

**Secretaria Municipal de Saúde
Rio de Janeiro - RJ**

Contrato de Gestão nº 030/2014

AP 3.1

**Relatório Assistencial
CTA – Bimestral**



VIVARIO

AP 3.1

Relatório Assistencial
CTA – Bimestral



Competência:

SET – OUT
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

Rachel de Mesquita Sampaio

Assistente de Informação

E-mail: rachelsampaio@vivario.org.br

Aleandra Aleixo da Silva

Assistente de Informação

E-mail: aleandraaleixo@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	4
A. VARIÁVEL 1	5
EQUIPES INCOMPLETAS	26
B. VARIÁVEL 2	27
1. INDICADORES DE ACESSO	30
2. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL	32
3. INDICADOR DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES	39
4. INDICADORES DE DESEMPENHO ECONÔMICO	40
C. VARIÁVEL 3	41

APRESENTAÇÃO

O presente documento tem como objetivo apresentar os resultados dos indicadores de desempenho das variáveis 1, 2 e 3, no período de setembro a outubro de 2018, na Área Programática 3.1 (AP 3.1), conforme metas estabelecidas no 4º 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 13 dos 19 indicadores estabelecidos em contrato, perfazendo uma proporção de **68,42%** de alcance.

Quadro 1: Resultados dos indicadores da Variável 1. AP 3.1, set a out/18.

	INDICADORES	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	BI	META
1	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários implantadas	28	27	28	98,21%	95%
		28	28	28		
2	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	1748	1746	1747	96,47%	95%
		1811	1811	1811		
3	Percentual de consultórios com impressora funcionando	317	320	322	99,08%	95%
		318	331	325		
4	Proporção de unidades de saúde com declaração do diretor/gerente que estão regularmente abastecidas	29	29	29	96,67%	95%
		30	30	30		
5	Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados	30	30	30	100,00%	95%
		30	30	30		

6	Proporção de unidades que informaram em dia SIA, SIAB e OSINFO	30	30	30	100,00%	100%
		30	30	30		
7	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade	1855	1844	1850	100,00%	100%
		1855	1844	1850		
8	Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto	R\$778.870,48	R\$442.608,88	R\$1.221.479,36	0,79	<=1
		768.441,45	768.441,45	R\$1.536.882,90		
9	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS em saúde ou SMS	6	-	6	75,00%	95%
		8	-	8		
10	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados	644	668	656	95,14%	95%
		681	698	690		
11	Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura	46	56	102	74,45%	85%
		68	69	137		

12	Proporção de notificações de Sífilis na Gestação com tratamento adequado	95	91	186	51,10%	90%
		188	176	364		
13	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP	359	437	796	58,36%	80%
		648	716	1364		
14	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com 16 anos ou mais)	495637	498928	497283	96,13%	90%
		515639	518954	517297		
15	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com menos de 16 anos)	133989	134927	134458	97,21%	90%
		137900	138732	138316		
16	Rotatividade (Turnover) de profissionais nas ESF	15	12	27	1,86%	<=5%
		1433	1466	1450		

17	Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiários do CFC	724	832	832	47,98%	60%
		1852	1734	1734		
18	Proporção de escolas e creches cobertas na área da unidade de Saúde de referência	175	185	180	94,49%	90%
		190	191	191		
19	Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	6467	5779	12246	61,29%	66,66%
		19954	20006	19980		

A seguir, apresentam-se os resultados detalhados para cada indicador da variável 1 no bimestre em análise. Os resultados do bimestre, 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%**

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	28	27	28	MÉDIA
Denominador	28	28	28	MÉDIA
Resultado	100%	96,43%	98,21%	

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). Para o próximo período as duas unidades já irão contabilizar no denominador.

A área alcançou o indicador no bimestre em questão, totalizando 98,21%.

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

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	1748	1746	1747	MÉDIA
Denominador	1811	1811	1811	MÉDIA
Resultado	96,52%	96,41%	96,47%	

Fonte: PEP 2018

Este indicador demonstra a proporção de profissionais das eSF e eSB cadastrados no prontuário com correspondência no SCNES. Para o bimestre em análise, a área alcançou o

resultado de 96,47%, 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 bimestre em análise são apresentadas por mês, nos quadros abaixo:

SETEMBRO 2018				
UNIDADES	N	D	Diferença	Cálculo
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	56	59	3	94,92
CF ADIB JATENE	81	85	4	95,29
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	81	82	1	98,78
CF ASSIS VALENTE	48	48	0	100
CF AUGUSTO BOAL	61	65	4	93,85
CF EDIMIR THIAGO DE SOUZA	47	50	3	94
CF FELIPPE CARDOSO	147	150	3	98
CF HEITOR DOS PRAZERES	52	55	3	94,55
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA AP31	68	68	0	100
CF JOAOSINHO TRINTA	63	65	2	96,92
CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	58	60	2	96,67
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	59	63	4	93,65
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	89	92	3	96,74
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	30	30	0	100
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	72	78	6	92,31
CF WILMA COSTA	77	83	6	92,77
CF ZILDA ARNS	145	148	3	97,97
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	66	66	0	100
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	39	39	0	100
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	66	68	2	97,06
CMS NAGIB JORGE FARAH	98	98	0	100

CMS NECKER PINTO	26	31	5	83,87
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	17	20	3	85
CMS PARQUE ROYAL	26	28	2	92,86
CMS PAULINO WERNECK	17	17	0	100
CMS SAO GODOFREDO	15	15	0	100
CMS VILA DO JOAO	61	62	1	98,39

OUTUBRO 2018				
UNIDADES	N	D	Diferença	Cálculo
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	56	60	4	93,33
CF ADIB JATENE	81	84	3	96,43
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	79	81	2	97,53
CF ASSIS VALENTE	48	48	0	100
CF AUGUSTO BOAL	61	65	4	93,85
CF EDIMIR THIAGO DE SOUZA	49	51	2	96,08
CF FELIPPE CARDOSO	147	150	3	98
CF HEITOR DOS PRAZERES	52	55	3	94,55
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA AP31	68	68	0	100
CF JOAOSINHO TRINTA	63	65	2	96,92
CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	58	61	3	95,08
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	58	60	2	96,67
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	88	93	5	94,62
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	31	31	0	100
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	72	78	6	92,31
CF WILMA COSTA	76	79	3	96,2
CF ZILDA ARNS	145	148	3	97,97
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	66	66	0	100
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	39	40	1	97,5
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	65	68	3	95,59
CMS NAGIB JORGE FARAH	99	99	0	100
CMS NECKER PINTO	26	31	5	83,87
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	17	20	3	85
CMS PARQUE ROYAL	26	28	2	92,86
CMS PAULINO WERNECK	17	17	0	100
CMS SAO GODOFREDO	15	15	0	100
CMS VILA DO JOAO	61	64	3	95,31

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%**

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	317	320	318,5	MÉDIA
Denominador	318	331	324,5	MÉDIA
Resultado	99,69%	96,68%	98,15%	

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 bimestre a área alcançou a meta desse indicador, ficando com 98,15% de impressoras em funcionamento no período.

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

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	29	29	29	MÉDIA
Denominador	30	30	30	MÉDIA
Resultado	96,67%	96,67%	96,67%	

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. Para o bimestre a área alcançou 96,67% da meta.

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

Meta: 95%

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	30	30	30	MÉDIA
Denominador	30	30	30	MÉDIA
Resultado	100%	100%	100%	

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%

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	30	30	30	MÉDIA
Denominador	30	30	30	MÉDIA
Resultado	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 Outubro 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%**

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	1855	1844	1850	MÉDIA
Denominador	1855	1844	1850	MÉDIA
Resultado	100%	100%	100%	

Fonte: PEP 2018

Nos dois 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.

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	R\$778.870,48	R\$442.608,88	R\$1.221.479,36	MÉDIA
Denominador	R\$768.441,45	R\$768.441,45	R\$1.536.882,90	MÉDIA
Resultado	1,01	0,58	0,79	

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 bimestre 0,79.

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

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	6	-	6	MÉDIA
Denominador	8	-	8	MÉDIA
Resultado	75%	-	75%	

Fonte: Prestação de Contas/OS Viva Rio.

O indicador 9 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.

A OS Viva Rio alcançou o resultado 75% no período, não havendo compras no mês de outubro. O não alcance da meta justifica-se pela dificuldade de 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%**

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	644	668	656	MÉDIA
Denominador	681	698	690	MÉDIA
Resultado	94,57%	95,70%	95,14%	

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.

Para o bimestre a área alcançou o indicador com um percentual de 95,14%. É importante ressaltar esse indicador volta a ser alcançado no período em questão após três CTAs de não alcance devido a um plano de ação implementado por diferentes setores da OS Viva Rio.

Entre as ações realizadas para melhorar o resultado desse indicador, cita-se:

1. Elaboração e divulgação de Instrutivo para Avaliação do Indicador 10, que foi encaminhado aos gerentes em setembro de 2018;
2. Revisão e envio de lista de itens e serviços que devem ser avaliados pelos gerentes, em cada unidade (enviado em:);
3. Manutenção do Núcleo de Qualidade, que visa o acompanhamento da gestão de serviços (higienização, portaria e manutenção);
4. Divulgação do resultado do período anterior, entre os gestores dos setores responsáveis pelo fornecimento dos itens contemplados nesse indicador, visando maior envolvimento das equipes com a qualidade dos serviços.

O plano de ação para alcançar a meta desse indicador será a continuidade das ações descritas acima, por meio do trabalho conjunto da equipe de SI, assessoria técnica e gerentes das Unidades de Saúde.

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

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	46	56	102	SOMA
Denominador	68	69	137	SOMA
Resultado	67,65%	81,16%	74,45%	

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.

A equipe de Assessoria Técnica em Saúde realiza visitas às unidades de saúde para monitoramento deste indicador junto aos gerentes. Nesses encontros, são elaboradas propostas de intervenção para melhoria do desempenho da unidade no acompanhamento dos casos de Tuberculose e aumento dos casos novos de tuberculose encerrados como cura na área.

A intenção é fazer com que as equipes se apropriem dos casos, qualifiquem seu processo de trabalho e ampliem a Vigilância dos casos novos de tuberculose do território. Mensalmente os gerentes encaminham para a área técnica as justificativas dos casos não encerrados por cura, o que tem contribuído para a construção das estratégias de intervenção das equipes.

Durante as visitas, a assessoria técnica procura incentivar a integração do RT médico e de enfermagem com os gerentes das unidades, de forma que esses profissionais responsáveis técnicos também possam contribuir com as propostas de monitoramento do indicador.

No bimestre em análise na AP 3.1, o desempenho da área foi de 74.45%, com 102 novos casos de tuberculose encerrados como cura, de um total de 137 casos novos de tuberculose encerrados na área.

Dos casos não encerrados por cura, as justificativas das unidades indicam encerramento por abandono relacionado à transferência de território ou por dificuldades do usuário em aderir ao tratamento, em alguns casos. As estratégias pensadas pelas equipes foram fortalecimento do vínculo com a rede de apoio dos usuários; busca ativa dos usuários faltosos ao tratamento supervisionado; priorizar as visitas domiciliares de todos os profissionais da equipe técnica aumentando a vigilância desses casos.

SETEMBRO DE 2018			
UNIDADES	N	D	PORCENTAGEM
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	1	1	100
CF ADIB JATENE	4	7	57,14
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	1	2	50
CF FELIPPE CARDOSO	4	7	57,14
CF HEITOR DOS PRAZERES	1	1	100
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA AP31	1	3	33,33
CF JOAOSINHO TRINTA	1	1	100
CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	1	1	100
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	1	1	100
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	3	4	75
CF WILMA COSTA	1	2	50

CF ZILDA ARNS	5	5	100
CMS AMERICO VELOSO	4	4	100
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	1	3	33,33
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	1	3	33,33
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	3	4	75
CMS NAGIB JORGE FARAH	4	7	57,14
CMS NECKER PINTO	2	3	66,67
CMS SAO GODOFREDO	1	1	100
CMS VILA DO JOAO	6	6	100

Fonte: PEP /2018

OUTUBRO DE 2018			
UNIDADES	N	D	PORCENTAGEM
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	56	60	93,33
CF ADIB JATENE	81	84	96,43
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	79	81	97,53
CF ASSIS VALENTE	48	48	100
CF AUGUSTO BOAL	61	65	93,85
CF EDIMIR THIAGO DE SOUZA	49	51	96,08
CF FELIPPE CARDOSO	147	150	98
CF HEITOR DOS PRAZERES	52	55	94,55
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA AP31	68	68	100
CF JOAOSINHO TRINTA	63	65	96,92
CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	58	61	95,08
CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	58	60	96,67
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	88	93	94,62
CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	31	31	100
CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	72	78	92,31
CF WILMA COSTA	76	79	96,2
CF ZILDA ARNS	145	148	97,97
CMS AMERICO VELOSO	48	49	97,96
CMS IRACI LOPES	18	18	100
CMS JOAO CANDIDO	17	19	89,47
CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	66	66	100
CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	39	40	97,5
CMS MARIA CRISTINA R PAUGARTTEN	65	68	95,59
CMS NAGIB JORGE FARAH	99	99	100
CMS NECKER PINTO	26	31	83,87
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	17	20	85
CMS PARQUE ROYAL	26	28	92,86
CMS PAULINO WERNECK	17	17	100
CMS SAO GODOFREDO	15	15	100

CMS VILA DO JOAO	61	64	95,31
------------------	----	----	-------

Fonte PEP/2018.

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

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	95	91	186	SOMA
Denominador	188	176	364	SOMA
Resultado	50,53%	51,70%	51,10%	

Fonte: PEP 2018

Para o bimestre em análise, a área apresenta como resultado 51,10%, não atingindo a meta estabelecida para este indicador.

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 bimestre 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.

A análise das justificativas enviadas pelas equipes aponta a falta de tratamento dos parceiros sexuais como principal problema do tratamento adequado da gestante, em seguida aparece a não adesão da própria gestante ao tratamento. 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.

Melhorar a qualidade da assistência à sífilis, especialmente à sífilis na gestação, é uma necessidade urgente, neste sentido, garantindo alinhamento com as iniciativas nacionais e internacionais de resposta rápida ao cenário epidêmico de sífilis no país e no município do Rio de Janeiro, a equipe técnica da OS Viva Rio vem desenvolvendo, iniciativas importantes relacionadas ao enfrentamento à sífilis.

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%**

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	359	437	796	SOMA
Denominador	648	716	1364	SOMA
Resultado	55,40%	61,03%	58,36%	

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.

O Indicador 13 da Variável 1 do contrato de gestão, contabiliza todas as mulheres da área de abrangência das equipes, com codificação de gravidez resolvida no período de tempo analisado, e com pelo menos 07 consultas médicas ou de enfermagem efetuadas pelos profissionais da equipe no decorrer da gestação. No período de análise, do total de 1364 encerramentos de pré-natal em 796 casos foi garantido o mínimo de 7 consultas gerando um alcance de 58.36% para o indicador.

Considera-se uma atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura. Quando o início do acompanhamento ocorre no primeiro trimestre da gestação permite a realização oportuna de ações preventivas, de diagnósticos mais precoces e de ações de promoção à saúde. Além disso, possibilita a identificação, no momento oportuno, de situações de alto risco que envolve encaminhamentos para outros pontos da atenção, para que melhor seja planejado o cuidado. (Guerreiro et al, 2012).

A Assessoria Técnica em Saúde com o intuito de contribuir na qualificação da atenção ao pré-natal nas unidades da AP 3.1, vem desenvolvendo junto aos gerentes com o apoio e maior integração dos RTs médico e de enfermagem, plano de monitoramento do indicador.

A proposta da assessoria técnica de apoio aos gerentes inclui ações de monitoramento mensal das gestantes com mais de 30 semanas, elaboração de documento orientador para gerentes e equipes, e trabalho nas unidades com os gerentes. O plano de trabalho da área técnica prevê acompanhamento presencial e remoto, planejadas de acordo com a necessidade e desempenho de cada unidade.

No bimestre analisado, os casos acompanhados das gestantes com pré-natal encerrado com menos de 07 consultas (568), foram justificados pelas equipes e enviados pelos gerentes das unidades em formulário padrão. Dentre os principais motivos justificados 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; registro das consultas de pré-natal fora da linha de cuidado não contabilizando pelo prontuário eletrônico para o indicador.

Destacam-se as principais ações pensadas com os gerentes e equipes: captação precoce da gestante, solicitações de exames e marcações de consultas após realização e positividade do teste de gravidez, organização das agendas, estratégias para maior vinculação da gestante às

equipes de referência, melhora no monitoramento das equipes da busca ativa dos ACS das gestantes faltosas, fortalecimento dos grupos de gestantes e planejamento familiar, consultas em domicílio para os casos de gestantes com pouca adesão ao acompanhamento e capacitação para os profissionais que ainda apresentam dificuldades no registro.

Com o trabalho da assessoria técnico mais próximo às unidades, diálogo com os gerentes e construção conjunta de ações para melhoria do desempenho, observa-se maior envolvimento dos gerentes nesse processo, contribuindo para apropriação dos casos e monitoramento junto às equipes. Entende-se que o trabalho de apoio estimula ações de problematização dos casos, com identificação dos nós críticos e potencialidades, favorecendo ações mais colaborativas e participativas.

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

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	495637	498928	497283	MÉDIA
Denominador	515639	518954	517297	MÉDIA
Resultado	96,12%	96,14%	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 bimestre 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%**

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	133989	134927	134458	MÉDIA
Denominador	137900	138732	138316	MÉDIA
Resultado	97,16%	97,26%	97,21%	

Fonte: PEP 2018

Este indicador contabiliza a média de usuários cadastrados ativos no período de análise com registro de CPF ou DNV para menores de 16 anos sobre o total de usuários cadastrados. No bimestre analisado, o resultado da área foi de 97,21% alcançando a meta estabelecida do contrato.

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

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	15	12	27	SOMA
Denominador	1433	1466	1450	MÉDIA
Resultado	1,05%	0,82%	1,87%	

Fonte: CNES

Para o bimestre, a área atingiu 1,87%, 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%**

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	724	832	832	SOMA
Denominador	1852	1734	1734	MÉDIA
Resultado	39,09%	47,98%	47,98%	

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 (Outubro: 60%). 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 47,98% da meta estabelecida não alcançando o indicador.

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

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	175	185	180	MEDIA
Denominador	190	191	191	MEDIA
Resultado	92,11%	96,86%	94,49%	

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 bimestre, a meta deste indicador foi alcançada totalizando um alcance de 94,49% na área.

Indicador 19: Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família. **Meta: 66,66%**

	SETEMBRO	OUTUBRO	BIMESTRE	REGRA
Numerador	6467	5779	12246	SOMA
Denominador	19954	20006	19979	MÉDIA
Resultado	32,41%	28,89%	61,29%	

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 61,29%, não atingindo a meta estabelecida, porém chegando muito próximo a meta de 66,66% recalculada para atender esta CTA bimestral. A greve das categorias profissionais iniciada ao final de setembro causou impacto no desempenho de outubro e comprometendo o não alcance no bimestre.

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 Setembro e Outubro de 2018 para demonstrar a situação de todas as equipes que foram consideradas como incompletas em relação a última base do SCNES no bimestre de avaliação. Sendo em Setembro e Outubro 8 equipes incompletas.

set/18		
UNIDADE	EQUIPE	PROFISSIONAL
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH	ALVARENGA PEIXOTO	MÉDICO 20H
SMS CF ADIB JATENE	SELETIVA	MÉDICO 20H
SMS CF ADIB JATENE	PRACA DO SALSA	MÉDICO 20H
SMS CMS AMÉRICO VELOSO	PRAIA DE RAMOS	MÉDICO 20H
SMS CF FELIPPE CARDOSO	CARACOL	MÉDICO 40H
SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	AVILA	MÉDICO 20H
SMS CMS PAULINO WERNECK	CANINARE	TÉCNICO ENFERMAGEM
SMS CF JEREMIAS MORAES DA SILVA	BELA	MÉDICO 20H

out/18		
UNIDADE	EQUIPE	PROFISSIONAL
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH	ALVARENGA PEIXOTO	MÉDICO 20H
SMS CF ADIB JATENE	SELETIVA	MÉDICO 20H
SMS CF ADIB JATENE	PRACA DO SALSA	MÉDICO 20H
SMS CMS AMÉRICO VELOSO	PRAIA DE RAMOS	MÉDICO 20H
SMS CF FELIPPE CARDOSO	CARACOL	MÉDICO 40H
SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	AVILA	MÉDICO 20H

SMS CMS PAULINO WERNECK	CANINARE	TÉCNICO ENFERMAGEM
SMS CF JEREMIAS MORAES DA SILVA	BELA	MÉDICO 20H

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 bimestre. 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 - SETEMBRO 2018	
UNIDADE	%
CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	68,86
SMS CMS NECKER PINTO AP 31	65,46
SMS CMS NEWTON ALVES CARDOZO - AP 31	69,82
SMS CMS PAULINO WERNECK - AP 31	68,19
SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	63,77
SMSDC CF ADIB JATENE - AP 31	64,36
SMSDC CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	60,07
SMSDC CF ASSIS VALENTE - AP 31	65,41
SMSDC CF AUGUSTO BOAL - AP 31	56,01
SMSDC CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	60,16
SMSDC CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	54,08
SMSDC CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	62,02
SMSDC CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	62,36

SMSDC CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	77,71
SMSDC CF ZILDA ARNS	79,85
SMSDC CMS VALTER FELISBINO	70,18
SMSDC CMS AMERICO VELOSO	69,63
SMSDC CMS JOAO CANDIDO	65,10
SMSDC CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	59,24
SMSDC CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	63,46
SMSDC CMS MARIA CRISTINA R. PAUGARTTEN	67,58
SMSDC CMS NAGIB JORGE FARAH	60,32
SMSDC CMS SAO GODOFREDO	74,50
SMSDC RIO CMS IRACI LOPES	67,93
SMSDC RIO CMS PARQUE ROYAL	72,05
SMS CMS NILDA CAMPOS	70,65
SMS CMS WILMA COSTA	82,49
SMS CMS KLEBEL ROCHA	60,85
SMS RIO CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	58,43
SMSDC RIO CF JEREMIAS MORAES DA SILVA	54,55
MÉDIA:	65,46

COMPLETUDE FICHA A - OUTUBRO 2018	
UNIDADE	%
CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	68,80
SMS CMS NECKER PINTO AP 31	65,36
SMS CMS NEWTON ALVES CARDOZO	69,84
SMS CMS PAULINO WERNECK	68,16
SMS CMS VILA DO JOAO	63,75
SMSDC CF ADIB JATENE	64,41
SMSDC CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	60,12
SMSDC CF ASSIS VALENTE	65,53
SMSDC CF AUGUSTO BOAL	56,03
SMSDC CF FELIPPE CARDOSO	60,20
SMSDC CF HEITOR DOS PRAZERES	54,17
SMSDC CF JOAOSINHO TRINTA	62,09
SMSDC CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	62,36
SMSDC CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	77,63
SMSDC CF ZILDA ARNS	79,86
SMSDC CMS VALTER FELISBINO	70,20
SMSDC CMS AMERICO VELOSO	69,62
SMSDC CMS JOAO CANDIDO	65,14
SMSDC CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	59,18
SMSDC CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	63,45
SMSDC CMS MARIA CRISTINA R. PAUGARTTEN	67,58

SMSDC CMS NAGIB JORGE FARAH	60,35
SMSDC CMS SAO GODOFREDO	74,57
SMSDC RIO CMS IRACI LOPES	68,03
SMSDC RIO CMS PARQUE ROYAL	72,08
SMS CMS NILDA CAMPOS	70,72
SMS CMS WILMA COSTA	82,39
SMS CMS KLEBEL ROCHA	60,88
SMS RIO CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	58,35
SMSDC RIO CF JEREMIAS MORAES DA SILVA	54,65
MÉDIA:	65,85

1. Indicadores de Acesso

Os CMS Iraci Lopes, CMS João Candido e CMS São Godofredo 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	126	63,95%
A2 Percentagem de demanda espontânea em relação à programada	95	48,22%
A3 Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos	35	17,76%
A4 Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos	86	43,65%
A5- Proporção de itens da carteira de serviços implementados	154	78,17%
A6 - Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico	44	22,33%
A7 - Percentagem de primeira consulta odontológica programada	12	16,66%

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 bimestre, 126 equipes (**63,95%**) alcançaram a meta estipulada.

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

No bimestre, 95 equipes (**48,22%**) 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 bimestre 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, 35 equipes (**17,76%**) 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 bimestre, 86 equipes (**43,65%**) 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 Janeiro. 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, 154 equipes (**78,17%**) 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 bimestre, 44 equipes (**22,33%**) 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 bimestre apenas 12 equipes (16,66%) 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	10	5,07%

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	14	7,10%
D5- Percentagem de crianças com vacinas em dia, atualizado até 6 anos	63	31,97%
D6- Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	58	29,44%
D7- Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida	59	29,94%
D8 - Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	170	86,29%
D9 - Percentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima da média no resultado do PMAQ	101	88,59%

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 75%
2. CF Maria Sebastiana
Fernando Pessoa - 71%
3. CMS Américo Veloso
Alegra - 70%

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 10 equipes (**5,07%**) alcançaram este indicador. A saber: equipes Praia e Principal da CF Jeremias Moraes, equipe Loteamento da CF Zilda Arns, equipes São Lucas e Aparecida da CF Felipe Cardoso, equipes Renascer e Josué de Castro do CMS Vila do João, equipe Amor do CMS Iraci Lopes, equipe Sereno da CF Aloysio Novis e equipe Tio Paulinho da Cf Valter Felisbino. 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 bimestre as equipes Renascer (72%) do CMS Vila do João e Praia da CF Jeremias Moraes (74%) 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 14 equipes (7,10%) alcançaram a meta estipulada. São elas: Abraao, Area 5, Amor, Alegria, Equipe Renascer, Alvorada, Alvorada/Cruzeiro, Adolfo Porto, Ary Barroso, Tijolinho, Magioli, Messina e Duas Praias.

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, 63 equipes (**31,97%**) alcançaram a meta estipulada.

D6- Percentual de consultas de pré-natal no primeiro bimestre 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 bimestre de gravidez.

Para o bimestre em análise, 58 equipes (**29,44%**) alcançaram a meta deste indicador, sendo que 29 equipes atingiram 100% desse indicador no período.

A realização do pré-natal no primeiro bimestre 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 bimestre, 59 equipes (**29,94%**) alcançaram a meta, sendo que 30 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 bimestre em análise observa-se que 170 equipes (**86,29%**) do total de 187 equipes que são contempladas com 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 bom e muito bom 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, de quatro de setembro de 2018, 23 unidades fizeram parte da avaliação, o que totaliza 114 equipes.

Neste indicador, 101 equipes ficaram dentro da meta estabelecida durante a avaliação do ciclo, estão descritas no quadro abaixo:

UNIDADE	EQUIPE
SMS CF ADIB JATENE - AP 31	SELETIVA
SMS CF ADIB JATENE - AP 31	CONJUNTO PINHEIRO
SMS CF ADIB JATENE - AP 31	MERENGUE
SMS CF ADIB JATENE - AP 31	PROF PAULO FREIRE
SMS CF ADIB JATENE - AP 31	PRACA DO SALSA
SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	ACIOLI
SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	MANGUEIRINHA
SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	SERENO
SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	FE
SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS - AP 31	CRATO
SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	FLAMINGO
SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	BEIJA-FLORES/TUBIACANGA
SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	EMA
SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	AGUIA DOURADA

SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	AVIAO
SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	SANTOS DUMONT
SMS CF AUGUSTO BOAL - AP 31	BENTO RIBEIRO DANTAS
SMS CF AUGUSTO BOAL - AP 31	OLIVEIRA
SMS CF AUGUSTO BOAL - AP 31	CASINHAS
SMS CF AUGUSTO BOAL - AP 31	OROSINA
SMS CF AUGUSTO BOAL - AP 31	TIMBAU
SMS CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS - AP 31	SAO PEDRO
SMS CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS - AP 31	ARI LEO
SMS CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS - AP 31	CONQUISTA
SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	SAO GABRIEL
SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	CARACOL
SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	GIRASSOL
SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	GROTAO
SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	CAJA
SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	APARECIDA
SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	SAO LUCAS
SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	COQUEIRO
SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	IRMA PAULA
SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	TRES REIS
SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	VILA CRUZEIRO
SMS CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	BOA VIAGEM
SMS CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	ARCO IRIS
SMS CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	SANTA EDWIGES
SMS CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	GRAUNA
SMS CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	NOVO HORIZONTE
SMS CF HEITOR DOS PRAZERES - AP 31	ESTRELA
SMS CF JEREMIAS MORAES DA SILVA - AP 31	ROBSON CAETANO
SMS CF JEREMIAS MORAES DA SILVA - AP 31	TEIXEIRA RIBEIRO
SMS CF JEREMIAS MORAES DA SILVA - AP 31	PRAIA
SMS CF JEREMIAS MORAES DA SILVA - AP 31	PRINCIPAL
SMS CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	OSLO
SMS CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	PORTO PRINCIPE
SMS CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	DEMOCRACIA
SMS CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	LUCAS
SMS CF JOAOSINHO TRINTA - AP 31	TAGIPURU
SMS CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	MONERO
SMS CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	ERICO COELHO
SMS CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	FERNANDO PESSOA
SMS CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	PRAIA DA ROSA
SMS CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA - AP 31	ADOLFO PORTO
SMS CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	FENIX
SMS CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	ITARARE

SMS CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	ALVORADA/CRUZEIRO
SMS CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG - AP 31	ALVORADA
SMS CF VALTER FELISBINO DE SOUZA - AP 31	TONINHO
SMS CF VALTER FELISBINO DE SOUZA - AP 31	TIO PAULINHO
SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	NOVA BRASILIA
SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	RESERVATORIO
SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	IBIRAPITANGA
SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	PALMEIRA
SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	AREA CINCO
SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	ADEUS
SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	PORANGA
SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	ALVORADA II
SMS CMS AMERICO VELOSO - AP 31	ALEGRIA
SMS CMS AMERICO VELOSO - AP 31	PRAIA DE RAMOS
SMS CMS AMERICO VELOSO - AP 31	ROQUETE PINTO
SMS CMS IRACI LOPES - AP 31	AMOR
SMS CMS IRACI LOPES - AP 31	PAZ
SMS CMS JOAO CANDIDO - AP 31	KELSONS
SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	COMUNIDADE BOM JARDIM
SMS CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	JOAO TELLES
SMS CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	PIXUNAS
SMS CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	INPS
SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	SIRIEMA
SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN - AP 31	PEDREIRA
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	RENASCER
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	ATHILIO PARIM
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	ARINOS
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	VILA ESPERANCA
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	DEBUSSY
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	FICAP
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	BARAO STUDART
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	SABINO
SMS CMS PARQUE ROYAL - AP 31	BOA ESPERANCA
SMS CMS PARQUE ROYAL - AP 31	EMANUEL
SMS CMS SAO GODOFREDO - AP 31	IAPI
SMS CMS SAO GODOFREDO - AP 31	IBIAPINA
SMS CMS SAO GODOFREDO - AP 31	BARIRI
SMS CMS SAO GODOFREDO - AP 31	FILOMENA
SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	CONJUNTO ESPERANCA
SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	TIO MARIO
SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	PATA CHOCA
SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	RENASCER MARE
SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	JOSUE DE CASTRO

SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	SOLIDARIA
------------------------------	-----------

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. Para o bimestre 24 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 bimestre:

UNIDADES	EQUIPES	% NO BIMESTRE
CMS HEITOR DOS PRAZERES	NOVO HORIZONTE	80%
CMS HEITOR DOS PRAZERES	BOA VIAGEM	82%
CF FELIPPE CARDOSO	APARECIDA	82%
CMS SAO GODOFREDO	IBIAPINA	83%
CF FELIPPE CARDOSO	ANGRA DOS REIS	83%
CF FELIPPE CARDOSO	SAO LUCAS	85%
CMS HEITOR DOS PRAZERES	GRAUNA	86%
CMS SAO GODOFREDO	FILOMENA	88%
CMS SAO GODOFREDO	IAPI	90%
CMS AMÉRICO VELOSO	RITA RIBAS	91%
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	GUAPORÉ	93%
CF ADIB JATENE	PRACA DO SALSA	100%
CF ADIB JATENE	SAO JOSE OPERARIO	100%
CMS AMÉRICO VELOSO	ENGENHO DA PEDRA	100%
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	BRIGADEIRO TROMPOWSKI	100%
CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	ARAUJO	100%

CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	SAO PEDRO	100%
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA	BELA	100%
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	GUARABU	100%
CMS NEWTON ALVES CARDOZO	COMBU	100%
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	QUITUNGO	100%
CF WILMA COSTA	BAVIERA	100%
CF WILMA COSTA	PRAIA DA BANDEIRA	100%
CF WILMA COSTA	MESSINA	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	46	23,35%
E2- Percentual de medicamentos prescritos da REMUME	0	0%
E3- Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	181	91,87%
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 bimestre em análise, 46 equipes (**23,35%**) 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 bimestre 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 bimestre, 181 equipes (**91,87%**) 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 relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas	04

No bimestre em análise 15 equipes alcançaram esta variável:

UNIDADES	EQUIPES
CF ZILDA ARNS	ALVORADA II
CF ZILDA ARNS	IBIRAPITANGA
CMS IRACI LOPES	PAZ
CMS IRACI LOPES	AMOR
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA	NOVA
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA	PRAIA
CF JEREMIAS MORAES DA SILVA	BELA
CMS VILA DO JOAO	EQUIPE JOSUE DE CASTRO
CMS VILA DO JOAO	EQUIPE RENASCER
CF RODRIGO YAMAWAKI AGUILAR ROIG	ALVORADA
CF FELIPPE CARDOSO	VILA CRUZEIRO
CF FELIPPE CARDOSO	QUATRO BICAS
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	SERENO
CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	MANGUEIRINHA
CF NILDA CAMPOS DE LIMA	DOURADOS

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

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

Todos os dados que compõem 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 dezembro 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