMS/RJ, que informou sobre a ausência de repasses financeiro para pagamento por desempenho, no exercício de 2017.

A. VARIÁVEL 1

Esta variável tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e equipara-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do contrato de gestão não cabendo a SMS interferir nesta aplicação desde que pertinente ao objeto do contrato.

No período em análise, a OS Viva Rio obteve um alcance de 11 dos 19 indicadores estabelecidos em contrato, perfazendo uma proporção de **57,89%** de alcance.

Quadro 1: Resultados dos indicadores da Variável 1. AP 3.1, jun a ago/18.

Indicadores	META	JUN	JUL	AGO	TRIM	Observações
1 - Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários implantadas (Fonte: PEP)	>=95%	100,00%	92,86%	100,00%	97,62%	Alcançado
2 -Proporção de profissionais de saúde cadastrados (Fonte: SCNES)	95%	96,85%	97,08%	96,84%	96,92%	Alcançado
3 -Percentual de consultórios com impressora funcionando (Fonte: PEP)	95%	99,69%	97,83%	100,00%	99,18%	Alcançado
4 -Proporção de unidades de saúde com declaração do diretor/gerente que estão regularmente abastecidas (Fonte: PEP)	95%	100,00%	90,00%	93,33%	94,44%	Não Alcançado
5 - Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados (Fonte: PEP)	95%	100,00%	100,00%	100,00%	100%	Alcançado
6 - Proporção de unidades que informaram em dia SIA, SISAB e	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100%	Alcançado

OSINFO (Fonte: PEP)						
7 - 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 (Fonte: PEP) (Meta: 100%)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Alcançado
8 - Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto (Fonte: Prestação de contas)	<=1	0,94	0,93	0,83	0,90	Alcançado
9 - Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS em saúde ou SMS (Fonte: Prestação de contas)	95%	30,77%	73,08%	40,00%	53,70%	Não Alcançado
10 - Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados (Fonte: PEP)	95%	87,46%	94,79%	93,26%	91,79%	Não Alcançado
11 - Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura (Fonte: PEP)	85%	77,78%	75,56%	67,92%	73,91%	Não Alcançado
12 - Proporção de notificações de Sífilis na Gestação com tratamento	90%	49,74%	45,60%	43,62%	46,36%	Não Alcançado.

adequado (Fonte: PEP)						
13 - Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP (Fonte: PEP)	80%	56,29%	55,77%	59,74%	57,28%	Não Alcançado.
14 - Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) para pessoas com 16 anos ou mais (Fonte: PEP)	90%	96,13%	96,13%	96,12%	96,13%	Alcançado
15 - Proporção de cadastros definitivos com número único (DNV ou CPF) para pessoas menores de 16 anos (Fonte: PEP)	90%	96,93%	97,02%	97,10%	97,02%	Alcançado
16 - Rotatividade (Turnover) de profissionais nas ESF (Fonte: CNES)	<= 5%	1,36%	1,15%	1,17%	3,68%	Alcançado
17 - 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%	67,28%	26,08%	23,40%	23,40%	Não Alcançado
18 - Proporção de escolas e creches cobertas na área da unidade de Saúde de	90%	90,53%		93,68%	92,10%	Alcançado

referência (Fonte: PEP)						
19 - Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família (Fonte: PEP)	100%	28,39%	20,09%	22,71%	71,17%	Não Alcançado.

A seguir, apresentam-se os resultados detalhados para cada indicador da variável 1 no trimestre em análise. Os resultados do trimestre, bem como a regra de cálculo vigente são apresentados nos quadros que antecedem as justificativas de cada indicador e seguem no Anexo I – Indicadores da variável 1, do presente relatório.

Indicador 1: Proporção de unidades de saúde da família com Comissão de Revisão de Prontuários mantida. **Meta: 95%**

	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	28	26	28	27	MÉDIA
Denominador	28	28	28	28	MÉDIA
Resultado	100%	92,86%	100%	97,62%	

Fonte: PEP 2018.

O prontuário permite que o gerente/diretor registre no módulo de cadastro da unidade existência da comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões, os participantes e as atas de cada reunião.

Para esse indicador o denominador apresenta 28 unidades de saúde devido à inauguração de duas unidades novas: CF Diniz Batista e CF Jeremias Moraes respeitando a regra de cálculo onde a unidade tem que ter pelo menos oito meses de inaugurada no final da competência em análise. Essas duas unidades foram compostas a partir da movimentação de equipes de unidades da A.P. 3.1. A saber, CF Diniz Batista passa a ser contemplada com as equipes: Araujo, Conquista e Portinari (pertencentes anteriormente a unidade CMS Helio Smidt), Ary Leão e São Pedro (pertencentes anteriormente a unidade CMS Parque União) e Brigadeiro Trompowski (pertencente anteriormente a unidade CMS Américo Veloso). A CF Jeremias Moraes passa a ser contemplada com as equipes: Praia, Bela Principal e Safira (pertencentes anteriormente à unidade

Samora Machel), Campo da Paty, Robson Caetano e Teixeira Ribeiro (pertencentes anteriormente a unidade Nova Holanda) e equipe Nova (pertencente anteriormente a unidade Helio Smidt). Sendo assim as unidades Samora Machel, Nova Holanda, Helio Smidt e Parque União deixam de existir na A.P. 3.1 e não são mais contabilizadas no trimestre.

A área alcançou o indicador no trimestre em questão, totalizando 97,62%.

Indicador 2: Proporção de profissionais de saúde cadastrados no SCNES. **Meta: 95%**

	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	1755	1760	1775	1763	MÉDIA
Denominador	1812	1813	1833	1819	MÉDIA
Resultado	96,85%	97,08%	96,84%	96,92%	

Fonte: PEP 2018

Este indicador demonstra a proporção de profissionais das eSF e eSB cadastrados no prontuário com correspondência no SCNES. Para o trimestre em análise, a área alcançou o resultado de 96,92%, ficando dentro da meta proposta em contrato.

O cadastro e atualização dos profissionais no SCNES são realizados pelo gerente/diretor na própria unidade de saúde com acompanhamento da DICA/CAP 3.1.

Mensalmente é importado no Prontuário Eletrônico o arquivo em XML do CNES, correspondente a base de fechamento da competência. Este processo permite a comparação entre os profissionais que constam na base do CNES e os profissionais ativos no Prime. Após importação desta a base, é possível gerar no sistema a listagem de profissionais que se encontram em divergência. Esta listagem é enviada para as unidades e para DICA/CAP 3.1 justificarem e acompanharem as divergências encontradas.

As inconsistências identificadas no trimestre em análise são apresentadas por mês, nos quadros abaixo:

JUNHO 2018				
UNIDADES	N	D	Diferença	Cálculo
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	52	55	3	94,55
CF ADIB JATENE	85	86	1	98,84
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	73	75	2	97,33

CF ASSIS VALENTE	56	58	2	96,55
CF AUGUSTO BOAL	65	65	0	100
CF EDIMIR THIAGO DE SOUZA	48	50	2	96
CF FELIPPE CARDOSO	151	154	3	98,05
CF HEITOR DOS PRAZERES	53	55	2	96,36
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA AP31	69	69	0	100
CF JOAOSINHO TRINTA	62	64	2	96,88
CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	58	60	2	96,67
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	61	64	3	95,31
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	81	84	3	96,43
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	30	30	0	100
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	71	72	1	98,61
CF WILMA COSTA	81	81	0	100
CF ZILDA ARNS	141	147	6	95,92
CMS AMERICO VELOSO	47	48	1	97,92
CMS IRACI LOPES	18	18	0	100
CMS JOAO CANDIDO	17	19	2	89,47
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	63	63	0	100
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	39	39	0	100
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	68	76	8	89,47
CMS NAGIB JORGE FARAH	98	99	1	98,99
CMS NECKER PINTO	27	30	3	90
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	17	19	2	89,47
CMS PARQUE ROYAL	21	27	6	77,78
CMS PAULINO WERNECK	12	12	0	100

JULHO 2018				
UNIDADES	N	D	Diferença	Cálculo
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	52	54	2	96,3
CF ADIB JATENE	82	84	2	97,62
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	77	79	2	97,47
CF ASSIS VALENTE	47	48	1	97,92
CF AUGUSTO BOAL	61	65	4	93,85
CF EDIMIR THIAGO DE SOUZA	49	51	2	96,08
CF FELIPPE CARDOSO	149	152	3	98,03
CF HEITOR DOS PRAZERES	52	56	4	92,86
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA AP31	69	69	0	100
CF JOAOSINHO TRINTA	61	64	3	95,31
CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	59	61	2	96,72
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	60	64	4	93,75
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	90	90	0	100
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	31	31	0	100
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	71	76	5	93,42

CF WILMA COSTA	78	79	1	98,73
CF ZILDA ARNS	145	149	4	97,32
CMS AMERICO VELOSO	48	49	1	97,96
CMS IRACI LOPES	18	18	0	100
CMS JOAO CANDIDO	17	19	2	89,47
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	64	64	0	100
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	39	39	0	100
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	63	63	0	100
CMS NAGIB JORGE FARAH	99	100	1	99
CMS NECKER PINTO	27	31	4	87,1
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	17	20	3	85
CMS PARQUE ROYAL	27	28	1	96,43
CMS PAULINO WERNECK	13	15	2	86,67
CMS SAO GODOFREDO	35	35	0	100
SMSDC RIO CMS VILA DO JOAO	60	60	0	100
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	52	54	2	96,3
CF ADIB JATENE	82	84	2	97,62

AGOSTO 2018				
UNIDADES	N	D	Diferença	Média
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	58	59	1	98,31
CF ADIB JATENE	82	85	3	96,47
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	80	80	0	100
CF ASSIS VALENTE	48	48	0	100
CF AUGUSTO BOAL	62	65	3	95,38
CF EDIMIR THIAGO DE SOUZA	49	51	2	96,08
CF FELIPPE CARDOSO	149	152	3	98,03
CF HEITOR DOS PRAZERES	51	55	4	92,73
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA AP31	69	69	0	100
CF JOAOSINHO TRINTA	61	64	3	95,31
CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	60	61	1	98,36
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	60	64	4	93,75
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	90	93	3	96,77
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	32	32	0	100
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	71	77	6	92,21
CF WILMA COSTA	78	83	5	93,98
CF ZILDA ARNS	147	150	3	98
CMS AMERICO VELOSO	48	48	0	100
CMS IRACI LOPES	18	18	0	100
CMS JOAO CANDIDO	17	19	2	89,47
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	65	65	0	100
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	39	39	0	100
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	63	65	2	96,92

CMS NAGIB JORGE FARAH	100	100	0	100
CMS NECKER PINTO	27	31	4	87,1
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	16	20	4	80
CMS PARQUE ROYAL	27	28	1	96,43
CMS PAULINO WERNECK	13	17	4	76,47
CMS SAO GODOFREDO	35	35	0	100
CMS VILA DO JOAO	60	60	0	100

As inconsistências encontradas estão relacionadas com as regras estabelecidas pelo SCNES no que diz respeito aos prazos para uma equipe se manter completa. Médicos do Programa Mais Médicos, residentes e estatutários não são considerados.

Os profissionais admitidos aparecerão na base do SCNES na competência do mês subsequente. As inconsistências relacionadas às demissões, transferências e licenças, foram sinalizadas às unidades para inativação dos respectivos logins no prontuário eletrônico.

Indicador 3: Percentual de consultórios com impressora funcionando. Meta: 95%

INDICADOR 3 – Percentual de consultórios com impressora funcionando					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	323	316	331	323	MÉDIA
Denominador	324	323	331	326	MÉDIA
Resultado	99,69%	97,83%	100,00%	99,18%	

Fonte: PEP 2018

Este indicador visa avaliar a estrutura para impressão de documentos nos consultórios assistenciais e farmácias das unidades. Os consultórios temáticos, quando utilizados para consulta, também são considerados no cálculo. O prontuário permite que o gerente/diretor registre mensalmente se todos os consultórios apresentam impressoras disponíveis e funcionando.

No trimestre a área alcançou a meta desse indicador, ficando com 99,18% de impressoras em funcionamento no período.

Indicador 4: Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente. **Meta: 95%**

INDICADOR 4 - Abastecimento regular das unidades					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	30	27	28	28	MÉDIA
Denominador	30	30	30	30	MÉDIA
Resultado	100,00%	90,00%	93,33%	94,44%	

Fonte: PEP 2018

Este indicador visa medir a proporção de unidades que declaram estar regularmente abastecidas no período avaliado. Para cálculo do indicador, o gerente deve registrar mensalmente se o abastecimento se deu de forma regular. As unidades que declararam abastecimento irregular em junho e julho se referem ao não recebimento dos kits de higiene oral. Fato esse ocasionado por um problema ocorrido no maquinário do fabricante dos kits, acarretando em um atraso na entrega para a empresa que fornece os kits à Oss Viva Rio. O documento comprobatório segue nos anexos desta CTA. Mesmo assim a área alcançou 94,44%, ficando muito próximo da meta estabelecida.

Indicador 5: Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados. **Meta: 95%**

INDICADOR 5 - Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	30	30	30	30	MÉDIA
Denominador	30	30	30	30	MÉDIA
Resultado	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Fonte: PEP 2018

O resultado desse indicador reflete a dispensação de medicamentos controlados nas unidades de saúde autorizadas e que cumprem as premissas estabelecidas na portaria Nº 344, que exige a presença de farmacêutico, conforme pactuação com o NAF da CAP 3.1 e setor de Farmácia da OS Viva Rio.

Na contabilização deste indicador no Prime, considera-se no numerador, por meio de consulta direta ao sistema Stok, as unidades que mensalmente dispensaram pelo menos um

medicamento controlado.

Para o período, a área alcançou 100,00% ficando dentro da meta estabelecida em contrato, assim como no período anterior.

Indicador 6: Proporção de unidades que informaram em dia SIA, SISAB e OSINFO.

Meta:100%

INDICADOR 6 - Regularidade do envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	30	30	30	30	MÉDIA
Denominador	30	30	30	30	MÉDIA
Resultado	100%	100%	100%	100%	

Fonte: PEP 2018

A saber, o processo de exportação do SISAB e BPA pelos gerentes/diretores das unidades vem sendo seguido de acordo com as orientações da SUBPAV e CAP, obedecendo aos prazos já estipulados entre o 1º e 2º dia útil de cada mês para envio de BPA e até o 5º dia útil para envio do SISAB. A partir de Julho de 2017, a alimentação dos indicadores de desempenho no Portal OSInfo passou a ser realizada no portal, até o 10º dia útil de cada mês, pela equipe do Sistema de Informação.

Indicador 7: 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. **Meta: 100%**

	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	1840	1848	1852	1851	MÉDIA
Denominador	1840	1848	1852	1851	MÉDIA
Resultado	100%	100%	100%	100%	

Fonte: PEP 2018

Nos três meses analisados, todos os profissionais que compõem as equipes de saúde da família e as equipes de saúde bucal receberam por e-mail os indicadores de desempenho e produção.

A empresa de prontuário envia, mensalmente por e-mail aos profissionais que compõem as ESF e EqSB, os resultados dos indicadores de desempenho e arquivos produção. Estes e-mails são enviados com cópia para controlevariavel@gmail.com e vivaindicator7@gmail.com, contas criadas pela CAP 3.1 e OSS respectivamente para auditoria dos e-mails recebidos pelos profissionais.

A fim de garantir o envio destas informações aos profissionais, é obrigatório o preenchimento do campo e-mail na abertura do login no prontuário eletrônico. No sistema há um validador no campo de cadastro do e-mail, impedindo que sejam cadastrados endereços eletrônicos considerados inválidos.

A lista nominal de todos os profissionais que receberam os e-mails com os arquivos para o mês de análise será enviada no CD arquivo “Volume 2 - Anexo IV” juntamente com essa documentação.

Indicador 8: Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto. **Meta:** < ou = 1.

INDICADOR 8- Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	719.291,77	711.001,24	640.794,42	R\$ 2.071.087,43	SOMA
Denominador	768.441,45	768.441,45	768.441,45	R\$ 2.305.324,35	SOMA
Resultado	0,94	0,93	0,83	0,90	

Fonte: Prestação de Contas/OS Viva Rio.

Esse indicador tem como objetivo avaliar a eficiência da gestão, buscando medir a razão do gasto administrativo da área em relação ao gasto total, tendo como referência o teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS - OSS no período.

No período a área alcançou a meta estabelecida, totalizando no trimestre 0.90.

Indicador 9: Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços em saúde do MS ou SMS. **Meta:** 95%

INDICADOR 9- Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde do MS ou da SMS					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA

Numerador	4	19	6	29	SOMA
Denominador	13	26	15	54	SOMA
Resultado	30,77%	73,08%	40,00%	53,70%	

Fonte: Prestação de Contas/OS Viva Rio.

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

Em observância aos decretos nº 41.208 e 41.209 de Julho de 2016, que dispõem sobre as compras e contratações de serviços realizados pelas Organizações Sociais, o indicador 9 da variável 1 passa a ser calculado tendo como fonte de análise os registros das atas de preços constantes no site Ecompras (Prefeitura Municipal do Rio de Julho) e site ComprasNet. As compras efetuadas pela OSS levarão em consideração os preços registrados nas atas da SMS, bem como demais atas dos órgãos da Prefeitura do Rio de Julho, além dos registros de preços identificados no site ComprasNet.

A OSS 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. Nas tabelas abaixo é possível visualizar os itens e seus respectivos valores e códigos nas atas de referência. Os itens - conforme especificação apontada - não encontrados em ata específica são sinalizados como "Sem ata de referência"

A OS Viva Rio informa que tem sido difícil a adesão às atas de preços existentes, onde as empresas alegam que em função da escala de compras do ente público ser muito maior, fica impossível manter o mesmo valor para pedidos menores. Cabe salientar que a OS Viva Rio possui um fluxo de compras e contratação impessoal, doutrinado pelo Regulamento de Compras próprio, que tem seus princípios na Lei 8.666. Além disso, possui uma Área de Controle interno atuante e vigilante às melhores práticas relacionadas a essas ações.

As notas fiscais dos itens adquiridos no mês serão enviadas em CD por ofício junto desta CTA. Os dados para calcular esse indicador possuem como fonte o setor de prestação de contas da OSS.

Indicador 10: Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados. **Meta: 95%**

INDICADOR 10- Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	621	637	664	641	MÉDIA
Denominador	710	672	712	698	MÉDIA
Resultado	87,46%	94,79%	93,26%	91,79%	

Fonte: PEP 2018

Esse indicador mede a proporção de gerentes/diretores que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados no mês de análise. A avaliação dos gerentes é feita com base nos itens e serviços descritos na Circular S/SUBPAV nº 07 de 22/05/2014, conforme quadro abaixo:

EIXO	CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO
Serviço de Vigilância	1- Uniformizados; 2- Pontualidade; 3- Comportamento; 4- Postura
	(4 respostas)
Serviço de limpeza	1- Uniformizados; 2- Pontualidade; 3- Comportamento; 4- Postura
	(4 respostas)
Serviços de manutenção	1- ar condicionado - preventiva e corretiva; 2- compressor - preventiva e corretiva; 3- equipos odontológicos - preventiva e corretiva; 4- autoclave - preventiva e corretiva; 5- raio-x - preventiva e corretiva; 6- pintura - preventiva e corretiva; 7- iluminação - preventiva e corretiva; 8- hidráulica - preventiva e corretiva; 9- programação visual - preventiva e corretiva; 10- jardinagem - preventiva e corretiva
	(20 respostas)
Serviço de Internet	1-Intermitência e Velocidade
	(1 resposta)
Itens	1- Insumos odontologia
	2- Papelaria
	3- Insumos clínicos médicos
	(3 respostas)

Fonte: Circular S/SUBPAV Nº07 de 22/05/2014.

O cálculo é realizado contabilizando no numerador somente os itens/serviços que receberam avaliação de boa qualidade e no denominador todos os itens/serviços avaliados no mês.

No trimestre anterior, a partir da regularização dos repasses financeiros por parte da SMS/RJ, foi possível elaborar um plano de ação chamado “força-tarefa manutenção” a fim de solucionar os problemas ligados à manutenção predial, que concentra grande parte da

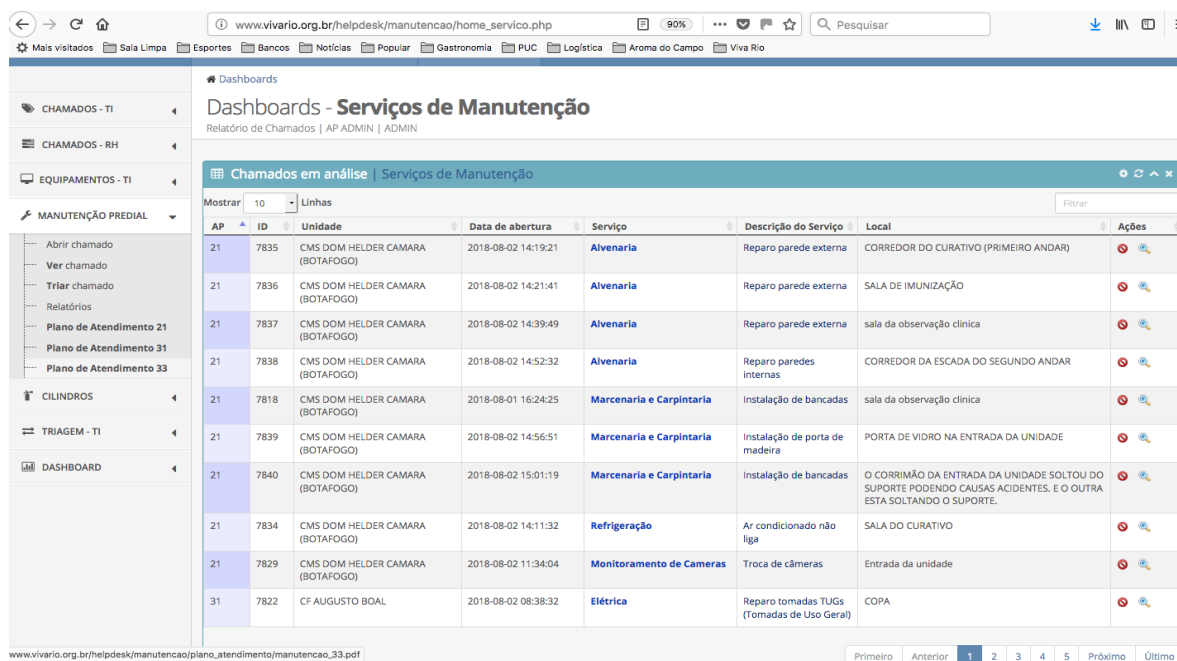
insatisfação dos gerentes com a qualidade dos itens fornecidos. Entre as ações executadas estiveram a adequação de equipes e modelos de gestão de atendimentos e controle de materiais. O resultado apurado neste trimestre encontra-se ainda com índices aquém das expectativas estabelecidas internamente, porém demonstrando uma significativa redução nos apontamentos realizados pelas unidades. Conforme tabela abaixo, comparando-se o número de apontamentos feitos na avaliação do mês de março com o número de apontamentos feitos na avaliação de julho a redução na média, ultrapassa 50% de apontamentos.

Núcleo de Manutenção	Nº Apont. Março	Nº Apont. Julho	% Redução
Refrigeração	17	08	52%
Iluminação	06	02	66%
Pintura	06	06	0%
Hidráulica	06	02	66%
Jardinagem	08	03	62%

Os números são o resultado do trabalho iniciado e continuado através do uso de ferramentas de qualidade. Além disso, outras iniciativas foram realizadas ao longo desse período marcando a tendência e confirmando a consistência em melhoria contínua descritas a seguir:

- Mudança no controle de aquisição e utilização de materiais de manutenção. Com a nova proposta do modelo de gestão todas as atividades não equivalentes a atividade final de um núcleo de engenharia foram retiradas da equipe mantendo o foco no atendimento as demandas das unidades. Com isso foi otimizado o trabalho com o conhecimento e expertise da equipe de Re-suprimento e logística habituada ao controle de estoque e determinação de limites de compras para itens críticos como medicamentos, material médico e outros. O material de manutenção assim passa a ser uma nova comoditie usufruindo do mesmo sistema de controle acompanhamento e expedição, tendo um almoxarifado regular, organizado e disponível para os atendimentos programados.

A organização de demandas também primou pela utilização de ferramentas existentes na instituição, otimizando assim investimentos e recursos. Fora aprimorado o sistema organizador de chamados Help Desk que em parceria junto ao time de tecnologia da informação fez um novo lay out para a manutenção adequando-o aos serviços específicos e definindo novos parâmetros de atendimento as unidades.



AP	ID	Unidade	Data de abertura	Serviço	Descrição do Serviço	Local	Ações
21	7835	CMS DOM HELDER CAMARA (BOTAFOGO)	2018-08-02 14:19:21	Alvenaria	Reparo parede externa	CORREDOR DO CURATIVO (PRIMEIRO ANDAR)	
21	7836	CMS DOM HELDER CAMARA (BOTAFOGO)	2018-08-02 14:21:41	Alvenaria	Reparo parede externa	SALA DE IMUNIZAÇÃO	
21	7837	CMS DOM HELDER CAMARA (BOTAFOGO)	2018-08-02 14:39:49	Alvenaria	Reparo parede externa	sala de observação clinica	
21	7838	CMS DOM HELDER CAMARA (BOTAFOGO)	2018-08-02 14:52:32	Alvenaria	Reparo paredes internas	CORREDOR DA ESCADA DO SEGUNDO ANDAR	
21	7818	CMS DOM HELDER CAMARA (BOTAFOGO)	2018-08-01 16:24:25	Marcenaria e Carpintaria	Instalação de bancadas	sala de observação clinica	
21	7839	CMS DOM HELDER CAMARA (BOTAFOGO)	2018-08-02 14:56:51	Marcenaria e Carpintaria	Instalação de porta de madeira	PORTA DE VIDRO NA ENTRADA DA UNIDADE	
21	7840	CMS DOM HELDER CAMARA (BOTAFOGO)	2018-08-02 15:01:19	Marcenaria e Carpintaria	Instalação de bancadas	O CORRIMÃO DA ENTRADA DA UNIDADE SOLTOU DO SUPORTE PODENDO CAUSAR ACIDENTES. E O OUTRA ESTA SOLTANDO O SUPORTE.	
21	7834	CMS DOM HELDER CAMARA (BOTAFOGO)	2018-08-02 14:11:32	Refrigeração	Ar condicionado não liga	SALA DO CURATIVO	
21	7829	CMS DOM HELDER CAMARA (BOTAFOGO)	2018-08-02 11:34:04	Monitoramento de Cameras	Troca de câmeras	Entrada da unidade	
31	7822	CF AUGUSTO BOAL	2018-08-02 08:38:32	Elétrica	Reparo tomadas TUGs (Tomadas de Uso Geral)	COPA	

Com o sistema mais amigável ao usuário foi feita uma visita aos gerentes e administrativos para treinamento na ferramenta, responsabilização de atuação por estágio a cada equipe envolvida, disponibilidade de um tutorial por escrito para consultas e apoio na abertura e encerramento de chamados.

Através desse sistema foram padronizados nas unidades os conceitos do que seria atendimento emergencial e o que poderia ser aguardado para atendimento nas visitas previamente agendada. Por fim uma avaliação final da qualidade do serviço priorizando comportamento da equipe e velocidade no atendimento preenchida pela gerência dentro do mesmo sistema definiu o parâmetro de velocidade também padronizado construindo o conceito de nível de serviço acordado por visita e não mais temporal (em dias). Essa ação trará como consequência uma avaliação de atendimento capaz de fazer com que a causa raiz das insatisfações sejam identificadas e tratadas eliminando assim subjetividade e variabilidade nos conceitos avaliados. Para garantir a criticidade na avaliação as visitas são divulgadas dentro do próprio sistema através do link “plano de visitas” todo dia 1 de cada mês com o agendamento a ser realizado ao longo de todo o período.

- Por fim foi criado um núcleo de qualidade para acompanhamento da gestão de serviços (higienização, portaria e manutenção) onde os acordos realizados são monitorados, divulgados e os problemas tratados de imediato evitando que sejam transferidos para o próximo período. Esse núcleo também tem a responsabilidade de atuar em um processo de comunicação mais eficiente onde as informações que impedem o atendimento as

unidades no período sejam formalizadas e compartilhadas com as equipes de gestão, gerência e administrativos das unidades.

Indicador 11: Proporção de cura de tuberculose. Meta: 85%

INDICADOR 11 - Proporção de cura de Tuberculose					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	49	34	36	119	SOMA
Denominador	63	45	53	161	SOMA
Resultado	77,78%	75,56%	67,92%	73,91%	

Fonte: PEP 2018

Esse indicador visa medir a proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período em análise. De acordo com o contrato vigente, o alcance da meta desse indicador será somente considerado se 90% dos casos com diagnóstico de tuberculose for maior ou igual ao período de 12 meses e estiverem encerrados com o respectivo motivo do encerramento registrado no PEP.

O resultado da área no período foi de 73,91%, não atingindo a meta estipulada no trimestre. Cabe salientar que a partir do plano de monitoramento da Assessoria Técnica, as assessoras técnicas em saúde se dividiram como referência para um conjunto de unidades, onde realizarão o acompanhamento de toda a matriz de indicadores do Contrato de Gestão, ainda que mantendo o foco nos indicadores assistenciais da Variável 1, neste primeiro momento. Sendo assim, o plano de ação para o trabalho deste indicador com as equipes têm se dado através da análise das justificativas encaminhadas pelos gerentes mensalmente e assim criando propostas de intervenções com gerentes e responsáveis técnicos de medicina e enfermagem. O Plano de Trabalho da Assessoria Técnica segue nos anexos desta CTA.

Nos quadros abaixo apresentamos as unidades que tiveram os casos de tuberculose encerrados por cura nos meses do trimestre:

JUNHO DE 2018			
UNIDADES	N	D	PORCENTAGEM
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	5	6	83,33
CF ADIB JATENE	1	2	50
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	1	1	100

CF ASSIS VALENTE	1	1	100
CF FELIPPE CARDOSO	2	3	66,67
CF HEITOR DOS PRAZERES	2	2	100
CF JOAOSINHO TRINTA	2	3	66,67
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	2	2	100
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	2	2	100
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	2	2	100
CF WILMA COSTA	3	3	100
CF ZILDA ARNS	5	9	55,56
CMS IRACI LOPES	1	1	100
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	2	2	100
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	3	4	75
CMS NAGIB JORGE FARAH	12	14	85,71
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	1	1	100
CMS PARQUE ROYAL	1	1	100
CMS PAULINO WERNECK	1	1	100

Fonte: PEP /2018

JULHO DE 2018			
UNIDADES	N	D	PORCENTAGEM
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	2	2	100
CF ADIB JATENE	1	1	100
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	1	1	100
SMSDC RIO CF ASSIS VALENTE	2	2	100
SMSDC RIO CF FELIPPE CARDOSO	3	6	50
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA AP31	3	5	60
CF JOAOSINHO TRINTA	1	1	100
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	2	2	100
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	1	2	50
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	1	2	50
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	3	3	100
CF WILMA COSTA	1	1	100
CF ZILDA ARNS	2	3	66,67
CMS AMERICO VELOSO	1	2	50
CMS IRACI LOPES	4	4	100
CMS JOAO CANDIDO	1	2	50
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	1	1	100
CMS NAGIB JORGE FARAH	1	1	100
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	1	1	100
CMS PAULINO WERNECK	1	1	100
CMS VILA DO JOAO	1	1	100

Fonte PEP/2018.

AGOSTO DE 2018			
UNIDADES	N	D	PORCENTAGEM
CF ASSIS VALENTE	2	4	50
CF EDIMIR THIAGO DE SOUZA	1	1	100
CF FELIPPE CARDOSO	5	7	71,43
CF HEITOR DOS PRAZERES	2	2	100
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA	2	4	50
CF JOAOSINHO TRINTA	1	1	100
CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	1	2	50
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	1	1	100
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	1	1	100
CF WILMA COSTA	3	3	100
CF ZILDA ARNS	2	2	100
CMS AMERICO VELOSO	1	1	100
CMS IRACI LOPES	1	1	100
CMS JOAO CANDIDO	1	3	33,33
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	2	2	100
CMS NAGIB JORGE FARAH	3	4	75
CMS NECKER PINTO	1	1	100
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	1	1	100
CMS PARQUE ROYAL	1	1	100
CMS SAO GODOFREDO	2	3	66,67

Fonte: PEP /2018

Os demais casos encerrados foram por transferência, abandono e óbito. O tratamento da tuberculose dura no mínimo seis meses e, nesse período o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e usuário é fundamental para sucesso no tratamento.

Indicador 12: Acompanhamento de Sífilis na Gestação. **Meta: 90%**

INDICADOR 12- Acompanhamento de Sífilis na Gestação					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	96	83	82	261	SOMA
Denominador	193	182	188	564	SOMA
Resultado	49,74%	45,60%	43,62%	46,36%	

Fonte: PEP 2018

Para o trimestre em análise, a área apresenta como resultado 46,36%, não atingindo a meta estabelecida para este indicador. A análise das principais justificativas enviadas aponta a falta de tratamento das parcerias sexuais como principal problema do tratamento adequado da gestante. Pensando nisso, cabe destacar a intervenção da equipe de saúde, utilizando ferramentas como o vínculo e visita domiciliar, como estratégias importantes para adesão ao tratamento.

Este indicador busca medir a proporção de gestantes residentes na área de abrangência das equipes, notificadas para sífilis na gestação com tratamento adequado no mês de análise. Entende-se como tratamento adequado a prescrição adequada para o tipo de sífilis, tratamento do parceiro e tratamento realizado antes de 30 dias da data provável do parto.

Dessa forma a realização adequada do pré-natal, iniciado ainda no primeiro trimestre da gestação, com a realização dos exames para sífilis, incluindo o teste rápido, bem como a busca ativa dos parceiros das gestantes que tiverem o resultado positivo, deve fazer parte do objetivo e cotidiano das equipes de saúde.

Para a inativação de um CID, essa usuária deve ser considerada curada e segundo o Ministério da Saúde para considerarmos uma usuária curada devemos realizar o acompanhamento clínico e laboratorial, com testes não treponêmicos mensais. Os testes não treponêmicos devem ser realizados mensalmente nas gestantes; é indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição dos títulos em torno de duas diluições em três meses, e três diluições em seis meses após a conclusão do tratamento. A persistência de resultados reagentes com títulos baixos (1:1 – 1:4) durante um ano após o tratamento, quando descartada nova exposição durante o período analisado, indica sucesso do tratamento. Com isso as usuárias permanecem no denominador do indicador, até a finalização e acompanhamento de seu tratamento.

Entendendo a importância desse indicador a proposta de trabalho da Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) nesse semestre é a Assistência ao Pré- Natal e Acompanhamento da Sífilis na Gestação. Em junho deste ano, a equipe de assessoria técnica da Oss Viva Rio elaborou e divulgou junto às unidades de saúde, uma Nota Metodológica para as Comissões de Revisão de Prontuários que consiste em um modelo de avaliação, com o objetivo de induzir uma análise sistemática e qualitativa dos prontuários das gestantes, em especial das gestantes com sífilis, em busca do cumprimento dos critérios de qualidade citados anteriormente. O Plano de Trabalho da

Assessoria Técnica e a Nota Metodológica seguem nos anexos desta CTA.

Indicador 13: Proporção de pré-natal com 7 ou mais consultas registradas no PEP. **Meta: 80%**

INDICADOR 13- Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	398	435	454	1287	SOMA
Denominador	707	780	760	2247	SOMA
Resultado	56,29%	55,77%	59,74%	57,28%	

Fonte: PEP 2018

A fonte desse indicador é o prontuário eletrônico, onde o numerador é o número de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas e o denominador é o número total de mulheres que encerraram o pré-natal no mês de análise. São consideradas todas as consultas realizadas pelo médico ou enfermeiro da equipe, cujo registro, no PEP, tenha sido realizado na linha de cuidados da gestante.

No trimestre, a área apresentou o resultado de 57,28%, não alcançando a meta estabelecida em contrato.

Para melhoria constante dos resultados da AP, a assessoria técnica e o sistema de informação monitoram os dados e resultados, orientam e planejam com os gerentes o acompanhamento dessa linha de cuidado visando a qualificação da assistência ao pré-natal e consequentemente a melhoria dos resultados.

Para isso, mensalmente está sendo disponibilizada a assessoria técnica uma planilha com todas as gestantes da área, divididas por unidades, com idade gestacional a partir de 30 semanas de gestação e o número de consultas que as mesmas tiveram. A partir desta ferramenta, a assessoria técnica discute com os gerentes os dados e resultados do acompanhamento dessa linha de cuidado para a qualificação da assistência ao pré-natal.

As gestantes com pré-natal encerrado com menos de 07 consultas (309) no trimestre, foram justificados pelas equipes e enviados pelos gerentes das unidades em formulário padrão. Esse formulário foi elaborado pela assessoria técnica e permite que cada equipe faça as justificativas pelo não alcance dos indicadores assistenciais da variável 1 (padronizado para os indicadores 11,12,13,18 e 19).

Dentre os principais motivos justificados pelas equipes estão os casos de aborto,

transferências de território, acompanhamento do pré-natal na rede privada, início tardio do pré-natal, gestantes resistentes ao acompanhamento, pré-natal de alto risco realizado nas maternidades e dificuldade dos profissionais em vincular a gestante à sua equipe de referência na atenção primária, parto prematuro, mudança de unidade de referência dentro do mesmo território e registro das consultas de pré-natal no PEP fora da linha de cuidado não contabilizando para o indicador.

Em geral, as unidades se empenham para realizar um bom acompanhamento do pré-natal. Nesse sentido, a assessoria técnica em saúde tem buscado se aproximar dos gerentes das unidades estimulando a construção de estratégias que impactem na melhoria da atenção ao pré-natal e consequentemente no desempenho das unidades nesse indicador.

A captação precoce da gestante, a marcação de consulta após realização e positividade do teste de gravidez, a solicitação dos exames necessários e a criação de vínculo com a gestante, são ações estratégicas a serem planejadas e realizadas pelas equipes para a garantia de adesão ao pré-natal e, consequentemente melhora nos resultados do indicador. Para auxiliar nestas estratégias, a organização das agendas segundo o protocolo bem como fortalecimento do acolhimento nas unidades são pontos cruciais.

Indicador 14: Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) para pessoas com 16 anos ou mais. **Meta: 90%**

INDICADOR 14- Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) para pessoas com 16 anos ou mais					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	490067	491472	493759	491766	MÉDIA
Denominador	509813	511232	513695	511580	MÉDIA
Resultado	96,13%	96,13%	96,12%	96,13%	

Fonte: PEP 2018

Esse indicador contabiliza a média de usuários cadastrados ativos no período de análise com registro de CPF para maiores de 16 anos sobre o total de usuários cadastrados.

No trimestre em análise todas as unidades da A.P 3.1 alcançaram a meta estabelecida em contrato.

Indicador 15: Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total

de cadastros (pessoas com menos de 16 anos). **Meta: 90%**

INDICADOR 15- Proporção de cadastros definitivos com número único (DNU OU CPF) para pessoas menores de 16 anos					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	132933	133197	133683	133271	MÉDIA
Denominador	137138	137294	137680	137371	MÉDIA
Resultado	96,93%	97,02%	97,10%	97,02%	

Fonte: PEP 2018

Este indicador contabiliza a média de usuários cadastrados ativos no período de análise com registro de CPF ou DNU para menores de 16 anos sobre o total de usuários cadastrados. No trimestre analisado, o resultado da área foi de 97,02% alcançando a meta estabelecida do contrato.

Indicador 16: Rotatividade (Turnover) de profissionais nas ESF. **Meta: 5%**

INDICADOR 16- Rotatividade de profissionais nas equipes					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	18	15	15,5	48,50	SOMA
Denominador	1328	1302	1320	1317	MÉDIA
Resultado	1,36%	1,15%	1,17%	3,68%	

Fonte: CNES

Para o trimestre, a área atingiu 3,68%, ficando dentro da meta estabelecida em contrato. Este indicador contabiliza o total de profissionais substituídos (demissões, transferências e licenças) e o total de profissionais admitidos sobre o total de profissionais ativos no período analisado, tendo como fonte o CNES. De acordo com orientação da SAP/SMS as admissões realizadas para as novas unidades não são consideradas no mês de criação da unidade.

Cabe ressaltar que o denominador deste indicador estará em diferença com o denominador do Indicador 2, pois apesar de serem extraídos da mesma fonte, neste indicador, constam apenas funcionários contratados pelo OSS, isto é, residentes, profissionais de programas do Mais Médicos e estatutários não são considerados.

Indicador 17: Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Cariocas (CFC) acompanhadas no período. **Meta: 30%**

INDICADOR 17- Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	1505	400	396	396	ÚLTIMO MÊS
Denominador	2237	1534	1692	1692	ÚLTIMO MÊS
Resultado	67,28%	26,08%	23,40%	23,40%	

Fonte: Portal BF/SUBPAV

O indicador contabiliza o total de crianças até 2 anos de idade e gestantes com condicionalidade para o Cartão Família Carioca, ativos no final do período de tempo em análise, que cumprem as condicionalidades exigidas para o programa. A meta para este indicador foi alterada para forma escalonada no decorrer dos meses, conforme contrato de gestão, onde define o escalonamento da meta deste indicador (Agosto: 30%). A fonte oficial deste indicador é o Portal da SAP, link do Bolsa Família – Relatório. A regra de cálculo trimestral estabelecida considera o resultado do último mês de avaliação do período.

A área atingiu 23,40% da meta estabelecida não alcançado o indicador, mas com a reformulação do trabalho da assessoria técnica esse indicador será monitorado presencial e remotamente, a fim de melhorar o desempenho e qualificar o acompanhamento desse grupo vulnerável. O instrutivo do indicador 17 desenvolvido pela assessoria técnica segue nos anexos desta CTA.

Indicador 18: Proporção de escolas e creches cobertas na área da unidade. **Meta:90%**

INDICADOR 18- Percentual de escolas e creches no território de referência da Unidade de Saúde com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção ou assistência					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	172		178	175,0	MEDIA
Denominador	190		190	190,0	MEDIA
Resultado	90,53%		93,68%	92,11%	

Fonte: PEP 2018

Esse indicador contabiliza o percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF e ESB durante o período letivo. O numerador é baseado no número de escolas que receberam alguma ação de saúde no mês e o denominador é baseado no total de escolas da área que possuem vínculo com a Unidade. Para o

trimestre, a meta deste indicador foi alcançada totalizando um alcance de 92,11% na área. O mês de julho foi desconsiderado do cálculo por não corresponder a mês letivo.

Indicador 19: Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família.

INDICADOR 19- Desempenho Assistencial					
	Junho	Julho	Agosto	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	5588	3971	4486	14045	SOMA
Denominador	19686	19.765	19753	19735	MÉDIA
Resultado	28,39%	20,09%	22,71%	71,17%	

Fonte: PEP 2018

O indicador visa calcular o número de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF, com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou ESB, a meta é trimestral.

O registro da dispensação do kit familiar pode ser realizado tanto no momento da visita domiciliar, quanto nas atividades em grupo pelos profissionais. O resultado deste indicador para o período foi de 71,17%, não atingindo a meta estabelecida, porém melhorando o desempenho em relação ao trimestre anterior. Um fator expressivo para o não alcance do indicador foi o atraso por parte do fornecedor na entrega dos kits à Oss Viva Rio. O documento comprobatório segue nos anexos desta CTA.

Cabe salientar as ações desenhadas pela assessoria técnica juntamente com o sistema de informação para o alcance da meta do indicador, incluindo o envio de material instrutivo ao gerente com orientações sobre o registro correto da entrega do kit, e o envio mensal da lista nominal de famílias que deveriam receber o kit dentro do trimestre vigente.

Equipes incompletas

De acordo com o Contrato de Gestão, entende-se por equipe de saúde da família completa, em cada mês do período de análise, aquela que possuir cadastrado no SCNES, um médico 40h ou dois médicos 20h, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e o número mínimo

de ACS definido pela CAP para cada território. Na AP 3.1 ficou definido o número mínimo de 4 ACS para compor a ESF.

Apresentamos abaixo as planilhas dos meses de Junho, Julho e Agosto de 2018 para demonstrar a situação de todas as equipes que foram consideradas como incompletas em relação a última base do SCNES no trimestre de avaliação. Sendo em junho 20 equipes incompletas, julho 23 equipes incompletas e agosto 18 equipes incompletas.

jun/18	
EQUIPE	PROFISSIONAL
VALENTIM DE	1 MÉDICO 20 H
ARTEMIS	1 MÉDICO 20 H
TONINHO	1 MÉDICO 20 H
PARANAPANEMA	1 MÉDICO 20 H
BAIANA	1 MÉDICO 20 H
SELETIVA	1 MÉDICO 20 H
PROF PAULO FREIRE	1 MÉDICO 20 H
CONJUNTO PINHEIRO	1 MÉDICO 20 H
FENIX	1 MÉDICO 20 H
IRMA PAULA	1 MÉDICO 20 H
LUCAS	1 MÉDICO 20 H
SANTA RITA	1 MÉDICO 20 H
AVILA	1 MÉDICO 20 H
AGUA DOCE	1 MÉDICO 20 H
SETEMBRINO	1 MÉDICO 20 H
CANDIDO PORTINARI	1 MÉDICO 20 H
GUAPORE	1 MÉDICO 20 H
ESPERANCA	1 TÉCNICO DE ENFERMAGEM
MOREIRA DE ABREU	1 MÉDICO 20 H
SAFIRA	1 MÉDICO 20 H

jul/18	
EQUIPE	PROFISSIONAL
VALENTIM DE	1 MÉDICO 20 H
ARTEMIS	1 MÉDICO 20 H
TONINHO	1 MÉDICO 20 H
PARANAPANEMA	1 MÉDICO 20 H

BAIANA	1 MÉDICO 20 H
SELETIVA	1 MÉDICO 20 H
PROF PAULO FREIRE	1 MÉDICO 20 H
CONJUNTO PINHEIRO	1 MÉDICO 20 H
PRAIA DE RAMOS	1 MÉDICO 20 H
ITARARE	1 ENFERMEIRO
FENIX	1 MÉDICO 20 H
BOA VIAGEM	1 MÉDICO 20 H
IRMA PAULA	1 MÉDICO 20 H
AGUIA DOURADA	1 MÉDICO 40 H
LUCAS	1 MÉDICO 20 H
SANTA RITA	1 MÉDICO 20 H
AVILA	1 MÉDICO 20 H
AGUA DOCE	1 MÉDICO 20 H
CANDIDO PORTINARI	1 MÉDICO 20 H
COROADO	1 MÉDICO 40H e 1 ACS
ESPERANCA	1 TÉCNICO DE ENFERMAGEM
MOREIRA DE ABREU	1 MÉDICO 20 H
SAFIRA	1 MÉDICO 20 H

ago/18	
EQUIPE	PROFISSIONAL
FIGUEIREDO ROCHA	1 MÉDICO 20 H
TONINHO	1 MÉDICO 20 H
PARANAPANEMA	1 MÉDICO 20 H
BAIANA	1 MÉDICO 20 H
SELETIVA	1 MÉDICO 20 H
PROF PAULO FREIRE	1 MÉDICO 20 H
CONJUNTO PINHEIRO	1 MÉDICO 20 H
PRAIA DE RAMOS	1 MÉDICO 20 H
ITARARE	1 ENFERMEIRO
FENIX	1 MÉDICO 40 H
AGUIA DOURADA	1 MÉDICO 40 H
LUCAS	1 MÉDICO 20 H
SANTA RITA	1 MÉDICO 20 H
AVILA	1 MÉDICO 20 H
CANDIDO PORTINARI	1 MÉDICO 20 H
COROADO	1 MÉDICO 40H e 1 ACS
MOREIRA DE ABREU	1 MÉDICO 20 H
BELA	1 MÉDICO 20 H

B. VARIÁVEL 2

A variável 2 é composta por 21 indicadores divididos em 4 áreas, a saber: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho.

Da completude das Fichas de Cadastro do Prontuário Eletrônico (PEP):

O percentual mínimo de Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar com todos os campos preenchidos no PEP é de 90%, em cada um dos meses do trimestre. No período nenhuma equipe atingiu a meta.

Os dados apresentados são referentes ao registro realizado pelos profissionais no prontuário eletrônico ao longo do período de análise. A fórmula de cálculo utilizada para calcular os indicadores segue aquela designada pelo Portal OSINFO, sendo apresentada no quadro que antecede os resultados e as justificativas por equipe para cada subgrupo da V2.

COMPLETUDE FICHA A - JUNHO 2018	
UNIDADE	%
CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	68,99
CMS NECKER PINTO AP 31	65,84
CMS NEWTON ALVES CARDOZO - AP 31	69,55
CMS PAULINO WERNECK - AP 31	68,23
CMS VILA DO JOAO - AP 31	63,71
CF ADIB JATENE - AP 31	64,34
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	59,72
CF ASSIS VALENTE - AP 31	65,11
CF AUGUSTO BOAL - AP 31	55,88
CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	60,02
CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	53,95
CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	61,88
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	62,12
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	77,88
CF ZILDA ARNS - AP 31	79,77
CMS VALTER FELISBINO - AP 31	70,24
CMS AMERICO VELOSO - AP 31	69,73
CMS JOAO CANDIDO - AP 31	65,06
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	59,30
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	63,62

CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN	67,60
CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	60,05
CMS SAO GODOFREDO - AP 31	74,46
CMS IRACI LOPES AP 31	67,72
CMS PARQUE ROYAL AP 31	71,97
CMS NILDA CAMPOS AP 31	70,70
CMS WILMA COSTA AP 31	82,45
CMS KLEBEL ROCHA AP 31	60,81
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS AP 31	58,59
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA - AP31	54,46
MÉDIA	65,79

COMPLETUDE FICHA A - JULHO 2018	
UNIDADE	%
CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	68,96
CMS NECKER PINTO AP 31	65,70
CMS NEWTON ALVES CARDOZO - AP 31	69,57
CMS PAULINO WERNECK - AP 31	68,19
CMS VILA DO JOAO - AP 31	63,71
CF ADIB JATENE - AP 31	64,35
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	59,86
CF ASSIS VALENTE - AP 31	65,16
CF AUGUSTO BOAL - AP 31	55,88
CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	60,05
CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	53,97
CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	61,89
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	62,25
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	77,83
CF ZILDA ARNS - AP 31	79,88
CMS VALTER FELISBINO - AP 31	70,22
CMS AMERICO VELOSO - AP 31	69,72
CMS JOAO CANDIDO - AP 31	64,97
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	59,31
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	63,58
CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	67,62
CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	60,24
CMS SAO GODOFREDO - AP 31	74,49
CMS IRACI LOPES AP 31	67,75
CMS PARQUE ROYAL AP 31	71,96
CMS NILDA CAMPOS AP 31	70,67
CMS WILMA COSTA AP 31	82,44
CMS KLEBEL ROCHA AP 31	60,82

CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS AP 31	58,49
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA - AP31	54,50
MÉDIA	65,8

COMPLETUDE FICHA A - AGOSTO 2018	
UNIDADE	%
CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	68,90
CMS NECKER PINTO AP 31	65,57
CMS NEWTON ALVES CARDOZO - AP 31	69,67
CMS PAULINO WERNECK - AP 31	68,17
CMS VILA DO JOAO - AP 31	63,72
CF ADIB JATENE - AP 31	64,35
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	59,98
CF ASSIS VALENTE - AP 31	65,30
CF AUGUSTO BOAL - AP 31	55,89
CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	60,10
CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	54,01
CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	61,99
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	62,34
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	77,79
CF ZILDA ARNS - AP 31	79,88
CMS VALTER FELISBINO - AP 31	70,20
CMS AMERICO VELOSO - AP 31	69,70
CMS JOAO CANDIDO - AP 31	64,96
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	59,26
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	63,52
CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	67,59
CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	60,29
CMS SAO GODOFREDO - AP 31	74,49
CMS IRACI LOPES AP 31	67,84
CMS PARQUE ROYAL AP 31	72,05
CMS NILDA CAMPOS AP 31	70,66
CMS WILMA COSTA AP 31	82,49
CMS KLEBEL ROCHA AP 31	60,82
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS AP 31	58,44
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA - AP31	54,52
MÉDIA	65,82

1. Indicadores de Acesso

Os CMS Iraci Lopes, CMS João Candido, CMS São Godofredo e CMS Parque União não possuem equipe de saúde bucal. Desta forma, de acordo com o contrato de gestão, para o cálculo do indicador A3 será considerada a meta de no mínimo 300/1.000 e para o cálculo do A4 a meta mínima de 6/1.000.

Indicadores de acesso	Número de equipes que alcançaram o indicador	Percentual de equipes que alcançaram o indicador
A1 Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	116	58,88%
A2 Percentagem de demanda espontânea em relação à programada	81	41,11%
A3 Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos	92	46,70%
A4 Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos	133	67,51%
A5- Proporção de itens da carteira de serviços implementados	139	70,55%
A6 - Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico	39	19,79%
A7 - Percentagem de primeira consulta odontológica programada	6	8,33%

A1- Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família. Meta: 70 a 95%

Este indicador tem a função de medir a proporção de consultas ao paciente pelo próprio médico de família, considerando o acesso dos usuários ao serviço de consulta médica. Por ser este um indicador que avalia o acesso dos usuários ao serviço de saúde, altos percentuais de consultas realizadas pelo médico responsável por sua população sugerem que, na ausência do médico de alguma equipe, os usuários não conseguem ser atendido pelas outras equipes da unidade, o que significaria haver restrição de acesso.

No trimestre, 116 equipes (**58,88%**) alcançaram a meta estipulada.

A2- Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos. Meta: Mínimo 40% Máximo 80%

No trimestre, 81 equipes (**41,11%**) alcançaram a meta desse indicador.

Para efeito de cálculo, o prontuário eletrônico considera as consultas realizadas através de demanda espontânea feitas por médicos, enfermeiros e dentistas das equipes.

A3- Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos. Meta: 300/1.000 (sem ESB) ou 320/1.000 (com ESB)

O indicador considera o número de visitas domiciliares realizadas pela equipe no trimestre de análise, considerando o registro dos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, dentistas, ASB e TSB sobre o total de cadastrados na equipe. As VD são contabilizadas por família e por dia.

No período, 92 equipes (**46,70%**) alcançaram a meta do indicador.

A4- Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos. Meta: 6/1.000 (sem ESB) ou 12/1.000 (com ESB)

Este indicador considera todas as ações em grupo realizadas pelos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, CDs, ASB e TSB no período de análise. O indicador visa relacionar o acesso da população aos grupos de educação em saúde e, está relacionado diretamente ao número de usuários cadastrados por equipe. No trimestre, 133 equipes (**67,51%**) alcançaram o indicador.

A5- Proporção de itens da carteira de serviços implementados. Meta: Mínimo 90%

A Carteira de Serviços, elaborada pela SAP/SMS, é um documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Julho. O

registro da carteira de serviços deve ser atualizado mensalmente pelo gerente.

Todos os gerentes são orientados quanto à necessidade de atualizar os registros dos itens da carteira de serviços, bem como da necessidade de avaliação periódica dos mesmos. No período em análise, 139 equipes (**70,55%**) alcançaram a meta proposta.

A6 - Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico.

Meta: Mínimo 10%

Este indicador contabiliza a proporção de consultas médicas, de enfermeiros e dentistas realizadas pelos profissionais das equipes que são agendadas de outras formas que não de forma presencial. Para ampliar o acesso e facilitar o agendamento de consultas na ESF, são disponibilizados outros meios para o agendamento não presencial, considerando que a cada dia mais os serviços de saúde precisam de integração com os meios eletrônicos.

Para o trimestre, 39 equipes (**19,79%**) atingiram a meta deste indicador. As unidades APS estão se organizando para facilitar o acesso através dessas ferramentas e os gerentes estão trabalhando juntos às suas equipes quanto à utilização do prontuário eletrônico para registro do tipo de marcação.

A7 - Cobertura de primeira consulta odontológica programática. Meta: > ou = 3%

Este indicador tem a função de avaliar a primeira consulta odontológica programática realizada no período de análise, o tipo de atendimento deve ser informado como odontológico, e o tipo de demanda como primeira consulta. O objetivo é analisar o acesso da população cadastrada na área ao atendimento odontológico.

No trimestre apenas 6 equipes (8,33%) do total de 72 que possuem saúde bucal, alcançaram este indicador.

2. Indicadores de desempenho assistencial

Indicadores de desempenho assistencial	Número de equipes que atingiram o indicador	Percentual de equipes que atingiram o indicador
D1- Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos	0	0%
D2- Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses	6	3,04%

D3- Percentagem de hipertensos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses	2	1,01%
D4- Percentagem de crianças com vacinas em dia, atualizado até 2 anos	6	3,04%
D5- Percentagem de crianças com vacinas em dia, atualizado até 6 anos	55	27,91%
D6- Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	46	23,35%
D7- Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida	43	21,82%
D8 - Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	173	92,51%
D9 - Percentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima da média no resultado do PMAQ	4	3,22%

D1- Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia realizada e registrada nos últimos 3 anos. Meta: Mínimo 80%

Este indicador avalia a proporção de mulheres da área com registro do resultado do exame colpocitológico nos últimos três anos, de acordo com a faixa etária preconizada. Embora nenhuma equipe tenha atingido a meta deste indicador destacam-se as equipes que permaneceram com o maior percentual da área para este indicador no mês de análise:

1. CF Zilda Arns
Nova Brasília (3122)- 71,23%
2. CF Maria Sebastiana
Fernando Pessoa (3425) – 66,82%
3. CMS Américo Veloso
Alegria (3148) – 65,31%

As equipes continuam com o monitoramento da listagem de mulheres na faixa etária preconizada, com o objetivo de realizar busca ativa desse grupo, e reforçam em todos os encontros com as mesmas, a necessidade de realizar o exame ou levar o resultado do preventivo realizado em outros serviços nas consultas com a equipe da ESF, para acompanhamento pela sua equipe. Todas as equipes, em parceria com assessoria técnica e CAP, estão buscando aplicar novas estratégias e plano de ação para melhorar a captação de mulheres e conseqüentemente, o resultado do indicador.

D2- Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses.

Meta: Mínimo 70%;

O indicador considera o número de diabéticos pertencentes à área de abrangência da equipe que tenham tido ao menos duas consultas, sendo 01 consulta médica e 01 consulta de enfermagem, registradas nos últimos 12 meses.

Para o período de análise, apenas 6 equipes (**3,04%**) alcançaram este indicador. A saber: equipes Praia e Principal da CF Jeremias Moraes, equipe Loteamento da CF Zilda Arns, equipe Amor do CMS Iraci Lopes, equipe Renascer do CMS Vila do João e equipe Mangueirinha da CF Aloysio Novis. Um caminho para o alcance deste indicador é a implantação de estratégias que estimule a adesão dos usuários às consultas, reduzindo a taxa de absenteísmo dos usuários. O planejamento de ações coletivas que divulguem a importância da prevenção da doença também pode ser um caminho para melhor adesão ao tratamento. Aliado a isto, as equipes devem trabalhar com as listagens disponíveis no PEP para o monitoramento.

D3- Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão, com registro de pelo menos 1 médica e 1 de enfermagem no período de 12 meses. Meta: Mínimo 70%;

Este indicador visa monitorar, o número de hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe que tiveram 01 consulta médica e 01 consulta de enfermagem no período de 12 meses.

No trimestre as equipes Renascer (78,60%) do CMS Vila do João e Praia da CF Jeremias Moraes (71,70%) alcançaram o resultado proposto. O trabalho de monitoramento das listagens para o acompanhamento e melhoria dos resultados deve ser uma tática utilizada pelas unidades. A utilização de estratégias na unidade para captação e acompanhamento desses usuários é fundamental, salientando a importância do monitoramento da pressão arterial, da dosagem das medicações e exames laboratoriais.

D4- Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado. Meta: Mínimo 90%

O indicador avalia a proporção de crianças, até 2 anos, pertencentes a área de abrangência da equipe, no período de análise, com a caderneta de vacinação atualizada.

O trabalho das equipes, tendo como prática o acompanhamento das listagens disponibilizadas pelo prontuário, bem como a correta inserção do dado no PEP são estratégias

para melhoria dos resultados. O calendário vacinal pode ser registrado pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem, pelo médico ou pelo ACS.

No período apenas 6 equipes (3,04%) alcançaram a meta estipulada. São elas: equipes Adolfo Porto e Praia da Rosa da CF Maria Sebastiana, equipe Área 5 da CF Zilda Arns, equipe Ibiapina do CMS São Godofredo e equipe Praia da CF Jeremias Moraes.

D5- Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado Meta:
Mínimo 80%

O indicador considera a atualização do calendário vacinal para crianças até 6 anos, no período em análise. Os profissionais são orientados de forma contínua para realizar o registro correto e estão utilizando ativamente o diagrama vacinal do PEP, assim como o uso da listagem para busca ativa das crianças com cartão de vacina atrasado. No período, 55 equipes (**27,91%**) alcançaram a meta estipulada.

D6- Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. Meta:
Mínimo 80%

O indicador monitora o número de gestantes com o pré-natal encerrado no período com o registro de primeira consulta no primeiro trimestre de gravidez.

Para o trimestre em análise, 46 equipes (**23,35%**) alcançaram a meta deste indicador, sendo que 10 equipes atingiram 100% desse indicador no período.

A realização do pré-natal no primeiro trimestre da gravidez se torna importante, pois as consultas e exames permitem identificar problemas como hipertensão, anemia, infecção urinária além de doenças transmissíveis da mãe para filho com HIV e sífilis.

D7- Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida. Meta: Mínimo 80%

O indicador contabiliza as crianças que completaram 3 meses no período da análise pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta realizada até os 15 dias de vida.

No trimestre, 43 equipes (**21,82%**) alcançaram a meta, sendo que 11 equipes atingiram 100% deste indicador no período.

Foram intensificadas as orientações às equipes sobre a inserção adequada das informações do recém-nascido no PEP, além disso, os profissionais são sensibilizados sobre a

importância do monitoramento dos recém-nascidos para acompanhamento, destacando a importância do acolhimento mãe-bebê, teste do pezinho e vacinação precocemente.

D8 – Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. Meta: > ou = 0,6.

O indicador monitora o número de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal nos últimos doze meses, como conclusão entende-se como tratamento concluído, a alta do usuário.

No trimestre em análise observa-se que 173 equipes (**92,51%**) do total de 187 equipes que possuem saúde bucal alcançaram a meta proposta para este indicador

D9 – Percentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima da média no resultado do PMAQ. Meta: Mínimo 80%

O indicador contabiliza o número de equipes de Saúde da Família com resultado acima da média e muito acima da média na avaliação do PMAQ. A fonte desse indicador é o relatório de resultados da PMAQ, que é divulgado pelo Ministério da Saúde, dessa forma a unidade pontuará nesse indicador o resultado do último ciclo, até serem publicados os resultados do novo ciclo. No último ciclo, em agosto de 2013, apenas 25 unidades fizeram parte da avaliação, o que totaliza 124 equipes.

No decorrer dos anos, algumas unidades sofreram modificações e por isso os resultados obtidos na época, serão apresentados nesse relatório, levando-se em consideração a composição atual. Desta forma, os resultados do CMS José Paranhos Fontenelle estão sendo apresentados no CMS São Godofredo; e os resultados do CMS Gustavo Capanema estão sendo apresentados na CF Adib Jatene por se tratarem das mesmas ESF. A equipe Conjunto Pinheiro, que foi transferida em Julho de 2016 do CMS Vila do João para a CF Adib Jatene, também terá o seu resultado apresentado na atual Unidade. Os resultados do CMS Alemão serão apresentados na CF Valter Felisbino de Souza.

Neste indicador, 04 unidades ficaram dentro da meta estabelecida durante a avaliação do último ciclo, realizado em Agosto 2013, são elas: CMS Iraci Lopes, CMS Parque Royal, CF Rodrigo Roig e CF Maria Sebastiana de Oliveira.

Cabe ressaltar que as novas unidades e as equipes criadas após este período não apresentam resultado para este indicador.

3. Indicador de satisfação dos pacientes

INDICADOR	REGRA DE CÁLCULO	
S.1: Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	Numerador	Soma
	Denominador	Soma

S1 - Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeito. Meta: Mínimo 80%

O indicador S1 (Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos) tem por objetivo mensurar a qualidade percebida pelos usuários, sendo este contabilizado a partir da avaliação realizada nos totens pelos usuários dos serviços de atenção básica. Desta forma, é importante o acompanhamento das condições dos totens para que o indicador possa refletir a satisfação dos usuários. Na AP 3.1 os totens de pesquisa de satisfação começaram a ser implantados em maio de 2018, sendo assim a partir de junho de 2018 já possuímos algumas unidades da área com o totem configurado para a pesquisa e em funcionamento. Para o trimestre 50 equipes atingiram a meta do indicador. Os relatórios analíticos do indicador estão nos anexos desta CTA. No quadro abaixo as equipes que atingiram o indicador no trimestre:

UNIDADES	EQUIPES	% NO TRIMESTRE
CF ADIB JATENE	VILA DO PINHEIRO	80%
CF JOÃOSINHO TRINTA	OSLO	80%
CMS MARIA CRISTINA R. PAUGARTTEN	PEDREIRA	80%
CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	SÃO SEBASTIÃO	80%
CF VALTER FELISBINO DE OLIVEIRA	ALEMAO	81%
CMS AMÉRICO VELOSO	ALEGRIA	81%
CMS SAO GODOFREDO	BARIRI	82%
CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	JÚPITER	82%
CF FELIPPE CARDOSO	QUATRO BICAS	83%
CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	LAGUNA	84%
CMS SAO GODOFREDO	IBIAPINA	86%
CMS SAO GODOFREDO	IAPI	86%
CF ZILDA ARNS	NOVA BRASILIA NB	88%
CMS HEITOR DOS PRAZERES	ARCO IRIS	88%
CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	ROSAS	88%
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	PEDRO RUFINO	88%
CF VALTER FELISBINO DE OLIVEIRA	TONINHO	89%
CF VALTER FELISBINO DE OLIVEIRA	BAIANA	89%
CMS HEITOR DOS PRAZERES	GRAUNA	89%
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	JOAO TELLES	89%
CF KLEBEL OLIVEIRA ROCHA	MOREIRA DE ABREU	89%

CF KLEBEL OLIVEIRA ROCHA	JORGE GONCALVES	89%
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	ADOLFO PORTO	90%
CMS SAO GODOFREDO	FILOMENA	90%
CMS AMÉRICO VELOSO	RITA RIBAS	93%
CMS PAULINO WERNECK	CANINARE	97%
CF ADIB JATENE	MERENGUE	100%
CF ADIB JATENE	PRACA DO SALSA	100%
CF ADIB JATENE	PROFESSOR PAULO FREIRE	100%
CF ADIB JATENE	SELETIVA	100%
CF ADIB JATENE	SAO JOSE OPERARIO	100%
CF ADIB JATENE	EQUIPE CONJ PINHEIRO	100%
CMS AMÉRICO VELOSO	ENGENHO DA PEDRA	100%
CF AUGUSTO BOAL	BENTO RIBEIRO DANTAS	100%
CF AUGUSTO BOAL	PROCLAMACAO	100%
CF AUGUSTO BOAL	TIMBAU	100%
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	FERNANDO PESSOA	100%
CMS HEITOR DOS PRAZERES	SANTA EDWIGES	100%
CMS HEITOR DOS PRAZERES	BOA VIAGEM	100%
CMS HEITOR DOS PRAZERES	ESTRELA	100%
CMS HEITOR DOS PRAZERES	NOVO HORIZONTE	100%
CF FELIPPE CARDOSO	CARACOL	100%
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	GUARABU	100%
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	COMBU	100%
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	DOURADOS	100%
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	GUAPORÉ	100%
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	PACHECO JUNIOR	100%
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	RIO PRETO	100%
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	ORICA	100%
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	BRÁS DE PINA	100%

4. Indicadores de desempenho econômico

Indicadores de desempenho econômico	Número de equipes que alcançaram o indicador.	% de equipes que alcançaram o indicador.
E1- Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário	34	17,25%
E2- Percentual de medicamentos prescritos da REMUME	0	0%

E3- Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	186	94,41%
E4- Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	sem resultado no período	sem resultado no período

E1- Custo médio de serviços de apoio diagnóstico (incluindo medicamentos REMUME) e terapia previstos por usuário. Meta: Máximo R\$ 41,80

O indicador traz o somatório do valor das prescrições (REMUME) e o somatório dos valores de todas as solicitações de exames feitas pelo médico de cada equipe a qualquer paciente cadastrado na unidade, incluindo pacientes temporários. Para isto, utiliza como fonte os valores da tabela SIGTAP.

No trimestre em análise, 34 equipes (**17,25%**) alcançaram a meta estipulada em contrato para este indicador.

E2- Percentual de medicamentos prescritos da REMUME. Meta: Mínimo 90%

O indicador apresenta o número de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses, a fonte é o PEP, com isso devemos novamente reforçar a importância do registro da prescrição no prontuário e os farmacêuticos das unidades sinalizarem a importância com o cuidado da prescrição correta.

O indicador avalia o número de medicamentos distintos prescritos que pertencem à REMUME, nas prescrições efetuadas pelo médico da equipe aos pacientes na unidade, incluindo pacientes temporários.

Para o trimestre nenhuma equipe alcançou a meta estabelecida neste indicador.

E3- Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos. Meta: Máximo 20%

O indicador avalia o número de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe, incluídos os atendimentos a pacientes fora de área, nos últimos três meses que foram encaminhados a algum serviço ou especialidade.

No trimestre, 186 equipes (**94,41%**) ficaram dentro da meta estabelecida em contrato para este indicador.

E4- Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG. Meta: Máximo 30%

O indicador tem o objetivo de apresentar o número de pacientes que faltaram a consulta especializada ou procedimentos complementares agendados no período de análise.

A fonte do indicador é o SISREG e foi pactuado que na área a DICA irá fornecer a planilha mensal referente ao indicador. Dessa forma, será considerado o mesmo resultado para cada equipe da unidade; nas unidades tipo B, esse indicador não será considerado. Porém no período o SISREG apresentou instabilidade o que inviabilizou a extração dessa informação pela DICA CAP 3.1.

C. VARIÁVEL 3

A variável 3 é composta por 10 indicadores de vigilância e tem por objetivo qualificar os processos assistenciais.

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

Grupos de ações	DESCRIÇÃO	UC
1	Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, por ano	01
2	Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou realização de esterilização feminina, por ano	01
3	Acompanhamento de uma gravidez	08
4	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06
5	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	04
6	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	06
7	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02
8	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
9	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de uma pessoa com transtorno ou necessidades	04

No trimestre em análise 36 equipes alcançaram esta variável:

UNIDADES	EQUIPES
CF ZILDA ARNS	NOVO ADEUS
CF ZILDA ARNS	LOTEAMENTO
CF ZILDA ARNS	NOVA BRASILIA NB
CF ZILDA ARNS	ALVORADA II

CF ZILDA ARNS	RESERVATORIO
CF ZILDA ARNS	CAPAO
CF ZILDA ARNS	AREA 5
CMS IRACI LOPES	PAZ
CMS IRACI LOPES	AMOR
CMS PARQUE ROYAL	BOA ESPERANÇA
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA	PRAIA
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA	PRINCIPAL
CMS VILA DO JOAO	EQUIPE JOSUE DE CASTRO
CMS VILA DO JOAO	EQUIPE RENASCER
CMS VILA DO JOAO	EQUIPE SOLIDARIA
CF AUGUSTO BOAL	PROCLAMACAO
CF RODRIGO YAMAWAKI AGUILAR ROIG	ITARARE
CF RODRIGO YAMAWAKI AGUILAR ROIG	ALVORADA
CF RODRIGO YAMAWAKI AGUILAR ROIG	ALVORADA/CRUZEIRO
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	ADOLFO PORTO
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	MONERO
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	PRAIA DA ROSA
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	QUEROSENE
CMS HEITOR DOS PRAZERES	ARCO IRIS
CF FELIPPE CARDOSO	GIRASSOL
CF FELIPPE CARDOSO	VILA CRUZEIRO
CF FELIPPE CARDOSO	SAO GABRIEL
CF FELIPPE CARDOSO	APARECIDA
CF FELIPPE CARDOSO	TRES REIS
CMS SAO GODOFREDO	IBIAPINA
CF ASSIS VALENTE	AGUIA DOURADA
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	MANGUEIRINHA
CMS MARIA CRISTINA R. PAUGARTTEN	BATURITE
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	ORICA
CF WILMA COSTA	COCOTA
CF WILMA COSTA	PRAIA DA BANDEIRA

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

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

Todos os dados que compõe as produções 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 Informações da OSS Viva Rio fica à disposição desta CTA para esclarecimentos de quaisquer informações que compõem este documento.

Atenciosamente,

Rio de Janeiro, 27 de setembro de 2018.

MARIANA ZACHARIAS DE ARAUJO
ANALISTA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE AP 3.1

DANIEL ANTONIO BOUZADA FRAGA
ASSESSOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO OSS VIVA RIO

RENATA PORTO



Relatório de Acompanhamento dos Indicadores das Variáveis 1, 2 e 3, do Contrato de Gestão nº 030/2014, referente aos meses de Junho a Agosto de 2018.

COORDENADORA DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE