



Secretaria Municipal de Saúde

Área Programática (AP) 3.1

Contrato de Gestão nº 030/2014

Relatório Mensal de Acompanhamento

Indicadores das Partes 1 e 2

SAÚDE DA FAMÍLIA

VIVARIO

COMPETÊNCIA:

JUNHO 2019



EQUIPE TÉCNICA:

Mariana Zacharias de Araujo

Analista de Informação

E-mail: marianaaraujo@vivario.org.br

Ana Paula da Cunha

Assessora de Informação

E-mail: anapaulacunha@vivario.org.br

Daniel Fraga

Coordenador Sistemas de Informação

E-mail: danielfraga@vivario.org.br

Rachel de Mesquita Sampaio

Assistente de Informação

E-mail: rachelsampaio@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

APRESENTAÇÃO

O presente documento tem como objetivo apresentar os resultados dos indicadores de desempenho das partes 1 e 2, no período do mês de Junho de 2019, na Área Programática 3.1 (AP 3.1), conforme metas estabelecidas no 5º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 030/2014. No período em análise, a AP 3.1 alcançou a proporção de 50% de performance na Parte 1 da matriz de indicadores, sendo desconsiderados do cálculo os indicadores 2, 5 e 6. Estas desconsiderações se fizeram necessárias devido a inconsistências na fonte da informação, as quais impossibilitaram o correto cálculo para os indicadores, e serão discutidas no decorrer do relatório.

Quadro 1: Resultados dos indicadores da parte 1, junho/2019:

Ind	Ação	Indicador	Fórmula de cálculo	Fonte	Meta	JUN	OBS:
1	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de Unidades de Saúde da Família com comissões de prontuários ativas	(Número de unidades de Saúde com comissões com atividade mensal / Número de unidades de Saúde) x 100	Declaração da OSS	Mínimo 95%	96,5%	Alcançado.
2	Abastecimento regular das unidades	Proporção de itens declarados como regularmente abastecidos para as unidades (abastecimento pela OSS)	(Número de itens com declaração de abastecimento regular / Número de itens a serem fornecidos pela OSS) x 100	Declaração de abastecimento emitida pelo gerente/diretor da unidade	Mínimo 95%	83,29%	Não Alcançado.
3	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB)	Proporção de equipes que informaram em dia	(Número de equipes com comprovação de envio de arquivos válidos / Número total de equipes) x 100	SISAB, SIA + declaração da DICA	100%	100%	Alcançado.

4	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto	(Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS-OSS no trimestre / Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS-OSS no trimestre)	Prestação de contas	< ou =1	0,92	Alcançado.
5	Aquisição de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde do MS ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS	(Total de itens adquiridos abaixo da média de preços / Total de itens adquiridos) x 100	Prestação de contas	Mín 95%	22%	Não alcançado.
6	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços prestados	Proporção itens e serviços considerados de boa qualidade entre os itens fornecidos e os serviços prestados	(Número de itens fornecidos e serviços prestados avaliados como de boa qualidade / Total de itens adquiridos e serviços prestados) x 100	Declaração de avaliação de itens e serviços emitida pelo gerente/diretor da unidade	Mín 95%	91,06 %	Não Alcançado.
7	Monitoramento da Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	[(Número de profissionais substituídos + N° de profissionais admitidos) / 2 / Número total de profissionais ativos no período]	SCNES	Máx 5%	2,26%	Alcançado.

8	Acompanham ento do cuidado a pessoas com Tuberculose	Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura	(Número de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura / Número total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados no período) x 100	SINAN	Mín 85%	66,67%	Não Alcançado.
09	Acompanham ento da Sífilis na Gestação	Proporção de casos de sífilis na gestação com tratamento adequado	(Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período com tratamento adequado / Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período) x 100	SINAN	Mín 90%	89,47%	Não Alcançado.
10	Acompanham ento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) e Cartão Família Carioca (CFC)	Cobertura de acompanham ento das condicionalidades de Saúde do PBF e CFC	(Número de beneficiários do PBF e CFC com perfil saúde acompanhados / Número total de beneficiários do PBF	Portal Bolsa Família (Plataforma SUBPAV)	Mín 90%	84,47%	Não Alcançado.

			e CFC) x 100				
11	Monitoramento da carga horária médica nas equipes	Proporção de equipes com ao menos um médico (a) com carga horária de 40h	(Número de equipes com ao menos um médico (a) com carga horária de 40h / Número de equipes) x 100	SCNES	Mín 90%	77,46%	Não Alcançado.

A seguir, apresentam-se os resultados detalhados para cada indicador da parte 1 no mês em análise.

Indicador 1 – Proporção de unidades de Saúde da Família com comissões de prontuário ativas – Meta: Mín. 95,00%

	Junho	Resultado CTA
Numerador	28	28
Denominador	29	29
Resultado	96,5%	96,5%

Fonte: Declaração e atas de comissão de prontuário enviadas pelos gerentes.

Na competência em análise, a área obteve 96,5% de performance no indicador, ficando acima da meta mínima proposta de 95%. A única unidade a não realizar a reunião de comissão de prontuário no mês foi a CF Dr Adib Jatene, em decorrência da ausência de sua gerente administrativa. A unidade CF Iraci Lopes foi desconsiderada no cálculo do indicador por impossibilidade de realização da reunião da comissão, uma vez que a presença de um profissional médico é obrigatória para que ela ocorra. O único médico da unidade naquele mês tirou licença nos períodos de 05 a 06/06 e 19 a 30/06, sendo priorizados os atendimentos clínicos aos usuários das duas equipes de saúde da família da unidade nos poucos dias que o profissional esteve presente. Cabe ressaltar que, durante o referido mês, a vaga de médico da segunda equipe da unidade se encontrava em reposição,

sendo preenchida no dia 07/07/2019.

Ressaltamos que os gerentes seguem devidamente acompanhados e avaliados pela assessoria técnica e vem sendo orientados a partir dos documentos norteadores do processo de trabalho das Comissões de Revisão de Prontuários desenvolvidos por esta OS como parte de sua responsabilidade contratual de “implantação e manutenção de comissões de prontuários nas unidades”.

Os referidos documentos - Regimento Geral das Comissões de Revisão de Prontuários e Plano de Trabalho das CRP (Nota Metodológica) seguem nos anexos desta CTA.

Indicador 2 – Proporção de itens declarados como regularmente abastecidos para as unidades – Meta: Mín. 95,00%

	Junho	Resultado CTA
Numerador	3426	3426
Denominador	4113	4113
Resultado	83,29%	83,29%

Fonte: Declaração enviada pelos gerentes.

O indicador mede o abastecimento regular das unidades e para esta a competência a área não alcançou o indicador ficando com 83,29% porém aumentando o alcance gradativamente em relação às competências passadas.

No novo contrato, assinado em janeiro deste ano retroativo ao mês de novembro/2018, o indicador sofreu alterações na forma de avaliação. Atualmente os gerentes dispõem de um formulário com 228 itens a serem analisados como satisfatórios ou não, diferentes da realidade anterior em que bastava declaração afirmando ou não o abastecimento. Esse novo formulário considera a nova grade de abastecimento, grade essa que está sendo substituída gradativamente pela OS, porém a execução dos cronogramas de desembolso do contrato de gestão continua impactando negativamente para a realização do abastecimento das unidades e consequente alcance do indicador.

A parcialidade e atraso no envio dos repasses de custeio das unidades têm reverberado na ausência de pagamentos da OS VivaRio junto aos seus fornecedores. A OS vem realizando reuniões para negociação e articulação a fim de que se mantenha a regularidade dos serviços, entretanto, chegou-se a um limite crítico referente ao abastecimento de material médico e hospitalar. Para o período em análise (Junho de 2019), o repasse de custeio total no valor de R\$ 1.400.038,50 ocorreu apenas no final do mês de

julho de acordo com o setor de prestação de contas da Os Viva Rio. Desta forma a aquisição de itens da grade de abastecimento e serviços terceirizados considerados vitais à manutenção das unidades esteve prejudicada no período acarretando no desempenho insatisfatório do indicador.

Face ao exposto solicitamos que o indicador seja desconsiderado no período de avaliação.

Indicador 3 – Regularidade no envio da produção – Meta: 100%

	Junho	Resultado CTA
Numerador	30	30
Denominador	30	30
Resultado	100%	100%

Considerando a produção referente às equipes de saúde da família, conforme preconiza o contrato de gestão, todas as unidades encaminharam no prazo os arquivos ESUS (SISAB).

Indicador 4 – Razão do gasto administrativo em relação ao total de gastos – Meta: < ou = 1

	Junho	Resultado CTA
Numerador	641.980,91	641.980,91
Denominador	696.662,78	696.662,78
Resultado	0,92	0,92

Fonte: Prestação de contas OS Viva Rio.

O indicador considera os gastos administrativos com a gestão TEIAS. A comprovação da geração e envio do indicador segue nos anexos desta CTA. Para esta competência a área atingiu a meta com o resultado de 0,92.

Indicador 5 – Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS – Meta: Mín. 95,00%

	Junho	Resultado CTA
Numerador	2	2
Denominador	9	9
Resultado	22,22%	22,22%

Fonte: Prestação de contas

O indicador apresenta como objetivo avaliar a eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto. A comprovação da geração e envio do indicador, segue nos anexos desta CTA.

Em observância aos decretos nº 41.208 e 41.209 de janeiro de 2016, que dispõem sobre as compras e contratações de serviços realizados pelas Organizações Sociais, o indicador passa a ser calculado tendo como fonte de análise os registros das atas de preços constantes no site Ecompras (Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro) e site ComprasNet. As compras efetuadas pela OS levarão em consideração os preços registrados nas atas da SMS, bem como demais atas dos órgãos da Prefeitura do Rio de Janeiro, além dos registros de preços identificados no site ComprasNet. A OS 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. Há que se considerar que os itens não encontrados em ata específica nos sistemas citados acima, são sinalizados em despachos nos respectivos processos de compra/contratação, sendo desconsiderados no cálculo do indicador.

Neste período a OSS Viva Rio ficou abaixo do valor preconizado como mínimo pelo indicador. A OS Viva Rio informa que tem sido difícil à adesão as 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.

A situação de cumprimento parcial dos cronogramas de desembolso do contrato, pela Secretaria

Municipal de Saúde contribui também para a dificuldade de negociação de preços junto aos fornecedores, bem como reduz a o poder de compra (quantidade de itens comprados), prejudicando assim o alcance da meta do indicador. Para o período desta CTA, junho de 2019, o repasse de custeio total no valor de R\$ 1.400.038,50 ocorreu apenas no final do mês de julho. Desta forma a aquisição de itens esteve prejudicada no período, contribuindo para um desempenho insatisfatório do indicador.

Cabe salientar que a OS Viva Rio possui um fluxo de compras e contratação impessoal, doutrinado por Regulamento de Compras próprio, que tem seus princípios na Lei 8.666 de 21 de junho de 1993 que estabelece normas gerais de licitações e contratos administrativos no âmbito do serviço público. Além disso, possui uma área de Controle Interno atuante e vigilante às melhores práticas relacionadas a essas ações.

A partir do exposto, solicita-se a esta CTA que desconsidere o referido indicador.

Indicador 6 – Proporção de itens e serviços considerados de boa qualidade entre os itens fornecidos e os serviços prestados – Meta: Mín. 95,00%

	Junho	Resultado CTA
Numerador	4452	4452
Denominador	4889	4889
Resultado	91,06%	91,06%

Fonte: Declaração modelo SUBPAV enviada pelos gerentes.

Este indicador mede a proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados, sendo a meta de 95%. O gerente deve emitir declaração mensal atestando a qualidade dos itens e serviços, com base no formulário disponibilizado pela SUBPAV.

Tal formulário dispõe de 228 itens a serem analisados como satisfatórios ou não, diferente da realidade anterior em que os gerentes avaliavam 5 itens de acordo com critérios que iam da quantidade de 1 a 10. Esse novo formulário considera a nova grade de abastecimento, grade essa que está sendo substituída gradativamente pela OS, porém o

cumprimento parcial do cronograma de desembolso, citado como justificativa para o não alcance do indicador de abastecimento regular, afeta indiretamente o indicador de qualidade dos itens. A dificuldade de negociação e articulação, gerada pelas dívidas com os fornecedores, compromete a compra de itens e o perfeito funcionamento dos serviços, impactando no resultado do indicador.

Conforme já apontado, para o período em análise (Junho de 2019), o repasse de custeio total no valor de R\$ 1.400.038,50 ocorreu apenas no final do mês de julho de acordo com o setor de prestação de contas da OS Viva Rio, o que acabou contribuindo para o desempenho insatisfatório do indicador.

Todavia, cabe ressaltar, que esta OS tem envidado esforços no tocante ao abastecimento dos itens e serviços vitais, de forma a garantir o pleno funcionamento das unidades de saúde.

Face ao exposto solicitamos que o indicador seja desconsiderado no período de avaliação.

Indicador 7 – Rotatividade de Profissionais nas Equipes de Saúde da Família – Meta: Mín. 5%

	Junho	Resultado CTA
Numerador	27	27
Denominador	1194	1194
Resultado	2,26%	2,26%

No mês de maio foram desligados 34 colaboradores, com nenhuma transferência e 20 admissões. Considerando o período mensal desta CTA (JUN/2019), o resultado no indicador aponta para uma rotatividade de 2,26%, não ultrapassando a meta estipulada em contrato de gestão.

A comprovação da geração e envio do indicador segue nos anexos desta CTA.

Indicador 8 – Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura – Meta: Mín. 85,00%

	Junho	Resultado CTA
Numerador	16	16
Denominador	24	24
Resultado	66,67%	66,67%

Fonte: SINAN.

No período, a área apresentou 66,67% dos casos novos de TB pulmonar encerrados como cura, não alcançando a meta estabelecida pelo contrato.

Considerando a fonte SINAN, os resultados do numerador e denominador foram disponibilizados pela DVS/CAP 3.1, em 08/07/2019, conforme comprovante constante nos anexos desta CTA.

Como plano de ação para melhoria e alcance do indicador, o sistema de informação pactuou para as próximas competências o envio de listas semanais dos casos de tuberculose notificados da área pela DVS/CAP3.1. Com as listagens semanais será possível realizar o acompanhamento dos casos notificados junto às equipes assim como o apontamento para os encerramentos necessários.

**Indicador 9 –Proporção de casos de sífilis na gestação com tratamento adequado–
Meta: Mín. 90,00%**

	Junho	Resultado CTA
Numerador	34	34
Denominador	38	38
Resultado	89,47%	89,47%

Fonte: SINAN.

O indicador visa medir o acompanhamento da sífilis na gestação. Para o período a área não alcançou a meta por muito pouco ficando com 89,47% de percentual. Dos 38 casos notificados no período, 34 tiveram tratamento completo, 3 estavam com tratamento incompleto e 1 sem tratamento realizado.

A fonte a ser considerada no indicador é a base SINAN, sistema de responsabilidade, gestão e acesso da DVS/CAP 3.1, sendo o resultado do indicador encaminhado mensalmente pelo setor. Os resultados do numerador e denominador foram disponibilizados pela DVS/CAP 3.1, em 08/07/2019.

Como plano de ação para melhoria e alcance do indicador, o sistema de informação pactuou para as próximas competências o envio de listas semanais dos casos de sífilis em gestantes pela DVS/CAP3.1. Com as listagens semanais será possível realizar o acompanhamento dos casos notificados junto às equipes assim como o apontamento para os encerramentos necessários. Lembrando que os casos são notificados, o tratamento é iniciado e muitas vezes já foi finalizado e o que pode impactar é o encerramento da ficha no sistema.

Indicador 10 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e CFC– Meta: 90,00% (JUN.)

	Maio	Resultado CTA
Numerador	19041	19041
Denominador	22604	22604
Resultado	84,23%	84,23%

Fonte: Plataforma Bolsa Família (Plataforma SUBPAV).

Este indicador considera o número de beneficiários do programa Bolsa Família e do programa Cartão Família Carioca com perfil de saúde acompanhados pelo total de beneficiários. Para esta competência a área alcançou com 84,23%. A verificação dos resultados do indicador foi realizada no período estipulado e as informações coletadas levam ao resultado acima.

Indicador 11 –Proporção de equipes com ao menos um médico com carga horária 40h– Meta: 90,00%

	Maio	Resultado CTA
Numerador	110	110
Denominador	142	142
Resultado	77,46%	77,46%

Fonte: SCNES

Esse indicador tem como objetivo monitorar a carga horária médica das equipes de saúde da família, considerando a fonte CNES.

Para o cálculo do indicador foram desconsideradas as equipes vinculadas aos Programas de Residência Médica de Família e Comunidade vigentes no município, conforme aponta o Contrato de Gestão, total de 36. Tal relação foi enviada pelo NIR/CAP3.1 com as unidades que possuem programa de residência médica habilitado no CNES. Segue:

- CF Aloysio Augusto Novis – Equipes Acioli, Ary Barroso e Fé.
- CF Assis Valente – Equipes Avião, Flamingo, Águia Dourada, Ema e Santos Dumont.

- CF Felipe Cardoso – Equipes Ipojuca, Parque Shangai, Girassol, Três Reis, Quatro Bicas, Angra dos Reis, Caracol, São José e São Lucas.
- CF Maria Sebastiana de Oliveira – Equipes Praia da Rosa e Moneró.
- CF Zilda Arns – Equipes Teleférico, Viúva, Ibirapitanga, Nova Brasília, Alvorada II, Adeus, Área Cinco, Reservatório, Capão, Novo Adeus, Poranga, Palmeira, Fazendinha e Loteamento.
- CF Wilma Costa: Duas praias, Magioli e Messina.

Desta forma, das 178 equipes da área no CNES, consideraram-se no denominador 142 equipes. A área não alcançou a meta estabelecida em contrato, ficando com 78,16% de alcance.

Por fim, diante de todas justificativas aqui colocadas, considerando as solicitações de descon siderações nos indicadores 2, 5 e 6 para o período de Junho/2019, a AP 3.1 alcançou 4 dos 8 indicadores avaliados, perfazendo uma proporção de 50% de alcance.



APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS DA PARTE 2

No mês de janeiro de 2019, houve a assinatura do termo aditivo ao contrato de gestão 030/2014 retroativo ao mês de novembro/2018, que trouxe alterações nos indicadores que medem a gestão das unidades de saúde de família pelas organizações sociais.

A parte 2 do anexo de indicadores apresenta uma análise direta da performance das unidades e equipes de saúde, através de 11 indicadores, descritos no quadro 1.

No período em análise, a AP 3.1 alcançou 2 dos 11 indicadores estabelecidos na Parte 2 do contrato, perfazendo uma proporção de 18% de alcance. Entretanto, desconsiderando o indicador 7 devido a falta de informações de todas equipes para cálculo, a AP 3.1 para a competência de Junho de 2019 obteve **20%** de alcance.

QUADRO 1. INDICADORES DA PARTE 2

INDICADORES	FONTE	META	JUNHO	OBSERVAÇÕES
1 - Cobertura Vacinal de Pentavalente (3ª dose) em crianças de um ano	SI-PNI + e- SUS AB	$\geq 90\%$	77,89%	Não Alcançado.
2 - Média de atendimentos de médicos por habitante	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	$\leq 0,08$ atendimentos/habitante/mês	0,11	Alcançado. 134 equipes transmitidas.

3 – Proporção de atendimentos de demanda espontânea	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Mínimo de 40% e máximo de 80% dos atendimentos/ mês	82,32%	Não Alcançado. 69 equipes alcançadas, 111 não alcançadas.
4 - Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Mínimo 0,025 coleta /população cadastrada/	0,01	Não alcançado.
5 - Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB + CNES	Mínimo 1,25% atendimentos de primeira consulta odontológica programática/ habitante/	0,68	Não Alcançado.
6 - Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Mínimo 0,65 tratamento concluído/ mês	0,49	Não Alcançado.
7 - Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	>=80%		Indicador desconsiderado no período. Inviabilidade de cálculo

8 - Proporção de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	>=80%	39,74%	Não Alcançado.
9- Proporção de encaminhamentos para consulta ambulatorial especializada	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	<=20%	8,78%	Alcançado. 139 equipes transmitidas, 16 equipes desativadas.
10- Proporção de serviços ofertados pela Equipe de Saúde	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	>=80%	46,07%	Não Alcançado.
11- Cobertura de Ações do Programa Saúde na Escola (PSE)	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	>=80%	25,00%	Não Alcançado.

A SUBPAV disponibilizou em sua plataforma online, as fichas técnicas que descrevem os indicadores e orientam quanto a forma de extração, utilizando as fontes preconizadas.

Para este relatório, período junho/2019, foi possível o cálculo de 10 indicadores da matriz acima, não sendo possível o cálculo do indicador 7 - Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal. Com a implantação do E-sus na AP 3.1 em outubro não foi possível ter acesso às listagens PDFs de gestantes da área em sua totalidade para a realização da contabilização das consultas de pré-natal. Face ao exposto solicitamos que o indicador seja invalidado nesta competência.

Os indicadores, com fonte sistema E-gestor, foram consolidados com auxílio do *Sistema Rstudio* e as respectivas listagens com os resultados das equipes podem ser observadas nos quadros enviados anexos a esta CTA, assim como o cálculo dos demais indicadores.

Importante salientar que para os indicadores com fonte E-gestor não foram encontradas informações compatíveis com todas as equipes da AP 31, ou seja, alguns dados não estavam disponíveis no sistema. Esta questão foi repassada pelo Sistema de Informação da OS à Subpav e segue sendo acompanhada.

A seguir, apresentam-se as análises assim como justificativas e os planos de ação detalhados para cada indicador da parte 2 na competência em questão:

Indicador 1: Este indicador tem por objetivo verificar as crianças que completaram 1 ano que tiveram registro da 3ª dose de vacina Pentavalente. O numerador é oriundo do relatório do SI/PNI e o denominador é proveniente do relatório operacional de crianças menores de 5 anos. No numerador é necessário identificar se as crianças cobertas pelas equipes tiveram a vacina administrada.

Como plano de ação para monitoramento deste indicador o Sistema de Informação irá sinalizar às unidades a relação de crianças que irão completar 1 ano na competência e orientar no registro da dose aplicada no SI/PNI, caso o mesmo não tenha sido realizado. O sistema de informação também solicitou a DVS/CAP 3.1 o envio de listagem semanal extraída do SI-PNI para acompanhamento das doses aplicadas e consequente alerta às equipes para a busca ativa dos faltosos. Em tempo a DVS CAP 3.1 informou que para o período o município do Rio de Janeiro estava passando por um desabastecimento da vacina pentavalente, fato que contribui para o não alcance do indicador;

Indicador 2: Média de atendimentos médicos: não há estratégia para o alcance deste Indicador, visto que o mesmo está atrelado ao registro de atendimento a partir do login do médico. Para que esse Indicador seja mantido o Sistema de Informação sinaliza ser necessário um acompanhamento da equipe com médico ativo. No caso da falta de profissionais médicos, é necessário que os mesmos sejam repostos em tempo hábil;

Indicador 3: Demanda espontânea – O sistema de Informação apresenta como plano de ação para alcance do indicador: orientar as unidades a registrarem os atendimentos de acordo com a realidade. Ou seja, se for um agendamento, atentar para

agendar no local adequado, no caso, funcionalidade agenda. Deve ser evitado inserir todos os atendimentos diretamente na lista de atendimentos. Orientar que apenas a demanda espontânea deva ser registrada diretamente na lista de atendimentos;

Indicador 4: *Razão de citopatológico.* Este indicador tem como numerador os procedimentos transmitidos para o SISAB. Observa-se que muitas equipes não estão transmitindo essas informações, o que prejudica no desempenho do indicador. O denominador é oriundo dos relatórios de cadastro individual. Devido ao thrift Prime/e-SUS ocorreu a duplicidade dos cadastros dos usuários, o que reflete na queda do indicador, visto que houve recrudescimento do denominador em decorrência dos erros de transmissão das fichas via thrift. O Sistema de Informação apresenta como plano de ação para o indicador: orientar as unidades para o registro do procedimento correto para a contabilização do exame citopatológico (registro SIGTAP 02.01.02.003-3). Orientar também as unidades a unificarem as fichas de cadastro individual para que não haja impactos no resultado final do indicador. Solicitar extrações quinzenais para verificar o registro do procedimento e projetar de acordo com a população de mulheres de 25 a 64 anos o total de coletas de citopatológico que devem ser realizados e registrados;

Indicador 5: *Primeira consulta odontológica.* neste indicador a produção total tem sido afetada devido a vinculação de cirurgiões dentistas a equipes EACS e eSF. Na ficha técnica do indicador consta que só deve ser considerada a produção das equipes de saúde bucal, o que ocasiona na perda de produção de cirurgiões dentistas que estão vinculados a equipes que não são de saúde bucal. Sendo assim, solicita-se alteração do cálculo do indicador, para que a produção daqueles que estão na SF seja deslocada para a produção da equipe de saúde bucal da unidade;

Indicador 6: *Cuidado Resolutivo em Saúde Bucal.* Assim como no indicador anterior, a produção total tem sido afetada devido a vinculação de cirurgiões dentistas a equipes EACS e eSF. Sendo assim, o Sistema de Informação percebe a necessidade de alteração do cálculo do indicador, para que a produção daqueles que estão na SF seja deslocada para a produção da equipe de saúde bucal da unidade;

Indicador 7: *Acompanhamento pré-natal* - O numerador e denominador desse indicador tem como origem o relatório de gestantes e puérperas. Esse relatório apresenta

diversas inconsistências: gestantes duplicadas, mulheres que o período de puerpério já foi extrapolado e permanecem no relatório, mulheres sem DUM e mulheres que não são gestantes. Além disso, não há a possibilidade de retirada de mulheres desse relatório quando essas não apresentam um CID de abertura do problema (gestação). Outro entrave se encontra nas diversas condicionalidades para a inclusão da gestante no relatório, a saber: CID e CIAP específicos, necessidade da existência de ficha de cadastro individual com CNS especificados e informação acerca do responsável do domicílio. Existência de ficha de cadastro individual com CNS especificados e informação acerca do responsável do domicílio. Existência de ficha de cadastro domiciliar e territorial em que esteja especificado o CNS do responsável do domicílio. Todas essas condicionalidades prejudicam a fidedignidade do indicador, além de impossibilitar o monitoramento adequado das equipes. O Sistema de Informação apresenta como plano de ação: orientação das unidades à unificar os prontuários para sanar o problema de duplicidade das gestantes. Será fornecida planilha em que estarão especificadas todas as gestantes que estão duplicadas para facilitar o trabalho das unidades. Orientação sobre revisão dos cadastros individuais das gestantes, assim como as fichas de cadastros domiciliares e territoriais. Além de iniciar monitoramento das consultas das gestantes junto às unidades, e solicitar às unidades que sinalizem as mulheres que não são gestantes; Para o período não foi possível ter acesso às listagens PDFs de gestantes da área em sua totalidade para a realização da contabilização das consultas de pré-natal. Face ao exposto solicitamos que o indicador seja invalidado nesta competência.

Indicador 8: Consulta na primeira semana de vida. Este indicador tem como fonte o relatório de crianças menores de 5 anos. Para identificar crianças com até 28 dias que tenham sido consultadas na primeira semana de vida, é necessário que sejam registradas as fichas de cadastro individual e cadastro domiciliar e territorial. Sem esses registros, não será possível a contabilização das crianças com 28 dias. Faz-se importante destacar que não basta fazer o registro do recém-nascido na funcionalidade cidadão, pois a mesma não corresponde a uma ficha. O Sistema de Informação apresenta como plano de ação, orientar as unidades a efetuarem o registro da ficha de cadastro individual da criança e vincular a mesma a um domicílio a partir da vinculação com o CNS do responsável. Sinalizar às unidades as mulheres que estão com a DPP próxima para que seja possível monitorar o nascimento da criança, registrar as fichas e efetuar a primeira consulta ainda na primeira semana de vida;

Indicador 9: Consulta ambulatorial especializada: As unidades devem manter o registro do encaminhamento ao final do atendimento na guia encaminhamentos;

Indicador 10: Serviços ofertados pela ESF: As informações desses indicadores são provenientes do relatório de procedimentos individualizados do e-SUS e contempla 27 procedimentos. O indicador ainda está aquém da meta, de 80%. Para a melhoria do mesmo o Sistema de Informação irá solicitar as extrações desses relatórios no 15º dia útil do mês para que seja possível sinalizar às unidades os procedimentos que ainda se encontram pendentes;

Indicador 11: Ações do PSE: o numerador deste indicador é proveniente do SISAB, sendo assim impactado pela transmissão das fichas. Ocorre que muitas fichas não estão sendo transmitidas, o que está impactando no desempenho do indicador. Como plano de ação para o indicador o SI irá solicitar às unidades o envio do relatório de atividades coletivas afim de sinalizar as equipes com atividade pendente. Como no relatório não há especificação da escola, será solicitado que o gerente sinalize a escola em que ocorreu atividade.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Rio de Janeiro, 20 de setembro 2019.

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,

MARIANA ZACHARIAS DE ARAUJO
ANALISTA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE AP 3.1

ANA PAULA DA CUNHA
ASSESSORA DE INFORMAÇÃO

DANIEL ANTONIO BOUZADA FRAGA
COORDENADOR SISTEMAS DE INFORMAÇÃO