



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: CAPS

UNIDADE: Centro de atenção psicossocial

COORDENADOR (A) RESP.: Luiz Eduardo Teixeira Valota

E-MAIL: coord.caps@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07 / 02 / 2020

INDICADORES CONSOLIDADOS

Metas	Atingíveis	Atingidos	Percentuais de desempenho
Indicadores Quantitativos	200	180	90,0%
Indicadores Qualitativos	200	195	97,5%
Total	400	375	93,8%

LIDER RESPONSÁVEL

COORDENADOR RESPONSÁVEL



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: CAPS

UNIDADE: Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas

COORDENADOR (A) RESP.: Luiz Eduardo Teixeira Valota

E-MAIL: coord.caps@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07 / 02 / 2020

INDICADORES QUALITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
11	Acompanhar a utilização do sistema Salute em relação aos atendimentos médicos.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	97,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de Fichas de atendimentos preenchidas	403	408	361	338	378
Total de fichas preenchidas de atendimento avaliadas x 100	416	416	385	339	389
	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
	96,9%	98,1%	93,8%	99,7%	97,0%
JUSTIFICATIVA					
Mesmo com algumas fichas não preenchidas, estamos dentro da meta estipulada.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar monitorando esse indicador e conversando sempre com os médicos, para que possamos sempre manter dentro da meta.					

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
12	Monitorar o nível de satisfação dos usuários com o ATENDIMENTO MÉDICO realizado. (mínimo de 10% pessoas/mês)			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	106,6%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	406	410	378	335	382
Total de resultados com conceito "BOM".	32	49	38	34	38
Total de usuários pesquisados x 100	38	50	39	35	41
	118,8%	102,0%	102,6%	102,9%	106,6%
Mínimo 10%	9,4%	12,2%	10,3%	10,4%	10,6%
JUSTIFICATIVA					
Estamos dentro do estipulado pelo indicador, no mês de setembro não conseguimos realizar o número suficiente de pesquisas, mesmo assim conseguimos ficar dentro do estipulado					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar acompanhando esse indicador e realizando as pesquisas de satisfação tanto nas oficinas terapêuticas, tanto na recepção, como na pré e pós consulta.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação				
13	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação ao ACOLHIMENTO recebido. (mínimo 10% pessoas/mês)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua				
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	100,7%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos		406	410	378	335	382
Total de resultados com conceito "BOM"		37	50	39	35	40
Total de usuários pesquisados x 100		38	50	39	35	41
		102,7%	100,0%	100,0%	100,0%	100,7%
Mínimo 10%		9,4%	12,2%	10,3%	10,4%	10,6%
JUSTIFICATIVA						
Estamos dentro do estipulado pelo indicador, no mês de setembro não conseguimos realizar o número suficiente de pesquisas, mesmo assim conseguimos ficar dentro do estipulado						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar acompanhando esse indicador e realizando as pesquisas de satisfação tanto nas oficinas terapêuticas, tanto na recepção, como na pré e pós consulta.						

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação				
14	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação à LIMPEZA DO AMBIENTE. (mínimo de 10% pessoas/mês)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua				
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	90,1%	Pontos obtidos:	15	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de resultados com conceito "BOM"		30	48	37	31	0,4
Total de usuários pesquisados x 100		38	50	39	35	0,4
		0,3	0,0	0,1	0,1	0,1
		78,9%	96,0%	94,9%	88,6%	90,1%
JUSTIFICATIVA						
Nesse item da pesquisa, no mês de setembro tivemos uma queda no índice de satisfação no que tange a limpeza do ambiente, isso ocorreu devido a alguns dias a unidade ter ficado sem alguns produtos de higiene e a funcionária da limpeza ficar afastada por 30 dias, todo o mês de dezembro.						
PLANO DE AÇÃO						
Verificar e acompanhar de perto esse item de satisfação para que possamos sempre atender de melhor maneira a população.						

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
15	Monitorar a adesão dos funcionários às capacitações disponibilizadas.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua		
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de funcionários capacitados		15	4	10	2	8
Total de funcionários existentes		15	4	10	2	8
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA	
Os profissionais que foram convocados compareceram 100% nas capacitações.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar monitorando esse indicador para que os profissionais continuem sempre participando, mantendo assim o indicador em 100%	

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
16	Monitorar o nível de absenteísmo no serviço.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua		
Fonte:		Meta:	<5%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	3,8%	Pontos obtidos:	0	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Nº de horas ausentes		50	43	56	176	81
Nº de horas trabalhadas x 100		2134	2420	2252	2076	2221
		4268,0%	5627,9%	4021,4%	1179,5%	2732,9%
		2,3%	1,8%	2,5%	8,5%	3,8%

JUSTIFICATIVA	
Referente a taxa de absenteísmo, mantemos dentro da meta estipulada, porém em dezembro tivemos um índice mais alto devido a três colaboradores estarem realizando mestrado e uma funcionário que está afastada durante 30 dias.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar monitorando esse indicador para sempre continuemos dentro da meta estipulada	

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
17	Monitorar a qualidade dos equipamentos em uso na Unidade.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de equipamentos vistoriados em manutenção preventiva no período	2	2	2	2	2,0
Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100	2	2	2	2	2,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA	
As manutenções preventivas referentes ao sistema de informação (informática) foi realizada em novembro, conforme cronograma, já a manutenção preventiva por parte da empresa de dedetização ocorre todos os meses, conforme descrito, com isso mantemos 100% da meta alcançada.	
PLANO DE AÇÃO	
Acompanhar de perto esse indicador para que a unidade sempre fique com a manutenção desse itens em dia.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
18	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.	cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua			
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Encaminhar mensalmente até o 5º dia útil as planilhas referentes às despesas com Recursos Humanos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), acompanhada de lista com nome de todos os funcionários e respectivos cargos ocupados.	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA					
Indicador com pontuação máxima devido a entrega das planilhas solicitadas dentro do prazo estipulado.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar sempre entregando as planilhas dentro do prazo estipulado.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
19	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.	cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua			
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Enviar relatório final MENSAL descrevendo as alterações ocorridas no cadastro do CNES, informadas à Divisão de Avaliação e Controle durante o período.	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA					
Indicador com pontuação máxima devido a entrega das planilhas solicitadas dentro do prazo estipulado.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar sempre entregando as planilhas dentro do prazo estipulado.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
20	Monitorar o cumprimento de obrigações contratual	cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua			
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Unidades
Apresentar, MENSALMENTE, até o 5º dia útil, relatório analítico sobre a gestão da Unidade (com sugestões e registros de ocorrências sobre fatos relevantes ao gerenciamento da Unidade).	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA
Indicador com pontuação máxima devido a entrega das planilhas solicitadas dentro do prazo estipulado.
PLANO DE AÇÃO
Continuar sempre entregando as planilhas dentro do prazo estipulado.



LIDER RESPONSÁVEL



COORDENADOR RESPONSÁVEL



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: CAPS

UNIDADE: Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas

COORDENADOR (A) RESP.: Luiz Eduardo Teixeira Valota

E-MAIL: coord.caps@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07 / 02 / 2020

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
1	Acompanhar o percentual de atendimentos finalizados em relação aos atendimentos com status "aberto" no sistema SALUTE.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 139 SALUTE		Meta:	< 1%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	0,3%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de atendimentos (FA) com status "aberto"	7	3	7	2	5
total de atendimentos (FA) com status "finalizados" x 100	1512	1548	1358	1069	1372
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
< 1%	0,5%	0,2%	0,5%	0,2%	0,3%
JUSTIFICATIVA					
O indicador ficou dentro da meta estipulada e pode-se observar que houve uma melhora nesse mês de dezembro em relação a utilização correta do sistema.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar monitorando esse indicador para que possamos melhorar ainda mais os resultados e orientar os médicos e outros profissionais novamente sobre o correto preenchimento do sistema.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
2	Monitorar a quantidade de consultas médicas em atenção especializada realizadas, em relação ao descrito em FPO.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 37 SALUTE		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	124,9%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consultas Médicas em atenção especializada	406	410	378	335	382
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	306	306	306	306	306
	-0,2	-0,3	-0,2	-0,1	-0,2
	132,7%	134,0%	123,5%	109,5%	124,9%
JUSTIFICATIVA					
Número de consultas muito superior ao estipulado pela meta, isso se deve ao grande aumento de casos ambulatoriais que estão sendo atendidos na unidade.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar atendendo os pacientes de forma humanizada e continuar com o plano de transferir os atendimentos ambulatoriais para um prédio próprio, com uma equipe especializada própria para atender esses casos. Com essa mudança será necessário a revisão da meta estipulada para esse indicador.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação				
3	Monitorar a quantidade de Acolhimentos diurnos de pacientes em Centro de Atenção Psicossocial realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua				
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	124,3%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média	
Total de procedimentos de Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	722	742	598	400	616	
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	495	495	495	495	495	
	-0,3	-0,3	-0,2	0,2	-0,2	
	145,9%	149,9%	120,8%	80,8%	124,3%	
JUSTIFICATIVA						
Mesmo que no mês de dezembro houve uma baixa no número de pacientes participantes em atividades, devido a feriados, pontos facultativos e festividades, o indicador continuou muito acima da meta estipulada, devido ao número de pacientes atendidos na unidade.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar monitorando esse indicador e verificar se o mesmo manterá o mesma média após a transferencia dos pacientes que são assistido apenas pelos médicos, nos atendimentos ambulatoriais.						

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
4	Monitorar a quantidade de Atendimentos individuais de pacientes em Centro de Atenção Psicossocial realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	242,5%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Atendimento individual de pacientes em Centro de Atenção Psicossocial	1057	1043	988	783	968
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	399	399	399	399	399
	-0,6	-0,6	-0,6	-0,5	-0,6
	264,9%	261,4%	247,6%	196,2%	242,5%
JUSTIFICATIVA					
Os números apresentados nesse indicador são muito superiores ao solicitado pela meta, isso deve-se ao grande número de pacientes que estão sendo encaminhados para a unidade sem a necessidade para tal e que sempre são acolhidas e atendidas pela equipe.					
PLANO DE AÇÃO					
Realizar um matriciamento com os médicos e enfermeiros da atenção básica e UPA, para explicar o fluxo de encaminhamento correto de casos que tem que ser atendidos no CAPS, e intensificar o projeto para implantação do ambulatório, se possível para janeiro.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
5	Monitorar a quantidade de Atendimentos familiares em Centro de Atenção Psicossocial realizados, em relação ao descrito em FPO.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua		
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	158,5%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial		223	223	219	191	214
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		135	135	135	135	135
		-0,4	-0,4	-0,4	-0,3	-0,4
		165,2%	165,2%	162,2%	141,5%	158,5%

JUSTIFICATIVA	
Indicador acima da meta estipulada, isso se deve a adesão dos familiares no tratamento de seus parentes	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar monitorando e acompanhando de perto esse indicador, pois os familiares são de grande importância no tratamento do paciente.	

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
6	Monitorar a quantidade de Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial realizadas, em relação ao descrito em FPO.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua		
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	447,8%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial		562	618	613	410	551
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		123	123	123	123	123
		-0,8	-0,8	-0,8	-0,7	-0,8
		456.9%	502.4%	498.4%	333.3%	447.8%

JUSTIFICATIVA	
Número de procedimentos realizados muito acima da meta estipulada, isso se deve a adesão dos paciente nas atividades realizadas	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar monitorando esse indicador para o próximo ano. E após as definições realizadas pela equipe de quais serão as atividades contempladas dentro desse procedimento, melhoraremos a meta estipulada e realizaremos sempre um trabalho de qualidade junto aos pacientes acompanhados nesse serviço.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação				
7	Monitorar a quantidade de Atendimento em grupos de pacientes em Centro de Atenção Psicossocial realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua				
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	74,5%	Pontos obtidos:	0	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Atendimento em grupos de pacientes em Centro de Atenção Psicossocial		338	400	326	211	3,2
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		428	428	428	428	4,3
		0,3	0,1	0,3	1,0	0,3
		79,0%	93,5%	76,2%	49,3%	74,5%

JUSTIFICATIVA	
O número de grupos realizados no CAPS diminuiu muito, principalmente nesse terceiro quadrimestre, não atingindo a meta, devido ao grande número de casos novos que estão sendo encaminhados para unidade, casos ambulatoriais, com isso, os técnicos não conseguem realizar os grupos que eram de costume fazer. Além disso contamos com muitos feriados e pontos facultativos.	
PLANO DE AÇÃO	
Após o matriciamento realizado nos dias 12 e 13 de dezembro e com a implantação do ambulatório de saúde mental em prédio próprio, com previsão para o primeiro trimestre de 2020 e com equipe própria, monitorar esse indicador para que os técnicos voltem a realizar seus grupos que é fundamental para o CAPS e relatar a revisão de FPO.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
8	Monitorar a quantidade de Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial realizadas, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	152,7%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial	338	350	311	229	3,1
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orcamentária (FPO) x 100	201	201	201	201	2,0
	-0,4	-0,4	-0,4	-0,1	-0,3
	168,2%	174,1%	154,7%	113,9%	152,7%
JUSTIFICATIVA					
Os números apresentados referentes ao indicador estão acima do estipulado pelo indicador, isso se dá devido a adesão dos pacientes nas atividades propostas e realizadas.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar monitorando esse indicador para que possamos continuar dentro do estipulado.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
9	Monitorar a quantidade de Primeira Consulta Odontológica Programática realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	113,9%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial	69	58	52	26	0,5
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	45	45	45	45	0,5
	-0,3	-0,2	-0,1	0,7	-0,1
	153,3%	128,9%	115,6%	57,8%	113,9%
JUSTIFICATIVA					
Esse indicador esta muito acima do solicitado pelo Indicador devido ao grande número de pessoas que estão sendo encaminhadas para a unidade sem a necessidade de ser atendida na mesma, com isso acaba gerando um aumento nos atendimentos, sobrecarregando a equipe					
PLANO DE AÇÃO					
Realizar matriciamento com os médicos e enfermeiros da atenção básica e UPA e implantar o Ambulatório de Saúde Mental, para posteriormente realizar a revisão desse indicador. Entendemos que esse indicador deve ser qualitativo e não quantitativo.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação				
10	Monitorar a quantidade de procedimentos realizados, em relação ao total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua				
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	143,4%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos realizados		3994	4188	3765	2873	37,1
Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		2584	2584	2584	2584	25,8
		-0,4	-0,4	-0,3	-0,1	-0,3
		154,6%	162,1%	145,7%	111,2%	143,4%
JUSTIFICATIVA						
Numero de procedimentos realizados pela unidade superior ao estipulado pela meta, devido a quantidade de atendimentos e atividades executadas pela equipe na unidade.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar monitorando esse indicador e revisar após a saída dos pacientes com perfil ambulatorial.						



LIDER RESPONSÁVEL



COORDENADOR RESPONSÁVEL



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: CAPS

UNIDADE: Centro de atenção psicossocial infantil

COORDENADOR (A) RESP.: Luiz Eduardo Teixeira Valota

E-MAIL: coord.caps@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07 / 02 / 2020

INDICADORES CONSOLIDADOS

Metas	Atingíveis	Atingidos	Percentuais de desempenho
Indicadores Quantitativos	200	200	100,0%
Indicadores Qualitativos	200	180	90,0%
Total	400	380	95,0%

LIDER RESPONSÁVEL

COORDENADOR RESPONSÁVEL



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: CAPS

UNIDADE: Centro de atenção psicossocial infantil

COORDENADOR (A) RESP.: Luiz Eduardo Teixeira Valota

E-MAIL: coord.caps@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07 / 02 / 2020

INDICADORES QUALITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
11	Acompanhar a utilização do sistema Salute em relação aos atendimentos médicos.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	97,4%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de Fichas de atendimentos preenchidas	155	70	138	166	1,3
Total de fichas preenchidas de atendimento avaliadas x 100	158	71	140	174	1,4
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	98,1%	98,6%	98,6%	95,4%	97,4%
JUSTIFICATIVA					
Esse indicador está dentro do solicitado mantendo assim os prontuários e consulta médicas sempre preenchidos corretamente, podemos observar que em alguns meses alguns atendimentos não foram preenchidos corretamente devido a queda do sistema.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar monitorando os médicos para que possamos manter sempre os preenchimentos corretos em todos os atendimentos médicos					

INDICADORES QUANTITATIVOS						
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
12	Monitorar o nível de satisfação dos usuários com o ATENDIMENTO MÉDICO realizado. (mínimo de 10% pessoas/mês)			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos;		
				de 90% a 94,9% = 15 pontos;		
			de 85% a 89,9% = 10 pontos;			
			menor que 85% = não pontua			
onte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	100,6%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos		234	230	218	174	214
Total de resultados com conceito "BOM".		40	40	40	39	40
Total de usuários pesquisados x 100		40	40	40	40	40
		100,0%	100,0%	100,0%	102,6%	100,6%
Mínimo de 10%		17,1%	17,4%	18,3%	23,0%	18,7%
JUSTIFICATIVA						
Estamos realizando um número superior de pesquisas de satisfação em relação ao número de atendimentos médicos e estamos conseguindo manter dentro do solicitado, mantendo o nível alto de satisfação do usuário						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar incentivando a população, pacientes e familiares a preencherem a pesquisa de satisfação para que possamos melhorar inda mais nosso atendimento.						

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
13	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação ao ACOLHIMENTO recebido. (mínimo 10% pessoas/mês)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte:	Meta:	100%	Valor Máximo:		20
	Resultado:	101,3%	Pontos obtidos:		20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	234	230	218	174	214
Total de resultados com conceito "BOM"	40	39	39	40	40
Total de usuários pesquisados x 100	40	40	40	40	40
Mínimo de 10%	100,0%	102,6%	102,6%	100,0%	101,3%
	17,1%	17,4%	18,3%	23,0%	18,7%
JUSTIFICATIVA					
Estamos realizando um número superior de pesquisas de satisfação em relação ao número de atendimentos médicos e estamos conseguindo manter dentro do solicitado, mantendo o nível alto de satisfação do usuário					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar monitorando esse indicador e insentivando os familiares, pacientes e a população a preencherem as pesquisas de satisfação para que possamos melhorar ainda mais nossos atendimentos					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
14	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação à LIMPEZA DO AMBIENTE. (mínimo de 10% pessoas/mês)			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua		
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	99,4%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de resultados com conceito "BOM"		40	40	40	39	0,4
Total de usuários pesquisados x 100		40	40	40	40	0,4
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		100,0%	100,0%	100,0%	97,5%	99,4%
JUSTIFICATIVA						
Estamos realizando um número superior de pesquisas de satisfação em relação ao número de atendimentos médicos e estamos conseguindo manter dentro do solicitado, mantendo o nível alto de satisfação do usuário						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar monitorando esse indicador e insentivando os familiares, pacientes e a população a preencherem as pesquisas de satisfação para que possamos melhorar ainda mais a limpeza e organização dos ambientes da unidade						

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação			
15	Monitorar a adesão dos funcionários às capacitações disponibilizadas.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20		
		Resultado:	86,5%	Pontos obtidos:	10		
PRODUÇÃO							
Fórmula			set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de funcionários capacitados			16	4	10	2	8
Total de funcionários existentes			20	4	11	2	9
			0,3	0,0	0,1	0,0	0,2
			80,0%	100,0%	90,9%	100,0%	86,5%

JUSTIFICATIVA	
Ficamos abaixo da meta estipulada. O mês que mais afetou foi o mês de setembro, onde foi realizado o evento de prevenção ao suicídio e muitos funcionários da unidade estavam envolvidos na organização e desenvolvimento do evento e acabaram esquecendo de assinar a lista de presença, portanto não foi aceito a justificativa pelo NEP.	
PLANO DE AÇÃO	
Intensificar junto aos colaboradores a importância da participação e assinatura da lista de presença nos eventos e em eventuais faltas, justificar a ausência com antecedência. Como forma de envolver todos os funcionários, as inscrições de todos as convocações serão realizadas pelo auxiliar administrativo, assim como as justificativas de faltas.	

Indicador	Objetivo		Critérios de pontuação	
16	Monitorar o nível de absenteísmo no serviço.		Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte:	Meta:	<5%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	6,2%	Pontos obtidos:	0

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Nº de horas ausentes	185	185	156	93	1,5
Nº de horas trabalhadas x 100	2.574	2.630	2.436	2339	24,9
	1391%	1322%	1462%	2415%	1647%
5%	7,2%	7,0%	6,4%	4,0%	6,2%

JUSTIFICATIVA	
A unidade vem apresentando um aumento na taxa de absenteísmo, isso se deve ao aumento no número de atestado por parte de alguns funcionários, e também porque estamos com uma colaboradora gestante. Ressalto que os índices apresentados nesse relatório estão diferentes dos apresentados nos relatórios de gestão. Aqui estão apresentados apenas as faltas e atestados médicos.	
PLANO DE AÇÃO	
Identificar os funcionários que estão apresentando mais atestados e realizar novos apontamentos.	

Indicador	Objetivo		Critérios de pontuação			
17	Monitorar a qualidade dos equipamentos em uso na Unidade.		Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de equipamentos vistoriados em manutenção preventiva no período		2	2	2	2	2
Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100		2	2	2	2	2
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA	
As manutenções preventivas estão sendo realizadas pela empresa de dedetização corretamente, conforme cronograma, assim como a manutenção da empresa que presta serviço da área de informática e na parte de dedetização, que realiza inspeções mensais.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar monitorando esses prestadores para que mantenham sempre as rotinas de manutenção preventiva.	

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
18	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.			cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua		
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Encaminhar mensalmente até o 5º dia útil as planilhas referentes às despesas com Recursos Humanos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), acompanhada de lista com nome de todos os funcionários e respectivos cargos ocupados.		07/10/2109	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		07/10/2109	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA						
Entregue dentro do prazo solicitado e estipulado.						
PLANO DE AÇÃO						
Manter a entrega dentro do prazo para que possamos sempre pontuar nesse indicador						

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
19	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.			cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua		
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Enviar relatório final MENSAL descrevendo as alterações ocorridas no cadastro do CNES, informadas à Divisão de Avaliação e Controle durante o período.		07/10/2109	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		07/10/2109	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
		Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA						
Entregue dentro do prazo solicitado e estipulado.						
PLANO DE AÇÃO						
Manter a entrega dentro do prazo para que possamos sempre pontuar nesse indicador						

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
20	Monitorar o cumprimento de obrigações contratual	cumpriu 100% = 20 pontos cumpriu > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua			
Fonte:	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	Cumpriu	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Unidades
Apresentar, MENSALMENTE, até o 5º dia útil, relatório analítico sobre a gestão da Unidade (com sugestões e registros de ocorrências sobre fatos relevantes ao gerenciamento da Unidade).	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	Cumpriu	Cumpriu	Cumpriu	Cumpriu	Cumpriu
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA					
Entregue dentro do prazo solicitado e estipulado.					
PLANO DE AÇÃO					
Manter a entrega dentro do prazo para que possamos sempre pontuar nesse indicador					

Sudharta

LIDER RESPONSÁVEL

Carla

COORDENADOR RESPONSÁVEL



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: CAPS

UNIDADE: Centro de atenção psicossocial infantil

COORDENADOR (A) RESP.: Luiz Eduardo Teixeira Valota

E-MAIL: coord.caps@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07 / 02 / 2020

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
1	Acompanhar o percentual de atendimentos finalizados em relação aos atendimentos com status "aberto" no sistema SALUTE.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 139 SALUTE		Meta:	< 1%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	0,1%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de atendimentos (FA) com status "aberto"	1	1	0	0	0,0
total de atendimentos (FA) com status "finalizados" x 100	1140	1137	992	638	9,8
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%

JUSTIFICATIVA	
A unidade apresentou nesse quadrimestre uma evolução referente ao preenchimento e utilização correta do sistema SALUTE, com isso esse indicador ficou com a pontuação máxima.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar sempre monitorando esse indicador para que possamos continuar pontuando. Foi adotado um plano de ação em outubro, onde a equipe habituo-se a revisar todos os atendimentos antes do final do mês, com isso, o resultado obtido nos meses de novembro e dezembro foram 100%, o que deverá ser mantido durante o próximo ano.	

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
2	Monitorar a quantidade de consultas médicas em atenção especializada realizadas, em relação ao descrito em FPO.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 37 SALUTE		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	144,6%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consultas Médicas em atenção especializada	234	230	218	174	214
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	148	148	148	148	148
	158,1%	155,4%	147,3%	117,6%	144,6%

JUSTIFICATIVA	
Estamos realizando um número muito superior de atendimentos médicos solicitados por FPO, isso se dá devido ao grande aumento de pacientes que estão sendo inseridos na unidade, porém muito desses poderiam ser atendidos de maneira ambulatorial, com isso os médicos conseguiram participar mais das atividades da unidade.	
PLANO DE AÇÃO	
Reavaliar e melhorar os encaminhamentos vindo da rede através de matriciamento e consientização, realizado dias 12 e 13 de dezembro com os médicos e enfermeiros da Atenção Básica, tentando assim diminuir os atendimentos que não são casos de Caps, e sim da Atenção Básica ou de Ambulatório de Saúde Mental, o qual estamos aguardando a implantação com previsão no primeiro trimestre de 2020.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
5	Monitorar a quantidade de Atendimentos familiares em Centro de Atenção Psicossocial realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	324,3%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial	762	743	635	480	6,6
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	202	202	202	202	2,0
	-0,7	-0,7	-0,7	-0,6	-0,7
	377,2%	367,8%	314,4%	237,6%	324,3%
JUSTIFICATIVA					
Atendimentos familiares muito superior ao exigido em FPO, devido a grande demanda de paciente e muitas orientações realizadas aos familiares. Mesmo no mês de dezembro tendo uma queda no número de atendimentos se comparado aos outros meses do quadrimestre, ainda sim, continuamos muito acima da meta estipulada.					
PLANO DE AÇÃO					
Revisão de FPO, pois os atendimentos aos familiares é de extrema importancia para a melhora dos atendimentos das crianças e dos adolescentes assistidos por esse Caps e também faz-se necessário um espaço mais amplo e acolhedor para realizarmos um atendimento ainda mais qualificado a esses familiares.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação				
6	Monitorar a quantidade de Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial realizadas, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua				
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:		20
		Resultado:	1179,2%	Pontos obtidos:		20
PRODUÇÃO						
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média	
Total de procedimentos de Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial	396	262	346	128	283	
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	24	24	24	24	24	
	1650,0%	1091,7%	1441,7%	533,3%	1179,2%	
JUSTIFICATIVA						
Total de procedimentos no quadrimestre muito superior ao solicitado em FPO, devido ao aumento no número de crianças e adolescentes em atendimentos e inseridos em PTS (Projeto Terapeutico Singular).						
PLANO DE AÇÃO						
Revisão de FPO e mudança de espaço físico para que possamos realizar ainda mais atendimentos de qualidade para os pacientes e familiares.						

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
7	Monitorar a quantidade de Atendimento em grupos de pacientes em Centro de Atenção Psicossocial realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100	Valor Máximo:	20
		Resultado:	101,7%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Atendimento em grupos de pacientes em Centro de Atenção Psicossocial	309	317	350	183	290
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orcamentária (FPO) x 100	285	285	285	285	285
	-0,1	-0,1	-0,2	0,6	0,0
	108,4%	111,2%	122,8%	64,2%	101,7%
JUSTIFICATIVA					
Indicador ficou dentro do solicitado nesse quadrimestre. Observamos que no mês de dezembro tivemos uma queda no número de atendimentos em grupos devido ao mês de dezembro ter feriados e inicio as férias escolares. É importante destacar que os atendimentos em grupos são de extrema importância para o Caps.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar monitorando esse indicador e aumentar o número de atendimentos em grupos após a abertura do Ambulatório, pois muitos hoje muitos profissionais estão realizando atendimentos individuais de pacientes com perfil ambulatorial, dificultando a realização de mais atividades em grupos, que um dos principais objetivos do Caps.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
8	Monitorar a quantidade de Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial realizadas, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	216,6%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial	180	237	153	149	1,8
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orcamentária (FPO) x 100	83	83	83	83	0,8
	-0,5	-0,6	-0,5	-0,4	-0,5
	216,9%	285,5%	184,3%	179,5%	216,6%
JUSTIFICATIVA					
Esse indicador está acima do solicitado pela FPO e varia mensalmente, isso porque o espaço físico da unidade não propicia a prática de atividade física, com isso os profissionais acabam tendo que se deslocar para outros locais para a realização das atividades, o que não acaba acontecendo diariamente, mesmo assim obtivemos uma média muito boa dentro do quadrimestre.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar realizando essas atividades e monitorando o indicador e tentar a mudança de sede da unidade para que possamos promover um atendimento mais qualificado aos pacientes, com espaço adequado para a realização de atividades físicas, que é de extrema importância para o tratamento e desenvolvimento das crianças e adolescentes assistidos no Caps infantil. Foi solicitado a utilização da quadra poliesportiva da Paróquia do Perpétuo Socorro e estamos aguardando uma resposta até o final de janeiro.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação				
9	Monitorar a quantidade de Primeira Consulta Odontológica Programática realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua				
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	114,2%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial		62	38	25	12	34,3
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		30	30	30	30	30,0
		-0,5	-0,2	0,2	1,5	-0,1
		206,7%	126,7%	83,3%	40,0%	114,2%
JUSTIFICATIVA						
Número de atendimentos iniciais muito acima do estipulado, com isso estamos dentro do solicitado por esse indicador, porém não é o que esperamos na unidade. Pois entendemos que maior o número de novos acolhimentos, mais a população está ficando doente e que esse indicador é um indicador qualitativo.						
PLANO DE AÇÃO						
Revisão de FPO e de indicador e através de matriciamento e prevenção principalmente na atenção básica, diminuir o número de encaminhamentos para o Caps infantil						

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação				
10	Monitorar a quantidade de procedimentos realizados, em relação ao total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua				
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	200,9%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos realizados		3546	3603	3228	2176	3138
Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		1562	1562	1562	1562	1562
		-0,6	-0,6	-0,5	-0,3	-0,5
		227,0%	230,7%	206,7%	139,3%	200,9%
JUSTIFICATIVA						
Número total de procedimentos realizados pela unidade mostrou-se muito superior ao solicitado pelo indicador nesse quadrimestre, isso se deve ao fato da grande quantidade de crianças e adolescentes que estão sendo atendidas e inseridas em atividades na unidade diariamente.						
PLANO DE AÇÃO						
Devido a essa grande demanda de atendimentos é necessário a revisão da FPO, tendo em vista que a unidade vem apresentando uma evolução e desempenho muito grande se comparado ao ano de 2018.						

Suohuira

LIDER RESPONSÁVEL

Cebola

COORDENADOR RESPONSÁVEL



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: CAPS

UNIDADE: Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas

COORDENADOR (A) RESP.: Luiz Eduardo Teixeira Valota

E-MAIL: coord.caps@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07 / 02 / 2020

INDICADORES QUALITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
11	Acompanhar a utilização do sistema Salute em relação aos atendimentos médicos.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 250 SALUTE		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	95,8%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de Fichas de atendimentos preenchidas	69	138	155	114	1,2
Total de fichas preenchidas de atendimento avaliadas x 100	69	141	167	120	1,2
	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
	100,0%	97,9%	92,8%	95,0%	95,8%

JUSTIFICATIVA	
As fichas estão sendo preenchidas corretamente pelos médicos no que é exigido, que é a anamnese. Nos meses de novembro e dezembro ficamos com alguns dias de queda de internet e os atendimentos foram realizados manualmente, não conseguindo o médico evoluir em prontuário eletrônico.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar monitorando de perto esse indicador para que possamos manter em 100% o preenchimento correto no sistema. Referente as quedas de internet, todas as vezes que ocorrer as quedas o setor de manutenção da prefeitura é acionado. Os equipamentos da unidade foram vistoriados e não foi necessário a troca interna.	

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
12	Monitorar o nível de satisfação dos usuários com o ATENDIMENTO MÉDICO realizado. (mínimo de 10% pessoas/mês)			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Pesquisa de Satisfação		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	111,3%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	150	145	156	114	141
Total de resultados com conceito "BOM".	34	21	34	35	31
Total de usuários pesquisados x 100	40	23	36	39	35
	117,6%	109,5%	105,9%	111,4%	111,3%
Mínimo de 10%	26,7%	15,9%	23,1%	34,2%	24,4%

JUSTIFICATIVA	
O nível de satisfação relacionado ao atendimento médico está dentro da média, tendo em vista o número de pacientes atendidos.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar monitorando esse indicador para que possamos manter um ótimo nível de satisfação dos pacientes. Estar sempre em contato com os médicos e observando quais os pontos que podem ser melhorados.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
13	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação ao ACOLHIMENTO recebido. (mínimo 10% pessoas/mês)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Pesquisa de Satisfação	Meta:	100%	Valor Máximo:
	Resultado:	106,2%	Pontos obtidos:

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	150	145	156	114	141
Total de resultados com conceito "BOM"	36	23	35	36	33
Total de usuários pesquisados x 100	40	23	36	39	35
	111,1%	100,0%	102,9%	108,3%	106,2%
	26,7%	15,9%	23,1%	34,2%	24,4%

JUSTIFICATIVA	
O nível de satisfação dos pacientes e familiares referente ao acolhimento recebido na unidade está dentro do esperado, tendo em vista a diversidade da população atendida.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar monitorando esse indicador para que possamos sempre manter o índice de satisfação elevado. Estar sempre em contato com a equipe e observando através de assembleias quais as críticas feitas pelos pacientes, para que possamos apresentar em reunião de equipe, para realizarmos ações para sempre melhorar.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
14	Monitorar o nível de satisfação dos usuários em relação à LIMPEZA DO AMBIENTE. (mínimo de 10% pessoas/mês)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Pesquisa de Satisfação	Meta:	100%	Valor Máximo:
	Resultado:	116,0%	Pontos obtidos:

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Atendimentos	150	145	156	114	141
Total de resultados com conceito "BOM"	28	21	33	37	30
Total de usuários pesquisados x 100	40	23	36	39	35
	142,9%	109,5%	109,1%	105,4%	116,0%
Mínimo de 10%	26,7%	15,9%	23,1%	34,2%	24,4%

JUSTIFICATIVA	
Referente ao índice de satisfação dos pacientes quanto a limpeza do ambiente, estamos muito abaixo do esperado, principalmente no mês de setembro, devido a falta de banheiros e muito por falta da limpeza do espaço externo, acabamos recebendo muitas reclamações de insatisfação.	
PLANO DE AÇÃO	
Monitorar de perto esse indicador e sempre que possível estar enviando e cobrando da área de poda e de manutenção da prefeitura para que possamos melhorar e atingir um nível alto de satisfação nesse indicador. Elaborar um cronograma de ações e enviar para o setor responsável copiando a gerência do Convênio para apoio.	

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
15	Monitorar a adesão dos funcionários às capacitações disponibilizadas.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua		
Fonte: NEP		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	82,9%	Pontos obtidos:	0	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de funcionários capacitados		11	5	8	5	7
Total de funcionários existentes		17	5	8	5	9
		0,5	0,0	0,0	0,0	0,2
		64,7%	100,0%	100,0%	100,0%	82,9%
JUSTIFICATIVA						
No mês de setembro foi realizado o evento relacionado ao Setembro Amarelo, prevenção ao suicídio e muitos funcionários estavam envolvidos na organização e participação do evento e acabaram esquecendo de assinar a lista de presença o que ocasionou a queda no indicador. Já em outubro, novembro e dezembro, obtivemos 100% de presença nos eventos oferecidos.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar monitorando esse indicador* para que sempre os funcionários continuem participando das capacitações sempre que convocado e enfatizar a importância de sempre estarem assinando a lista de presença ou justificando a ausência quando for o caso.						

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
16	Monitorar o nível de absenteísmo no serviço.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua		
Fonte: Relatório de Gestão		Meta:	<5%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	2,3%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Nº de horas ausentes		132	43	1	12	47
Nº de horas trabalhadas x 100		2244	2185	1988	1947	2091
		1700%	4946%	152823%	16125%	43899%
< 5%		5,9%	2,0%	0,1%	0,6%	2,3%
JUSTIFICATIVA						
O índice de absenteísmo apresentado aqui, está diferente do índice apresentado em relatório de gestão. Aqui foram apresentados apenas os índices referentes a faltas e atestados médicos, diferente dos relatório onde foram computados as horas compensadas e as licenças das duas funcionárias. Ressalto que não estamos contabilizando a linceça médica da funcionária cedida pela prefeitura e da funcionária que entrou em licença maternidade em outubro e não houve reposição.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar mantendo o baixo índice de absenteísmo, e conversar com a funcionária cedida pela prefeitura para que a mesma não apresente tantos atestados e afastamentos. Caso isso continue persistindo o ideal é que a mesma fique a disposição do DMS ou que não compute seus atestados no índice de absenteísmo.						

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
17	Monitorar a qualidade dos equipamentos em uso na Unidade.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte:	Meta:	100%	Valor Máximo: 20
	Resultado:	100,0%	Pontos obtidos: 20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de equipamentos vistoriados em manutenção preventiva no período	3	2	3	2	3
Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100	3	2	3	2	3
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA	
As manutenções preventivas referentes ao sistema de informação (informática) foi realizada em novembro, conforme cronograma, já a manutenção preventiva por parte da empresa de dedetização ocorre todos os meses, conforme descrito, com isso mantemos 100% da meta alcançada.	
PLANO DE AÇÃO	
Acompanhar de perto esse indicador para que a unidade sempre fique com a manutenção desse itens em dia.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
18	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.	cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua	
Fonte:	Meta:	100%	Valor Máximo: 20
	Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos: 20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Encaminhar mensalmente até o <u>5º dia útil</u> as planilhas referentes às despesas com Recursos Humanos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), acompanhada de lista com nome de todos os funcionários e respectivos cargos ocupados.	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA	
Indicador com pontuação máxima devido a entrega do exigido dentro do prazo estipulado.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar entregando o solicitado sempre dentro do prazo estipulado.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
19	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.	cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua			
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Enviar relatório final MENSAL descrevendo as alterações ocorridas no cadastro do CNES, informadas à Divisão de Avaliação e Controle durante o período.	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA					
Indicador com pontuação máxima devido a entrega do exigido dentro do prazo estipulado.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar entregando o solicitado sempre dentro do prazo estipulado.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
20	Monitorar o cumprimento de obrigações contratual	cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua			
Fonte:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Unidades
Apresentar, MENSALMENTE, até o 5º dia útil, relatório analítico sobre a gestão da Unidade (com sugestões e registros de ocorrências sobre fatos relevantes ao gerenciamento da Unidade).	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	07/10/2019	07/11/2019	06/12/2019	07/01/2020	4
	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir	Cumprir
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA					
Indicador com pontuação máxima devido a entrega do exigido dentro do prazo estipulado.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar entregando o solicitado sempre dentro do prazo estipulado.					



LÍDER RESPONSÁVEL



COORDENADOR RESPONSÁVEL



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
MAPA DE INDICADORES
3º Quadrimestre de 2019



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: CAPS

UNIDADE: Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas

COORDENADOR (A) RESP.: Luiz Eduardo Teixeira Valota

E-MAIL: coord.caps@santacasasaojoao.com.br

DATA: 07 / 02 / 2020

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
1	Acompanhar o percentual de atendimentos finalizados em relação aos atendimentos com status "aberto" no sistema SALUTE.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 139 do SALUTE		Meta:	< 1%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	0,1%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de atendimentos (FA) com status "aberto"	1	1	1	0	0,0
total de atendimentos (FA) com status "finalizados" x 100	1323	1339	1216	1050	12,3
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
JUSTIFICATIVA					
Indicador dentro da meta estipulada, dados retirados do relatório 139 do SALUTE.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar acompanhando mensalmente esse indicador para que possamos continuar sempre pontuando e garantindo 100% de adesão dos profissionais ao sistema.					

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
2	Monitorar a quantidade de consultas médicas em atenção especializada realizadas, em relação ao descrito em FPO.			Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua	
Fonte: Relatório 37 do SALUTE		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	103,1%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Consultas Médicas em atenção especializada	150	145	156	114	1,4
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	137	137	137	137	1,4
	109,5%	105,8%	113,9%	83,2%	103,1%
JUSTIFICATIVA					
Os dados foram obtidos através do relatório 37 do sistema SALUTE. O indicador ficou acima da meta estipulada, devido a demanda da unidade, porém podemos observar que em dezembro tivemos uma baixa no número de consultas médicas, devido a feriados, pontos facultativos e comemorações de final de ano.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar monitorando esse indicador mensalmente para que possamos estar sempre dentro da meta estipulada.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
3	Monitorar a quantidade de Acolhimentos diurnos de pacientes em Centro de Atenção Psicossocial realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	92,9%	Pontos obtidos:	15

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	723	540	597	510	5,9
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	638	638	638	638	6,4
	-0,1	0,2	0,1	0,3	0,1
	113,3%	84,6%	93,6%	79,9%	92,9%

JUSTIFICATIVA					
Houve uma queda no número de pacientes desde o mês de outubro, devido ao público atendido ser inconstante e nesses meses citados tivemos menos dias de atendimento devido a feriados, pontos facultativos e festividades e que alguns pacientes foram inseridos no mercado de trabalho e diminuíram seus PTS (Projeto Terapeutico Individual) com isso não conseguimos atingir a totalidade de pontos nesse indicador, mesmo assim, foram realizadas todas as atividades propostas para os pacientes que aderiram ao tratamento.					
PLANO DE AÇÃO					
Iniciar o ano realizando buscas ativas aos faltosos através de ligações e visitas domiciliares, através do matriciamento tentar envolver as equipes da atenção básica e agentes comunitárias, para que assim possamos voltar a pontuar nesse indicador. Mas pode-se observar também que a média anual desse indicador diminuiu em relação a 2018, com isso uma sugestão é a revisão desse indicador.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
4	Monitorar a quantidade de Atendimento individuais de pacientes em Centro de Atenção Psicossocial realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	118,1%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Atendimento individual de pacientes em Centro de Atenção Psicossocial	390	421	331	247	3,5
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	294	294	294	294	2,9
	-0,2	-0,3	-0,1	0,2	-0,2
	132,7%	143,2%	112,6%	84,0%	118,1%

JUSTIFICATIVA					
Mesmo que no mês de dezembro ocorreu uma baixa no número de atendimento, devido as festividades de final de ano e a baixa adesão dos pacientes, dentro do quadrimestre, conseguimos atingir o solicitado pelo indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar monitorando esse indicador para mantermos a média de atendimentos individuais dentro da meta estipulada. Ressalto que a principal atividade do Caps são os atendimentos em grupo, mesmo assim, iremos continuar realizando os atendimentos sempre que for necessário.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
5	Monitorar a quantidade de Atendimentos familiares em Centro de Atenção Psicossocial realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	181,0%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial	139	119	109	147	129
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	71	71	71	71	71
	-0,5	-0,4	-0,3	-0,5	-0,4
	195,8%	167,6%	153,5%	207,0%	181,0%

JUSTIFICATIVA
Indicador acima da meta estipulada, devido ao aumento na quantidade de atendimentos e principalmente na participação dos familiares, o que é um fator muito positivo para o tratamento do paciente.

PLANO DE AÇÃO
Continuar monitorando e insentivando os familiares a participarem do tratamento de seus parentes e a participarem sempre das reuniões e eventos que envolva as famílias. Devido ao aumento da média anual de atendimento familiar, justifica-se a revisão desse indicador.

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
6	Monitorar a quantidade de Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial realizadas, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			
Fonte: SALUTE E SIA		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	388,0%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial	523	328	387	438	4,2
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	108	108	108	108	1,1
	-0,8	-0,7	-0,7	-0,8	-0,7
	484,3%	303,7%	358,3%	405,6%	388,0%

JUSTIFICATIVA
Indicador muito acima do estipulado, isso se deve ao fato do grande número de atividades realizadas com os pacientes na unidade.

PLANO DE AÇÃO
Continuar monitorando esse indicador para o próximo ano e após as definições realizadas de quais serão as atividades contempladas dentro desse procedimento, para que com isso possamos sempre alcançar a meta estipulada e realizar sempre um trabalho de qualidade junto aos pacientes acompanhados nesse serviço.

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
9	Monitorar a quantidade de Primeira Consulta Odontológica Programática realizados, em relação ao descrito em FPO.	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			

Fonte: SALUTE E SIA	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	150,0%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial	15	19	6	14	0,1
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	9	9	9	9	0,1
	-0,4	-0,5	0,5	-0,4	-0,3
	166,7%	211,1%	66,7%	155,6%	150,0%

JUSTIFICATIVA					
Ocorreu nesse terceiro quadrimestre um aumento no número de novos casos providos de demanda espontânea e de encaminhamentos, principalmente vindo da UPA					

PLANO DE AÇÃO					
Continuar monitorando esse indicador para que realmente os casos novos, tendo de demanda espontânea, quanto encaminhados pela rede, se enquadrem no perfil de pacientes de Caps Ad e que os mesmos iniciem o tratamento. Entendemos esse indicador não como quantitativo, mas sim qualitativo, portanto solicitamos a revisão para o próximo ano.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
10	Monitorar a quantidade de procedimentos realizados, em relação ao total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	Atingiu de 95% a 100% = 20 pontos; de 90% a 94,9% = 15 pontos; de 85% a 89,9% = 10 pontos; menor que 85% = não pontua			

Fonte: SALUTE/PAINEL GESTOR	Meta:	100%	Valor Máximo:	20
	Resultado:	87,0%	Pontos obtidos:	10

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos realizados	3795	2850	2947	2881	31,2
Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	3584	3584	3584	3584	35,8
	-0,1	0,3	0,2	0,2	0,1
	105,9%	79,5%	82,2%	80,4%	87,0%

JUSTIFICATIVA					
Nesse último quadrimestre houve uma queda no número de procedimentos realizados na unidade, devido a uma série de fatores apontados em outros indicadores, impactando diretamente no número de procedimentos realizados, com isso não conseguimos a pontuação máxima nesse indicador.					

PLANO DE AÇÃO					
Realizar os ajustes necessários nos indicadores que não atingiram a meta estipulada, para que assim possamos aumentar o número de procedimentos realizados, para que com isso possamos voltar a pontuar e ficar dentro da média estipulada a partir de janeiro.					



LÍDER RESPONSÁVEL



COORDENADOR RESPONSÁVEL