



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:

Março, Abril e Maio 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	28
B. VARIÁVEL 2	31
1. INDICADORES DE ACESSO	34
2. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL	36
3. INDICADOR DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES	40
4. INDICADORES DE DESEMPENHO ECONÔMICO	41
C. VARIÁVEL 3	42

APRESENTAÇÃO

O presente documento tem como objetivo apresentar os resultados dos indicadores de desempenho das variáveis 1, 2 e 3, no período de março a maio 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 ainda enfrentou problemas ligados aos repasses financeiros irregulares e parciais por parte da SMS/RJ, refletindo no abastecimento regular das unidades, qualidade dos itens, serviços fornecidos e itens adquiridos. Esses fatos impactaram diretamente no desempenho da OS, resultando no alcance de apenas 9 dos 19 indicadores estabelecidos em contrato, perfazendo uma proporção de **47,36%** de alcance.

Quadro 1: Resultados dos indicadores da Variável 1. AP 3.1, mar a mai/18.

Indicadores	META	MAR	ABR	MAI	TRIM	Observações
1 - Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários implantadas (Fonte: PEP)	>=95%	96,43%	100,00%	100,00%	96,88%	Alcançado
2 - Proporção de profissionais de saúde cadastrados (Fonte: SCNES)	95%	96,75%	97,29%	97,00%	99,68%	Alcançado
3 - Percentual de consultórios com impressora funcionando (Fonte: PEP)	95%	99,65%	98,39%	99,09%	99,03%	Alcançado
4 - Proporção de unidades de saúde com declaração do diretor/gerente que estão regularmente abastecidas (Fonte: PEP)	95%	89,29%	86,67%	100,00%	92,05%	Não Alcançado
5 - Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados	95%	100,00%	96,67%	100,00%	98,86%	Alcançado

(Fonte: PEP)						
6 - Proporção de unidades que informaram em dia SIA, SISAB e OSINFO (Fonte: PEP)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100%	Alcançado
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	1,05	0,97	0,98	1,00	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%	57,02%	81,97%	40,00%	40,00%	Não Alcançado
10 - Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados (Fonte: PEP)	95%	77,34%	86,04%	88,59%	84,37%	Não Alcançado
11 - Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura (Fonte: PEP)	85%	77,55%	84,62%	69,57%	75,80%	Não Alcançado

12 - Proporção de notificações de Sífilis na Gestação com tratamento adequado (Fonte: PEP)	90%	39,89%	35,05%	46,63%	40,36%	
13 - Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP (Fonte: PEP)	80%	62,42%	54,99%	58,33%	58,50%	Não Alcançado.
14 - Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) para pessoas com 16 anos ou mais (Fonte: PEP)	90%	96,38%	96,13%	96,13%	96,21%	Alcançado
15 - Proporção de cadastros definitivos com número único (DNV ou CPF) para pessoas menores de 16 anos (Fonte: PEP)	90%	96,76%	96,76%	96,85%	96,79%	Alcançado
16 - Rotatividade (Turnover) de profissionais nas ESF (Fonte: CNES)	<= 5%	2,10%	2,15%	1,53%	5,83%	Não 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%	28,46%	42,24%	61,67%	61,67%	Não Alcançado
18 - Proporção	90%	65,73%	89,13%	91,76%	82,35%	Não Alcançado

de escolas e creches cobertas na área da unidade de Saúde de 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%	12,28%	18,55%	25,62%	57,17%	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%**

	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	27	28	28	28	MÉDIA
Denominador	28	28	28	28	MÉDIA
Resultado	96,43%	100%	100%	96,88%	

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 96,88%.

A justificativa apresentada pela gerente do CMS São Godofredo por não ter registro de Comissão de Revisão de Prontuário em março de 2018 segue nos Anexos desta CTA.

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

	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	1609	1756	1776	1714	MÉDIA
Denominador	1663	1805	1831	1766	MÉDIA
Resultado	96,75%	97,29%	97,00%	97,02%	

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 97,02%, 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:

MARÇO 2018				
UNIDADES	N	D	Diferença	Cálculo
CF ADIB JATENE	85	86	1	98,84%
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	68	69	1	98,55%
CF ASSIS VALENTE	59	59	0	100%
CF AUGUSTO BOAL	62	63	1	98,41%
CF EDIMIR THIAGO DE SOUZA	45	46	1	97,83%
CF FELIPPE CARDOSO	143	145	2	98,62%
CF HEITOR DOS PRAZERES	53	54	1	98,15%
CF JOAOSINHO TRINTA	60	60	0	100%
CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	63	71	8	88,73%
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	58	61	3	95,08%
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	83	83	0	100%
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	34	37	3	91,89%
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	69	72	3	95,83%
CF WILMA COSTA	70	71	1	98,59%
CF ZILDA ARNS	141	153	12	92,16%
CMS AMERICO VELOSO	42	44	2	95,45%
CMS IRACI LOPES	16	16	0	100%
CMS JOAO CANDIDO	16	17	1	94,12%
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	66	67	1	98,51%
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	37	37	0	100%
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	75	78	3	96,15%
CMS NAGIB JORGE FARAH	93	93	0	100%
CMS NECKER PINTO	28	30	2	93,33%
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	13	16	3	81,25%
CMS PARQUE ROYAL	21	21	0	100%
CMS PAULINO WERNECK	15	15	0	100%
CMS SAO GODOFREDO	33	37	4	89,19%
CMS VILA DO JOAO	61	62	1	98,39%

ABRIL 2018				
UNIDADES	N	D	Diferença	Cálculo
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	55	57	2	96,49%
CF ADIB JATENE	84	84	0	100%
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	66	67	1	98,51%
CF ASSIS VALENTE	59	59	0	100%
CF AUGUSTO BOAL	63	65	2	96,92%
CF EDIMIR THIAGO DE SOUZA	45	48	3	93,75%
CF FELIPPE CARDOSO	154	157	3	98,09%
CF HEITOR DOS PRAZERES	53	55	2	96,36%

CF JEREMIAS MORAES DA SILVA AP31	66	66	0	100%
CF JOAOSINHO TRINTA	62	64	2	96,88%
CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	57	58	1	98,28%
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	62	65	3	95,38%
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	82	84	2	97,62%
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	34	34	0	100%
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	72	74	2	97,3%
CF WILMA COSTA	80	80	0	100%
CF ZILDA ARNS	143	149	6	95,97%
CMS AMERICO VELOSO	46	47	1	97,87%
CMS IRACI LOPES	17	17	0	100%
CMS JOAO CANDIDO	14	16	2	87,5%
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	62	65	3	95,38%
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	36	39	3	92,31%
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	74	75	1	98,67%
CMS NAGIB JORGE FARAH	94	94	0	100%
CMS NECKER PINTO	29	31	2	93,55%
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	15	18	3	83,33%
CMS PARQUE ROYAL	21	21	0	100%
CMS PAULINO WERNECK	15	15	0	100%
CMS SAO GODOFREDO	35	39	4	89,74%
CMS VILA DO JOAO	61	62	1	98,39%
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	55	57	2	96,49%
CF ADIB JATENE	84	84	0	100%

MAIO 2018				
UNIDADES	N	D	Diferença	Média
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	55	57	2	96,49%
CF ADIB JATENE	85	86	1	98,84%
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	75	77	2	97,40%
CF ASSIS VALENTE	58	58	0	100%
CF AUGUSTO BOAL	63	65	2	96,92%
CF EDIMIR THIAGO DE SOUZA	46	48	2	95,83%
CF FELIPPE CARDOSO	153	156	3	98,08%
CF HEITOR DOS PRAZERES	54	56	2	96,43%
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA AP31	70	70	0	100%
CF JOAOSINHO TRINTA	62	64	2	96,88%
CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	55	59	4	93,22%
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	61	65	4	93,85%
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	83	83	0	100%
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	34	34	0	100%
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	73	74	1	98,65%
CF WILMA COSTA	79	80	1	98,75%

CF ZILDA ARNS	143	145	2	98,62%
CMS AMERICO VELOSO	46	48	2	95,83%
CMS IRACI LOPES	18	18	0	100%
CMS JOAO CANDIDO	17	19	2	89,47%
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	63	64	1	98,44%
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	39	39	0	100%
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	70	76	6	92,11%
CMS NAGIB JORGE FARAH	99	99	0	100%
CMS NECKER PINTO	27	30	3	90%
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	17	19	2	89,47%
CMS PARQUE ROYAL	21	32	11	65,63%
CMS PAULINO WERNECK	15	15	0	100%
CMS SAO GODOFREDO	33	33	0	100%
CMS VILA DO JOAO	62	62	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					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	285	305	328	306	MÉDIA
Denominador	286	310	331	309	MÉDIA
Resultado	99,65%	98,39%	99,09%	99,03%	

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 99,03% 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					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	25	26	30	27	MÉDIA
Denominador	28	30	30	29	MÉDIA
Resultado	89,29%	86,67%	100,00%	92,05%	

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. Os repasses parciais e incompletos de 2017 ainda refletiram no abastecimento regular das unidades no trimestre, período em que as dívidas com alguns fornecedores estavam sendo regularizadas. Cabe destacar que, em março, todas as unidades foram abastecidas com itens vitais com exceção do Kit de higiene oral. Alcançamos 92,05%, 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					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	28	29	30	29	MÉDIA
Denominador	28	30	30	29	MÉDIA
Resultado	100,00%	96,67%	100,00%	98,86%	

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 98,86% 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)					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	28	30	30	29	MÉDIA
Denominador	28	30	30	29	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 Abril 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%**

	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	1669	1800	1832	1767	MÉDIA
Denominador	1669	1800	1832	1767	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					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	774.235,88	717.551,81	722.260,53	R\$ 2.214.048,22	SOMA
Denominador	740.579,40	740.579,40	740.579,40	R\$ 2.221.738,20	SOMA
Resultado	1,05	0,97	0,98	1,00	

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 1,0.

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					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	69	50	6	125	SOMA
Denominador	121	61	15	197	SOMA
Resultado	57,02%	81,97%	40,00%	63,45%	

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 Abril 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 Abril) 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 Abril, 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					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	454	598	621	558	MÉDIA
Denominador	587	695	701	661	MÉDIA
Resultado	77,34%	86,04%	88,59%	84,37%	

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 nº07 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. A OS Viva Rio considera que o desempenho desse indicador no trimestre em análise refletiu, ainda, os problemas decorrentes dos repasses financeiros irregulares e parciais por parte da SMS/RJ, ocorridos no ano de 2017 e início de 2018.

O mês de março demonstra 77,34% de satisfação dos gerentes da AP 3.1 com a qualidade dos itens fornecidos, representando o pior desempenho no trimestre. Nesse período a OS Viva Rio estava trabalhando para sanar o pagamento de notas de fornecedores e prestadores de serviços e regularizar o abastecimentos de itens e serviços que estavam parcialmente suspensos. Nos meses de abril e maio observa-se uma melhora no registro de qualidade com alcance de 86,04% e 88,59% do indicador respectivamente.

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

INDICADOR 11 - Proporção de cura de Tuberculose					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	38	33	48	119	SOMA
Denominador	49	39	69	157	SOMA
Resultado	77,55%	84,62%	69,57%	75,80%	

Fonte: PEP 2018

O resultado da área no período foi de 75,80%. A área não atingiu a meta estipulada no trimestre. Destaque para o mês de abril aonde a área chega próximo do alcance da meta com 84,62%. Isto reflete o trabalho que as equipes vêm desempenhando ao acompanhar os usuários com tuberculose e qualificar o registro no prontuário eletrônico. Vale ressaltar que as oficinas de capacitação do profissional e qualificação dos registros em prontuário eletrônico, que são realizadas pela Dica/Cap 3.1 em conjunto com o setor de Sistema de Informação/Os Viva Rio, visam a melhoria do indicador.

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.

No quadro abaixo apresentamos as unidades que tiveram os casos de tuberculose encerrados por cura no mês de Março de 2018, unidades que tiveram os casos encerrados por

cura no mês de Abril de 2018 e 14 unidades que tiveram os casos encerrados no mês de Maio de 2018.

MARÇO DE 2018			
UNIDADES	N	D	PORCENTAGEM
SMSDC RIO CF ADIB JATENE	1	1	100
SMSDC RIO CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	3	4	75
CF ASSIS VALENTE	1	1	100
CF FELIPPE CARDOSO	6	11	54,55
CF JOAOSINHO TRINTA	2	2	100
CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	1	1	100
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	1	1	100
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	1	1	100
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	3	3	100
CF WILMA COSTA	2	2	100
CF ZILDA ARNS	6	7	85,71
CMS IRACI LOPES	1	3	33,33
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	1	1	100
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	3	3	100
CMS NAGIB JORGE FARAH	2	4	50
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	1	1	100
CMS PAULINO WERNECK	2	2	100
CMS VILA DO JOAO	1	1	100

Fonte: PEP /2018

ABRIL DE 2018			
UNIDADES	N	D	PORCENTAGEM
CF ADIB JATENE	2	2	100
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	1	1	100
CF ASSIS VALENTE	4	4	100
CF AUGUSTO BOAL	2	4	50
CF EDIMIR THIAGO DE SOUZA	1	1	100
CF FELIPPE CARDOSO	5	5	100
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA AP31	1	1	100
CF JOAOSINHO TRINTA	2	2	100
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	1	1	100
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	1	1	100
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	1	1	100
CF ZILDA ARNS	2	3	66,67
CMS IRACI LOPES	1	1	100
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	1	1	100

CMS NAGIB JORGE FARAH	5	5	100
CMS PARQUE ROYAL	1	1	100
CMS SAO GODOFREDO	1	2	50
CMS VILA DO JOAO	1	1	100

Fonte PEP/2018.

MAIO DE 2018			
UNIDADES	N	D	PORCENTAGEM
CF ADIB JATENE	2	2	100
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	1	1	100
CF AUGUSTO BOAL	4	9	44,44
CF FELIPPE CARDOSO	7	9	77,78
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA AP31	3	5	60
CF JOAOSINHO TRINTA	1	1	100
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	1	1	100
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	2	2	100
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	2	2	100
CF WILMA COSTA	2	2	100
CF ZILDA ARNS	4	8	50
CMS AMERICO VELOSO	1	1	100
CMS IRACI LOPES	1	1	100
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	2	2	100
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	3	3	100
CMS NAGIB JORGE FARAH	5	9	55,56
CMS NECKER PINTO	1	1	100
CMS VILA DO JOAO	6	6	100

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					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	71	68	83	222	SOMA
Denominador	178	194	178	550	SOMA
Resultado	39,89%	35,05%	46,63%	40,36%	

Fonte: PEP 2018

Para o trimestre em análise, a área apresenta como resultado 40,36%, não atingindo a meta estabelecida para este indicador. Na maioria dos casos notificados para o período, há o registro de tratamento medicamentoso para as gestantes, porém não há informação ou registro de tratamento para os parceiros.

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.

A Assessoria encaminhará a lista de gestantes com Pré Natal encerrados no ano 2017 de Gestantes e Gestantes com diagnóstico de sífilis, a unidade deverá selecionar 3 gestantes e 1 gestante com sífilis e avaliar todo o prontuário. A partir dos dados encontrados os membros da CRP deverá desenvolver um plano de intervenção para os critérios com menor índice de cumprimento. O Plano de Trabalho da Assessoria Técnica segue 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					
	Março	Abril	Maior	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	480	452	483	1415	SOMA
Denominador	769	822	828	2419	SOMA
Resultado	62,42%	54,99%	58,33%	58,50%	

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 58,50%, não alcançando a meta estabelecida em contrato.

Fatores que impactam no alcance do indicador são os casos de aborto, gestantes que iniciaram o pré-natal em idade gestacional avançada, gestantes que mudaram de território durante a gestação e passaram a ser acompanhadas em outra unidade.

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.

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					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	453008	484670	488413	475364	MÉDIA
Denominador	470001	504173	508091	494088	MÉDIA
Resultado	96,38%	96,13%	96,13%	96,21%	

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					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	120867	131766	132594	128409	MÉDIA
Denominador	124915	136177	136910	132667	MÉDIA
Resultado	96,76%	96,76%	96,85%	96,79%	

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 96,79% alcançando a meta estabelecida do contrato.

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

INDICADOR 16- Rotatividade de profissionais nas equipes					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	31	32	20	83,00	SOMA
Denominador	1477	1490	1303	1423	MÉDIA
Resultado	2,10%	2,15%	1,53%	5,83%	

Fonte: CNES

Para o trimestre, a área atingiu 5,83%, não 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.

Neste trimestre o indicador não foi alcançado. O atraso no repasse financeiro por parte da SMS – RJ ainda refletiu no período em análise da seguinte forma:

- muitos profissionais solicitaram desligamento no período de jan a fev/18 pelo receio de não receberem ou terem seus salários pagos com atraso;
- a partir de março/18, com a regularização dos repasses, a OS Viva Rio retomou o processo de captação de profissionais, aumentando o número de admitidos para repor as vagas em aberto, sobretudo de médicos.

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: 80%**

INDICADOR 17- Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	522	868	1231	1231	ÚLTIMO MÊS
Denominador	1834	2055	1996	1996	ÚLTIMO MÊS
Resultado	28,46%	42,24%	61,67%	61,67%	

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 (Maio: 80%). 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 61,67% 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.

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					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	117	164	167	149,3	MEDIA
Denominador	178	184	182	181,3	MEDIA
Resultado	65,73%	89,13%	91,76%	82,35%	

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 não foi alcançada, mas a área demonstra melhora significativa nos meses do trimestre. Em abril ficando muito próximo a meta estabelecida (89,13%) e em maio alcançando a meta (91,76%).

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

INDICADOR 19- Desempenho Assistencial					
	Março	Abril	Maio	TRIMESTRE	REGRA
Numerador	2157	3556	5033	10746	SOMA
Denominador	17570	19.172	19644	18795	MÉDIA
Resultado	12,28%	18,55%	25,62%	57,17%	

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 57,17%, não atingindo a meta estabelecida para o período. Entretanto, as ações desenhadas pela assessoria para o alcance da meta do indicador incluem o envio de material instrutivo ao gerente com orientações sobre o registro correto da entrega do kit, 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 março, abril e maio 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 março 24 equipes incompletas, abril 26 equipes incompletas e maio 30 equipes incompletas.

MARÇO/18		
UNIDADE	EQUIPE	PROFISSIONAL
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH	BARAO STUDART	1 MÉDICO 40H
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH	VALENTIM DE	1 MÉDICO 20H
SMS CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	TONINHO	1 MÉDICO 40H
SMS CMS IRACI LOPES	AMOR	1 MÉDICO 40H
SMS CF ADIB JATENE	SELETIVA	1 MÉDICO 40H

SMS CF ADIB JATENE	PROF PAULO FREIRE	1 MÉDICO 40H
SMS CMS AMÉRICO VELOSO	BRIGADEIRO	1 MÉDICO 20H
SMS CMS NOVA HOLANDA	ROBSON CAETANO	1 MÉDICO 40H
SMS CMS SAMORA MACHEL	SAFIRA	1 MÉDICO 20H
SMS CF AUGUSTO BOAL	OROSINA	1 MÉDICO 40H
SMS CF AUGUSTO BOAL	CASINHAS	1 MÉDICO 40H
SMS CF HEITOR DOS PRAZERES	ARCO IRIS	1 MÉDICO 40H
SMS CF HEITOR DOS PRAZERES	BOA VIAGEM	1 MÉDICO 20H
SMS CMS SÃO GODOFREDO	BARIRI	1 MÉDICO 40H
SMS CMS SÃO GODOFREDO	IAPI	1 MÉDICO 40H
SMS CMS SÃO GODOFREDO	IBIAPINA	1 MÉDICO 40H
SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	BENTO CARDOSO	1 MÉDICO 40H
SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN	SANTA LUZIA	1 MÉDICO 40H
SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	AGUA DOCE	1 MÉDICO 40H
SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	SETEMBRINO	1 MÉDICO 20H
SMS CMS NEWTON ALVES CARDOZO	COMBU	1 MÉDICO 40H
SMS CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	JUPITER	1 MÉDICO 40H
SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA	PACHECO JUNIOR	1 MÉDICO 40H
SMS CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	MOREIRA DE ABREU	1 MÉDICO 20H

ABRIL/18		
UNIDADE	EQUIPE	PROFISSIONAL
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH	BARAO STUDART	1 MÉDICO 20H
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH	VALENTIM DE	1 MÉDICO 40H
SMS CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	TONINHO	1 MÉDICO 20H
SMS CMS IRACI LOPES	AMOR	1 MÉDICO 20H
SMS CF ADIB JATENE	SELETIVA	1 MÉDICO 20H
SMS CF ADIB JATENE	PROF PAULO FREIRE	1 MÉDICO 20H
SMS CMS AMÉRICO VELOSO	BRIGADEIRO	1 MÉDICO 40H
SMS CMS HELIO SMIDTHI	ARAUJO	1 MÉDICO 40H
SMS CMS NOVA HOLANDA	ROBSON CAETANO	1 MÉDICO 20H
SMS CMS SAMORA MACHEL	SAFIRA	1 MÉDICO 40H
SMS CF AUGUSTO BOAL	OROSINA	1 MÉDICO 20H
SMS CF AUGUSTO BOAL	CASINHAS	1 MÉDICO 20H
SMS CF HEITOR DOS PRAZERES	ARCO IRIS	1 MÉDICO 20H
SMS CF HEITOR DOS PRAZERES	BOA VIAGEM	1 MÉDICO 40H
SMS CMS SÃO GODOFREDO	BARIRI	1 MÉDICO 20H
SMS CMS SÃO GODOFREDO	IAPI	1 MÉDICO 20H
SMS CMS SÃO GODOFREDO	IBIAPINA	1 MÉDICO 20H
SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	BENTO CARDOSO	1 MÉDICO 20H
SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN	SANTA LUZIA	1 MÉDICO 20H

SMS CMS MADRE TEREZA DE CALCUTA	JOAO TELLES	1 MÉDICO 40H
SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	AGUA DOCE	1 MÉDICO 20H
SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	SETEMBRINO	1 MÉDICO 40H
SMS CMS NEWTON ALVES CARDOZO	COMBU	1 MÉDICO 20H
SMS CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	JUPITER	1 MÉDICO 20H
SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA	PACHECO JUNIOR	1 MÉDICO 20H
SMS CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	MOREIRA DE ABREU	1 MÉDICO 40H

MAIO/18		
UNIDADE	EQUIPE	PROFISSIONAL
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH	ATHILIO PARIM	1 MÉDICO 40H
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH	VALENTIM DE	1 MÉDICO 40H
SMS CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	TONINHO	1 MÉDICO 20H
SMS CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	ALEMAO	1 MÉDICO 20H
SMS CMS IRACI LOPES	AMOR	1 MÉDICO 20H
SMS CF ADIB JATENE	SELETIVA	1 MÉDICO 20H
SMS CF ADIB JATENE	PROF PAULO FREIRE	1 MÉDICO 20H
SMS CF ADIB JATENE	VILA RESIDENCIAL	1 MÉDICO 40H
SMS CF ADIB JATENE	CONJUNTO PINHEIRO	1 MÉDICO 20H
SMS CF ADIB JATENE	PRACA DO SALSA	1 MÉDICO 40H
SMS CF AUGUSTO BOAL	OROSINA	1 MÉDICO 20H
SMS CF AUGUSTO BOAL	CASINHAS	1 MÉDICO 20H
SMS CF HEITOR DOS PRAZERES	BOA VIAGEM	1 MÉDICO 20H
SMS CF FELIPPE CARDOSO	IRMA PAULA	1 MÉDICO 20H
SMS CMS SÃO GODOFREDO	IAPI	1 MÉDICO 20H
SMS CMS SÃO GODOFREDO	IBIAPINA	1 MÉDICO 20H
SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	CRATO	1 MÉDICO 40H
SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	BENTO CARDOSO	1 MÉDICO 20H
SMS CF JOÃOSINHO TRINTA	LUCAS	1 MÉDICO 20H
SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	AGUA DOCE	1 MÉDICO 20H
SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	SETEMBRINO	1 MÉDICO 20H
SMS CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	JUPITER	1 MÉDICO 20H
SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA	PACHECO JUNIOR	1 MÉDICO 20H
SMS CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	ESPERANCA	1 MÉDICO 20H
SMS CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	MOREIRA DE ABREU	1 MÉDICO 40H
SMS CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS - AP 31	BRIGADEIRO	1 MÉDICO 20H
SMS CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS - AP 31	SAO PEDRO	1 MÉDICO 20H
SMS CF JEREMIAS MORAES DA SILVA - AP 31	SAFIRA	1 MÉDICO 40H
SMS CF JEREMIAS MORAES DA SILVA - AP 31	NOVA	1 MÉDICO 40H
SMS CF JEREMIAS MORAES DA SILVA - AP 31	ROBSON CAETANO	1 MÉDICO 40H

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 - MARÇO 2018	
UNIDADE	%
CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	69,04
CMS NECKER PINTO AP 31	66
CMS NEWTON ALVES CARDOZO - AP 31	69,33
CMS PAULINO WERNECK - AP 31	68,31
CMS VILA DO JOAO - AP 31	63,56
CF ADIB JATENE - AP 31	64,27
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	59,51
CF ASSIS VALENTE - AP 31	64,92
CF AUGUSTO BOAL - AP 31	55,8
CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	59,84
CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	53,85
CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	61,54
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	61,79
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	78,14
CF ZILDA ARNS - AP 31	79,74
CMS VALTER FELISBINO - AP 31	70,14
CMS AMERICO VELOSO - AP 31	70,11
CMS HELIO SMIDT - AP 31	58,62
CMS JOAO CANDIDO - AP 31	64,99
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	59,39
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	63,73
CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	67,55
CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	60,01

CMS NOVA HOLANDA - AP 31	55,42
CMS PARQUE UNIAO - AP 31	59,85
CMS SAMORA MACHEL - AP 31	54,86
CMS SAO GODOFREDO - AP 31	74,13
CMS IRACI LOPES AP 31	67,44
CMS PARQUE ROYAL AP 31	72,93
SMS CMS NILDA CAMPOS AP 31	70,85
CMS WILMA COSTA AP 31	82,07
CMS KLEBEL ROCHA AP 31	60,85
MÉDIA	65,27

COMPLETUDE FICHA A - ABRIL 2018	
UNIDADE	%
CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	69,02
CMS NECKER PINTO AP 31	65,93
CMS NEWTON ALVES CARDOZO - AP 31	69,41
CMS PAULINO WERNECK - AP 31	68,29
CMS VILA DO JOAO - AP 31	63,56
CF ADIB JATENE - AP 31	64,27
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	59,57
CF ASSIS VALENTE - AP 31	65,03
CF AUGUSTO BOAL - AP 31	55,82
CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	59,89
CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	53,89
CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	61,66
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	61,87
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	78,06
CF ZILDA ARNS - AP 31	79,74
CMS VALTER FELISBINO - AP 31	70,15
CMS AMERICO VELOSO - AP 31	69,83
CMS JOAO CANDIDO - AP 31	65,04
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	59,38
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	63,68
CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	67,61
CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	60,03
CMS SAO GODOFREDO - AP 31	74,28
CMS IRACI LOPES AP 31	67,56
CMS PARQUE ROYAL AP 31	72,94
CMS NILDA CAMPOS AP 31	70,81
CMS WILMA COSTA AP 31	82,03
CMS KLEBEL ROCHA AP 31	60,85
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS AP 31	58,69

CF JEREMIAS MORAES DA SILVA - AP31	54,40
MÉDIA	65,78

COMPLETUDE FICHA A - MAIO 2018	
UNIDADE	%
CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	69,01
CMS NECKER PINTO AP 31	65,92
CMS NEWTON ALVES CARDOZO - AP 31	69,49
CMS PAULINO WERNECK - AP 31	68,26
CMS VILA DO JOAO - AP 31	63,73
CF ADIB JATENE - AP 31	64,33
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	59,66
CF ASSIS VALENTE - AP 31	64,79
CF AUGUSTO BOAL - AP 31	55,87
CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	60,01
CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	53,87
CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	61,77
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	62,09
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	77,98
CF ZILDA ARNS - AP 31	79,77
CMS VALTER FELISBINO - AP 31	70,21
CMS AMERICO VELOSO - AP 31	69,76
CMS JOAO CANDIDO - AP 31	65,09
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	59,33
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	63,65
CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	67,62
CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	60,05
CMS SAO GODOFREDO - AP 31	74,34
CMS IRACI LOPES AP 31	67,58
CMS PARQUE ROYAL AP 31	71,93
CMS NILDA CAMPOS AP 31	70,75
CMS WILMA COSTA AP 31	82,47
CMS KLEBEL ROCHA AP 31	60,83
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS AP 31	58,72
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA - AP31	53,44
MÉDIA	65,74

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	121	61,42%
A2 Percentagem de demanda espontânea em relação à programada	61	30,96%
A3 Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos	47	23,85%
A4 Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos	79	40,10%
A5- Proporção de itens da carteira de serviços implementados	158	80,20%
A6 - Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico	24	12,18%
A7 - Percentagem de primeira consulta odontológica programada	23	12,29%

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, 121 equipes (**61,42%**) alcançaram a meta estipulada.

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

No trimestre, 61 equipes (**30,96%**) 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, 47 equipes (**23,85%**) 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, 79 equipes (**40,10%**) 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 Abril. 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, 158 equipes (**80,20%**) 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, 24 equipes (**12,18%**) 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, 23 equipes (12,29%) do total de 187 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	22	11,16%

D3- Percentagem de hipertensos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses	1	0,50%
D4- Percentagem de crianças com vacinas em dia, atualizado até 2 anos	0	0%
D5- Percentagem de crianças com vacinas em dia, atualizado até 6 anos	21	10,65%
D6- Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	68	34,51%
D7- Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida	42	21,31%
D8 - Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	186	94,41%
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

Fazendinha (3161) - 55,03%

Novo Adeus (3119) – 52,19%

Nova Brasília (3122)- 52,19%

Reservatório (3124) - 49,26%

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 22 equipes (**11,16%**) alcançaram este indicador, destaque para as equipes Bento Cardoso (80,22%) da CF Aloysio Augusto Novis e equipe Aparecida (88,66%) da CF Felipe Cardoso. 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, apenas a equipe Renascer (**79,56%**) do CMS Vila do João alcançou 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, nenhuma equipe alcançou a meta estipulada. Destaque para as equipes que alcançaram acima dos 85%: Equipes Loteamento, Fazendinha e Área 5 da CF Zilda Arns; Equipe Ramos da CF Valter Felisbino e Equipe Adolfo Porto da CF Maria Sebastiana de Oliveira.

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, 21 equipes (**10,65%**) 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, 68 equipes (**34,51%**) alcançaram a meta deste indicador, sendo que 14 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, 42 equipes (**21,31%**) alcançaram a meta, sendo que 10 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 186 equipes (**99,46%**) 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 Maio 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 Abril 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 maio 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%

Este indicador mede a proporção de usuários satisfeitos/muito satisfeitos a partir das respostas do totem nas unidades de saúde. Este indicador para área da AP 3.1 não apresenta resultado no prontuário eletrônico, uma vez que as unidades de saúde da área no trimestre vigente não possuíam o equipamento de totem instalado. Para o próximo trimestre apresentará resultados na área uma vez que a instalação dos totens e a configuração da pesquisa de satisfação terão sido implementadas em todas as unidades de saúde.

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	81	41,11%
E2- Percentual de medicamentos prescritos da REMUME	6	3,04%
E3- Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	191	96,95%
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, 81 equipes (**41,11%**) 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, 6 equipes (3,04%) alcançaram 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, 191 equipes (**96,95%**) 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 as equipes abaixo alcançaram esta variável:

UNIDADES		EQUIPE		GRUPOS
CF ASSIS VALENTE - AP 31	3400	SANTOS DUMONT	ATINGIU	G1 G2 G3 G4 G7 G10
CF ASSIS VALENTE - AP 31	3433	AGUIA DOURADA	ATINGIU	G1 G3 G4 G6 G7
CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	3169	VILA CRUZEIRO	ATINGIU	G1 G2 G3 G4 G7
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	3425	FERNANDO PESSOA	ATINGIU	G1 G3 G4 G6 G7
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	3444	QUEROSENE	ATINGIU	G1 G3 G4 G6 G7
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	3155	ITARARE	ATINGIU	G1 G3 G4 G5 G6 G7
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	3156	ALVORADA	ATINGIU	G1 G3 G4 G5 G6 G7
CF ZILDA ARNS - AP 31	3123	ALVORADA II	ATINGIU	G1 G2 G3 G4 G6 G7
CF ZILDA ARNS - AP 31	3198	AREA 5	ATINGIU	G1 G2 G3 G5 G6 G7
CF ZILDA ARNS - AP 31	3121	LOTEAMENTO	ATINGIU	G1 G2 G3 G5 G6 G7
CF ZILDA ARNS - AP 31	3122	NOVA BRASILIA NB	ATINGIU	G1 G2 G3 G6 G7 G10
CF ZILDA ARNS - AP 31	3119	NOVO ADEUS	ATINGIU	G1 G3 G5 G6 G7
CMS IRACI LOPES - AP 31	3106	AMOR	ATINGIU	G1 G3 G4 G5 G6 G7
CMS SÃO GODOFREDO - AP 3.1	3174	IBIAPINA	ATINGIU	G1 G3 G4



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

				G5 G6 G7
CMS VILA DO JOAO - AP 31	3136	EQUIPE JOSUE DE CASTRO	ATINGIU	G1 G3 G5 G6 G7
CMS VILA DO JOAO - AP 31	3138	EQUIPE RENASCER	ATINGIU	G1 G3 G4 G6 G7
CF WILMA COSTA - AP 31	3703	BOA VISTA	ATINGIU	G1 G3 G5 G7 G10
CF WILMA COSTA - AP 31	3720	PRAIA DA BANDEIRA	ATINGIU	G1 G4 G6 G7 G10

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, 12 de julho 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

COORDENADORA DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE