



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Dr. Raul de Oliveira Andrade

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

DATA: 07 / 01 /2020

INDICADORES CONSOLIDADOS

Metas	Atingíveis	Atingidos	Percentuais de desempenho
Indicadores Quantitativos	200	140	70,0%
Indicadores Qualitativos	200	200	100,0%
Total	400	340	85,0%

RESPONSÁVEL: Simone Rinke Cuchi

COREN SP: 65324

RESPONSÁVEL: Tejaire de Oliveira Gaspar

COREN SP: 359680

COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Dr. Raul de Oliveira Andrade

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

Data: 07/01/2020

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:	98,3%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de Fichas de atendimentos preenchidas	1383	1491	1220	1065	1290
Total de fichas preenchidas de atendimento avaliadas x 100	1402	1519	1236	1091	1312
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	98,6%	98,2%	98,7%	97,6%	98,3%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre					

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 na unidade		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	1275	1411	1141	1029	1214
Total de resultados com conceito "BOM".	140	150	120	110	130
Total de usuários pesquisados x 100	140	150	120	110	130
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	11,0%	10,6%	10,5%	10,7%	10,7%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre					

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 na unidade	Meta:	100%	Valor Máximo:		20
	Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:		20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	1275	1411	1141	1029	1214
Total de resultados com conceito "BOM"	140	150	120	110	130
Total de usuários pesquisados x 100	140	150	120	110	130
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	11,0%	10,6%	10,5%	10,7%	10,7%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre					

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 na unidade		Meta:	100%	Valor Máximo:		20
		Resultado:	100,0%	Pontos obtidos:		20
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Atendimentos		1275	1411	1141	1029	1214
Total de resultados com conceito "BOM"		140	150	120	110	130
Total de usuários pesquisados x 100		140	150	120	110	130
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA						
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre						

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: SEC		Meta:	100%	Valor Máximo:		20
		Resultado:	98,0%	Pontos obtidos:		20
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de funcionários capacitados		11	19	14	5	12
Total de funcionários existentes		12	19	14	5	13
		0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
		91,7%	100,0%	100,0%	100,0%	98,0%
JUSTIFICATIVA						
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestres						

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:DMS- Santa Casa		Meta:	<5%	Valor Máximo:		20
		Resultado:	-1,0	Pontos obtidos:		20
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Nº de horas ausentes		198	51,3	193	186	157
Nº de horas trabalhadas x 100		3330	4092	3183	3288	3473
		594,6%	125,4%	606,3%	565,7%	452,2%
< 5%		-0,9	-1,0	-0,9	-0,9	-1,0
JUSTIFICATIVA						
A unidade não conseguiu pontuação nesse indicador, devido licença médica de longa duração (INSS)						
PLANO DE AÇÃO						
Cobertura de licença médica de longa duração						

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: Cronograma Convênio		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	3	4	5	4
Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100		2	3	4	5	4
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre	

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: Cronograma Convênio	Meta:	100%	Valor Máximo: 20
	Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos: 20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
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	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre	

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: Cronograma Convênio	Meta:	100%	Valor Máximo: 20
	Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos: 20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
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	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre	

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: Cronograma Convênio		Meta:	100%		
		Resultado:	Cumprir		
		Valor Máximo:	20		
		Pontos obtidos:	20		
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
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					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre					

RESPONSÁVEL: Simone Rinke Cuchi
COREN SP: 65324

RESPONSÁVEL: Tejaire de Oliveira Gaspar
COREN SP: 359680

COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Dr. Raul de Oliveira Andrade

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

Data: 07/01/2020

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 06- salute		Meta:	< 2%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	0,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de atendimentos (FA) com status "aberto"	0	0	0	0	0
total de atendimentos (FA) com status "finalizados" x 100	4799	6061	4484	3976	4830
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
< 2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador					
PLANO DE AÇÃO					
As enfermeiras deverão conscientizar a equipe quanto a importância em finalizar os atendimentos realizados, para que esse indicador continue sendo atingido. Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestres					

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
2	Monitorar a quantidade de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS) 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 09- Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	110,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS)	1779	2578	1949	1739	2011
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	1828	1828	1828	1828	1828
	0,0	-0,3	-0,1	0,1	-0,1
	97,3%	141,0%	106,6%	95,1%	110,0%
JUSTIFICATIVA					
Nos meses em que tiveram colaboradores de férias, houve uma diminuição do número de visita domiciliar por profissional de nível médio (ACS), sendo que, não há cobertura de férias.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos meses					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
3	Monitorar a quantidade de Coletas de material para exame citopatológico de colo uterino 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: Painei Gestor- Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	77,8%	Pontos obtidos:	0,0%
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Coleta de material para exame citopatológico de colo uterino	36	46	38	17	34
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	44	44	44	44	44
	0,2	0,0	0,2	1,6	0,3
	81,8%	104,5%	86,4%	38,6%	77,8%
JUSTIFICATIVA					
A unidade não conseguiu pontuação nesse indicador devido taxa de absenteísmo, mesmo realizando os contatos telefônicos antecipadamente as pacientes confirmam a presença, porém não comparecem para a coleta					
PLANO DE AÇÃO					
Realizar contato telefônico pela recepção com as pacientes que confirmaram a presença e não compareceram para a coleta, para reagendamento - Prazo 1º quadrimestre 2020					
Realizar atividades de conscientização pelos acadêmicos de medicina e Agentes Comunitários de Saúde em sala de espera sobre importância da realização do exame. Prazo 1º quadrimestre 2020					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
4	Monitorar a quantidade de Coletas de material para exame laboratorial 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:Painel Gestor- Salute		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 Coleta de material para exame laboratorial	324	338	257	229	2,9
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	243	243	243	243	2,4
	-0,3	-0,3	-0,1	0,1	-0,2
	133,3%	139,1%	105,8%	94,2%	118,1%
JUSTIFICATIVA					
Devido os pontos facultativos no mês de dezembro houve uma diminuição no fluxo de coleta de material para exame laboratorial.Nos demais meses conseguimos pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos meses					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação				
5	Monitorar a quantidade de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes 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:Painel Gestor- Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	103,6%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes		9	7	7	6	7
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)		7	7	7	7	7
		-0,2	0,0	0,0	0,2	0,0
		128,6%	100,0%	100,0%	85,7%	103,6%

JUSTIFICATIVA	
A meta não foi atingida no mês de dezembro, devido estarmos com 25 gestantes cadastradas, as quais não estavam no período determinado para realização do teste. Nos demais meses conseguimos pontuação máxima nesse indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestres	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
6	Monitorar a quantidade de Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico) 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:Painel Gestor- Salute	Meta:	100%	Valor Máximo: 20
	Resultado:	78,1%	Pontos obtidos: 0

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico)	257	282	202	209	238
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	304	304	304	304	304
	0,2	0,1	0,5	0,5	0,3
	84,5%	92,8%	66,4%	68,8%	78,1%

JUSTIFICATIVA	
Devido a não realização da prevenção odontológica nas escolas, houve uma queda na produção de consulta de profissionais de nível superior exceto médico	
PLANO DE AÇÃO	
Realinhar FPO para o próximo ano	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
7	Monitorar a quantidade de Consulta médica em Atenção Básica 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:Painel Gestor- Salute	Meta:	100	Valor Máximo: 20
	Resultado:	125,0%	Pontos obtidos: 20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta médica em Atenção Básica	1275	1411	1141	1029	1214
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	971	971	971	971	971
	-0,2	-0,3	-0,1	-0,1	-0,2
	131,3%	145,3%	117,5%	106,0%	125,0%

JUSTIFICATIVA	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos meses	

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
8	Monitorar a quantidade de Consulta Pré-Natal 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:Painel Gestor- Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	51,4%	Pontos obtidos:	0	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta Pré-Natal realizadas		39	36	35	34	36
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		70	70	70	70	70
		0,8	0,9	1,0	1,1	0,9
		55,7%	51,4%	50,0%	48,6%	51,4%
JUSTIFICATIVA						
A unidade não conseguiu pontuação máxima nesse indicador, devido redução no número de gestantes cadastradas e acompanhadas no quadrimestre						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar o acompanhamento de 100% das gestantes cadastradas e acompanhadas da área de abrangência da unidade						

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:Painel Gestor- Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	134,0%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Primeira Consulta Odontológica Programática		83	77	50	42	63
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		47	47	47	47	47
		-0,4	-0,4	-0,1	0,1	-0,3
		176,6%	163,8%	106,4%	89,4%	134,0%
JUSTIFICATIVA						
Devido os pontos facultativos houve uma diminuição de procedimentos de primeira consulta odontológica programática.Nos demais meses conseguimos pontuação máxima nesse indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestres						

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:Painel Gestor- Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	121,1%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos realizados		7625	9304	7286	6416	7658
Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		6325	6325	6325	6325	6325
		-0,2	-0,3	-0,1	0,0	-0,2
		120,6%	147,1%	115,2%	101,4%	121,1%

JUSTIFICATIVA
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador
PLANO DE AÇÃO
Continuar pontuando esse indicador nos próximos meses



RESPONSÁVEL: Simone Rinke Cuchi
COREN SP: 65324



RESPONSÁVEL: Tejaire de Oliveira Gaspar
COREN SP: 359680



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Dr. Geraldo Pradela

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

Data :07/01/2020

INDICADORES CONSOLIDADOS

Metas	Atingíveis	Atingidos	Percentuais de desempenho
Indicadores Quantitativos	200	160	80,0%
Indicadores Qualitativos	200	145	72,5%
Total	400	305	76,3%

RESPONSÁVEL: Heloisa Peliche Sabia

COREN/OUTROS: 503.151

RESPONSÁVEL: Ana Carolina Pavani

COREN/OUTROS: 574184

COORDENADOR RESPONSÁVEL

Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Dr. Geraldo Pradela

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

DATA: 07 / 01 /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 Sistema Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	96,2%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de Fichas de atendimentos preenchidas	1087	1201	1063	958	10,8
Total de fichas preenchidas de atendimento avaliadas x 100	1135	1250	1104	989	11,2
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	95,8%	96,1%	96,3%	96,9%	96,2%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.					

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:	83,3%	Pontos obtidos:	0
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	1164	1234	1119	989	1126,5
Total de resultados com conceito "BOM".	128	146	121	200	148,8
Total de usuários pesquisados x 100	161	192	157	204	178,5
	79,5%	76,0%	77,1%	98,0%	83,3%
	13,8%	15,6%	14,0%	20,6%	15,8%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.					

INDICADORES QUANTITATIVOS		
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:	20	
		Resultado:	88,1%	Pontos obtidos:	10	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos		1164	1234	1119	989	1127
Total de resultados com conceito "BOM"		130	155	140	204	157
Total de usuários pesquisados x 100		161	192	157	204	179
		80,7%	80,7%	89,2%	100,0%	88,1%
		13,8%	15,6%	14,0%	20,6%	15,8%
JUSTIFICATIVA						
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.						

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:	20	
		Resultado:	95,5%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Atendimentos		1164	1234	1119	989	1127
Total de resultados com conceito "BOM"		157	180	145	200	1,7
Total de usuários pesquisados x 100		161	192	157	204	1,8
		0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
		97,5%	93,8%	92,4%	98,0%	95,5%
JUSTIFICATIVA						
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.						

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:	82,8%	Pontos obtidos:	0		
PRODUÇÃO							
Fórmula			set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de funcionários capacitados			11	19	13	5	0,1
Total de funcionários existentes			14	23	15	6	0,1

0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
78,6%	82,6%	86,7%	83,3%	82,8%

JUSTIFICATIVA

Não obtemos pontuação nesse indicador devido à alguns profissionais não assinarem a lista de presença. E também diminuições do número de capacitações aos colaboradores.

PLANO DE AÇÃO

Advertir os profissionais que não assinaram a lista de presença e solicitar ao setor de educação permanente número maior de capacitações.

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%
		Resultado:	25,0
		Valor Máximo:	20
		Pontos obtidos:	15

PRODUÇÃO

Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Nº de horas ausentes	158	314	73	39	1,5
Nº de horas trabalhadas x 100	3770	3742	3455	3612	36,4
	23,9	11,9	47,3	92,6	25,0
	-1,0	-0,9	-1,0	-1,0	-1,0

JUSTIFICATIVA

A colaboradora Renata, agente comunitária de saúde, afastamento médico 20/09/2019 à 19/02/2020

PLANO DE AÇÃO

Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.

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%
		Resultado:	100,0%
		Valor Máximo:	20
		Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO

Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de equipamentos vistoriados em manutenção preventiva no período	9	9	9	9	9,0
Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100	9	9	9	9	9,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

JUSTIFICATIVA

A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.

PLANO DE AÇÃO

Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.

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: Cronograma convênio		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						
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.						

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: Cronograma convênio	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					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.					

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: Cronograma convênio	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					

A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.

PLANO DE AÇÃO

Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.



RESPONSÁVEL: Heloisa Peliche Sabia
COREN/OUTROS: 503.151



RESPONSÁVEL: Ana Carolina Pavani



COORDENADOR RESPONSÁVEL



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Dr. Geraldo Pradela

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

DATA: 07/01/2020 / /

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 6 sistema Salute		Meta:	< 2%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	0,0%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de atendimentos (FA) com status "aberto"	0	0	0	0	0
total de atendimentos (FA) com status "finalizados" x 100	4533	4445	3872	4048	4225
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.					

Indicador	Objetivo		Critérios de pontuação			
2	Monitorar a quantidade de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS) 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 6 Sistema Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	65,8%	Pontos obtidos:	0	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS)		1699	1562	1317	1923	1625
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		2469	2469	2469	2469	2469
		0,5	0,6	0,9	0,3	0,5
		68,8%	63,3%	53,3%	77,9%	65,8%
JUSTIFICATIVA						
ACS Helenice em período de férias 16/09/2019 à 15/10/2019 . ACS Renata afastamento médico 20/09/2019 a 19/02/2019. As agentes comunitárias Carmen, Suely, Angela e Vania saíram de férias intercaladamente neste período.						
PLANO DE AÇÃO						
O plano de ação da Unidade constitui na redivisão da área de abrangência, afim de que os usuários das áreas descobertas tenham uma assistência de melhor qualidade, através do vínculo criado com as agentes de saúde.						

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
3	Monitorar a quantidade de Coletas de material para exame citopatológico de colo uterino 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: Painei Gestor Sistema Salute	Meta:	100%	Valor Máximo:		20
	Resultado:	94,4%	Pontos obtidos:		15
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Coleta de material para exame citopatológico de colo uterino	39	26	26	26	29
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	31	31	31	31	31
	-0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
	125,8%	83,9%	83,9%	83,9%	94,4%
JUSTIFICATIVA					
No mês de outubro houveram convocações e remanejamento da agenda. No mês de novembro houve feriados, e notamos aumento do absenteísmo na agenda de coleta do papanicolau. Durante o mês de dezembro, a taxa de absenteísmo aumentou ainda mais, o que interferiu diretamente neste indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
O plano de ação da Unidade para este indicador é a orientação por parte de nossa equipe de enfermagem e também das agentes comunitárias às mulheres que se encadram no protocolo do Ministério da Saúde, durante as consultas de rotina, acolhimentos, e visitas domiciliárias.					

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação			
4	Monitorar a quantidade de Coletas de material para exame laboratorial 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: Painei Gestor Sistema Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20		
		Resultado:	114,3%	Pontos obtidos:	20		
PRODUÇÃO							
Fórmula			set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Coleta de material para exame laboratorial			278	267	249	189	2,5
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)			215	215	215	215	2,2
			-0,2	-0,2	-0,1	0,1	-0,1
			129,3%	124,2%	115,8%	87,9%	114,3%
JUSTIFICATIVA							
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.							
PLANO DE AÇÃO							
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.							

Indicador	Objetivo		Critérios de pontuação			
5	Monitorar a quantidade de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes 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: Painei Gestor Sistema Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	121,4%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes		14	12	5	3	9
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)		7	7	7	7	7
		-0,5	-0,4	0,4	1,3	-0,2
		200,0%	171,4%	71,4%	42,9%	121,4%

JUSTIFICATIVA	
No mês de novembro e dezembro, houve baixa procura por parte da população geral para realização dos testes rápidos, assim como diminuição do número de gestantes.	
PLANO DE AÇÃO	
As gestantes de segundo e terceiro trimestre serão convocadas para a realização dos testes rápidos.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
6	Monitorar a quantidade de Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico) 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: Painei Gestor Sistema Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	88,9%	Pontos obtidos:	10
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico)	288	290	233	192	251
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	282	282	282	282	282
	0,0	0,0	0,2	0,5	0,1
	102,1%	102,8%	82,6%	68,1%	88,9%

JUSTIFICATIVA	
Nos meses de novembro e dezembro, devido aos feriados e pontos facultativos, o número de horas trabalhadas diminuiu e consequentemente afetou o indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Atentar-se ao faturamento correto de todas as consultas realizadas por profissionais de nível superior exceto médico no sistema SALUTE.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
7	Monitorar a quantidade de Consulta médica em Atenção Básica 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: Painei Gestor Sistema Salute		Meta:	100	Valor Máximo:	20
		Resultado:	110,2%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta médica em Atenção Básica	1049	1137	1014	936	1034
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	938	938	938	938	938
	-0,1	-0,2	-0,1	0,0	-0,1
	111,8%	121,2%	108,1%	99,8%	110,2%

JUSTIFICATIVA	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
8	Monitorar a quantidade de Consulta Pré-Natal 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: Painei Gestor Sistema Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	113,7%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta Pré-Natal realizadas	46	60	51	34	48
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	42	42	42	42	42
	-0,1	-0,3	-0,2	0,2	-0,1
	109,5%	142,9%	121,4%	81,0%	113,7%

JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima neste indicador durante os meses de setembro, outubro e novembro, contudo, no mês de dezembro o número de gestantes diminuiu devido ao grande número de partos, e coincidentemente não tivemos muitas aberturas de pré natal.					
PLANO DE AÇÃO					
O número de gestantes não pode ser regido pela Unidade de Saúde, mas, a equipe precisa atentar-se ao comparecimento de todas as gestantes em acompanhamento às consultas de pré- natal, afim de pontuar o indicador e garantir a assistência de saúde à mãe e a criança em desenvolvimento.					

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: Painei Gestor Sistema Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	120,5%	Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Primeira Consulta Odontológica Programática	98	113	78	82	93
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	77	77	77	77	77
	-0,2	-0,3	0,0	-0,1	-0,2
	127,3%	146,8%	101,3%	106,5%	120,5%

JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.					

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: Painei Gestor Sistema Salute		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	90,9%	Pontos obtidos:	15

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos realizados	7171	6984	6044	5840	65,1
Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	7158	7158	7158	7158	71,6
	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1
	100,2%	97,6%	84,4%	81,6%	90,9%

JUSTIFICATIVA
Nos meses de novembro e dezembro, devido aos feriados e pontos facultativos, o número de horas trabalhadas esteve diminuído e consequentemente afetou este indicador.
PLANO DE AÇÃO
A Unidade de Saúde não administra os dias trabalhados, no entanto é preciso garantir que haja o faturamento correto de todos os procedimentos realizados por parte da equipe nos dias trabalhados.



RESPONSÁVEL: Heloisa Peliche Sabia
COREN/OUTROS: 503.151



RESPONSÁVEL: Ana Carolina Pavan
COREN/OUTROS: 574184



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Benedito C. R. Westin

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

07/01/2020

INDICADORES CONSOLIDADOS

Metas	Atingíveis	Atingidos	Percentuais de desempenho
Indicadores Quantitativos	200	180	90,0%
Indicadores Qualitativos	200	175	87,5%
Total	400	355	88,8%

RESPONSÁVEL: Ana Claudia Coelho de Almeida Asturiano
COREN/OUTROS: 150382

Responsável: Elizabeth da Silva Contini
COREN/OUTROS: 535512

RESPONSÁVEL: Juliana Aguiar Moraes
COREN/OUTROS: 183791

COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Benedito C. R. Westin

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

07/01/2020

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:	93,4%	Pontos obtidos:	15	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de Fichas de atendimentos preenchidas		2414	2515	2174	1588	2173
Total de fichas preenchidas de atendimento avaliadas x 100		2538	2608	2254	1908	2327
		0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
		95,1%	96,4%	96,5%	83,2%	93,4%
JUSTIFICATIVA						
Indicador atendido, entretanto, ainda há necessidade de melhorarmos. Observa-se que a presença de alunos da UNIFAE interferem neste indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Indicador atendido, entretanto, ainda há necessidade de melhorarmos. Observa-se que a presença de alunos da UNIFAE interferem neste indicador.						

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:	95,3%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos		1717	1958	1716	1428	1705
Total de resultados com conceito "BOM".		176	174	189	146	171
Total de usuários pesquisados x 100		177	194	197	151	180
		99,4%	89,7%	95,9%	96,7%	95,3%
		10,3%	9,9%	11,5%	10,6%	10,5%
JUSTIFICATIVA						
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre, exercendo assistência médica de qualidade.						

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:	97,1%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Média
Atendimentos	1717	1958	1716	1428	1705
Total de resultados com conceito "BOM"	176	193	185	145	175
Total de usuários pesquisados x 100	177	195	197	151	180
	99,4%	99,0%	93,9%	96,0%	97,1%
	10,3%	10,0%	11,5%	10,6%	10,6%
JUSTIFICATIVA					
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre, acolhendo de forma humanizada nossos pacientes.					

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:	97,8%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Atendimentos		1717	1958	1716	1428	1705
Total de resultados com conceito "BOM"		176	191	190	147	176
Total de usuários pesquisados x 100		177	195	197	151	180
		99,4%	97,9%	96,4%	97,4%	97,8%
Mínimo 10%		10,3%	10,0%	11,5%	10,6%	10,6%
JUSTIFICATIVA						
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre, mantendo a limpeza adequada 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: SEC DMS		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	71,4%	Pontos obtidos:	0
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de funcionários capacitados	14	12	17	7	13
Total de funcionários existentes	16	29	18	7	18
	0,1	1,4	0,1	0,0	0,4
	87,5%	41,4%	94,4%	100,0%	71,4%
JUSTIFICATIVA					
Ressaltamos que em outubro tivemos um problema com acesso ao e-mail, de forma que não fizemos a inscrição para o evento. Além disso, em novembro, o colaborador não pôde comparecer ao treinamento sobre violência e que o Fábio foi avisado via e-mail com antecedência, entretanto, o mesmo está com falta no evento. Diante do exposto, estes fatores impactaram em nosso indicador.					
PLANO DE AÇÃO					
Maneja atenção aos prazos de inscrição para os eventos, limitar acesso de colaboradores aos e-mails.					

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: DP DMS e Santa Casa		Meta:	<5%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	-0,9	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Nº de horas ausentes	128	390	340	320	295
Nº de horas trabalhadas x 100	5208	5456	4816	5136	5154
	40,7	14,0	14,2	16,1	17,5
< 5%	-1,0	-0,9	-0,9	-0,9	-0,9
JUSTIFICATIVA					
Colaboradora Dinea Negreiros, com atestado médico de 120 dias e Natália Duarte em Licença Maternidade.					
PLANO DE AÇÃO					
Manter o quadro de colaboradores completo, para que não haja sobrecarga dos profissionais, uma vez que resulta no aumento do número de atestados.					

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: Cronograma Convênio		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		4	4	5	6	5
Total de equipamentos programados para manutenção preventiva no período x 100		4	4	5	6	5
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
JUSTIFICATIVA						
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Manter em dia o cronograma 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: Cronograma Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
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						
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.						

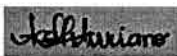
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
19	Monitorar o cumprimento de obrigação contratual.			cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua		
Fonte: Cronograma Convênio		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	Cumprir	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
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
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.
PLANO DE AÇÃO
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.

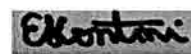
Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação	
20	Monitorar o cumprimento de obrigações contratual	cumprir 100% = 20 pontos cumprir > 50% e <100% = 10 pontos menor que 50% = não pontua	
Fonte: Cronograma Convênio		Meta:	100%
		Resultado:	Cumprir
		Valor Máximo:	20
		Pontos obtidos:	20

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
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
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador.
PLANO DE AÇÃO
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestre.



RESPONSÁVEL: Ana Claudia Coelho de Almeida Asturiano
COREN/OUTROS: 150382



Responsável: Elizabeth da Silva Contini
COREN/OUTROS: 535512



RESPONSÁVEL: Juliana Aguiar Moraes
COREN/OUTROS: 183791



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva



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



CONVÊNIO: 005/2018

SERVIÇOS: Atenção Básica

UNIDADE: USF Benedito C. R. Westin

COORDENADOR (A) RESP.: Maria Carolina R. R. da Silva

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

07/01/2020

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 6 SALUTE		Meta:	< 2%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	0,0%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de atendimentos (FA) com status "aberto"		0	0	0	0	0
total de atendimentos (FA) com status "finalizados" x 100		6175	5863	5613	4160	5453
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
< 2%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
JUSTIFICATIVA						
Indicador atendido, devido ao fato do alinhamento junto aos colaboradores e alunos da UNIFAE para que os fechamentos abertos sejam finalizados ao término do dia.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando este indicador nos próximos quadrimestres. Avaliação semanal das Enfermeiras para verificar possíveis atendimentos abertos.						

INDICADORES QUANTITATIVOS					
Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação	
2	Monitorar a quantidade de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS) 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 6 SALUTE		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	17902,8%	Pontos obtidos:	20
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Visita domiciliar por profissionais de nível médio (ACS)	1955	1641	1759	1090	1611
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	9	9	9	9	9
	217,2	182,3	195,4	121,1	179,0
	21722,2%	18233,3%	19544,4%	12111,1%	17902,8%
JUSTIFICATIVA					
Indicador atendido. Agentes Comunitários de Saúde mantendo a média de visitas mensais.					
PLANO DE AÇÃO					
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestres .Realizar reuniões semanais com os ACS para acompanhamento das visitas domiciliares, bem como discussão de casos.					

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
3	Monitorar a quantidade de Coletas de material para exame citopatológico de colo uterino 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:	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	85,3%	Pontos obtidos:	10	

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Coleta de material para exame citopatológico de colo uterino	57	45	42	30	44
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	51	51	51	51	51
	-0,1	0,1	0,2	0,7	0,2
	111,8%	88,2%	82,4%	58,8%	85,3%

JUSTIFICATIVA	
Aumento do absenteísmo nos exames agendados. Destacamos que no mês de Dezembro tivemos 95,1% de absenteísmo. Houve cancelamentos das agendas devido aos feriados e mesmo realizando coletas extras (acolhimento), não foi possível atingir o indicador.	
PLANO DE AÇÃO	
Estamos acolhendo pacientes que vem para encaixe e agora que temos equipe completa de auxiliares administrativos, realizaremos a implantação de um fluxo de ligações para lembrar as pacientes sobre o agendamento do exame.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
4	Monitorar a quantidade de Coletas de material para exame laboratorial 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:	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	111,7%	Pontos obtidos:	20	

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Coleta de material para exame laboratorial	464	475	380	330	412
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	369	369	369	369	369
	-0,2	-0,2	0,0	0,1	-0,1
	125,7%	128,7%	103,0%	89,4%	111,7%

JUSTIFICATIVA	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador. Ressaltamos que devido aos feriados de Dezembro, houve uma redução na quantidade de coletas de exames laboratoriais.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestres, mantendo a quantidade de atendimentos.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
5	Monitorar a quantidade de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes 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:	Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
	Resultado:	97,7%	Pontos obtidos:	20	

PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	%
Total de procedimentos de Testes rápidos para detecção de HIV em gestantes	11	15	11	6	0,1
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO)	11	11	11	11	0,1
	0,0	-0,3	0,0	0,8	0,0
	100,0%	136,4%	100,0%	54,5%	97,7%

JUSTIFICATIVA	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador. Entretanto, no mês de Dezembro, devido aos feriados, houve uma redução na realização do exame.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestres. Mantendo o exame na abertura do Pré Natal e após a 24ª semana, conforme protocolo da Rede Cegonha.	

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação		
6	Monitorar a quantidade de Consultas de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico) 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:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	221,4%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Básica (exceto médico)		669	738	711	486	651
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		294	294	294	294	294
		-0,6	-0,6	-0,6	-0,4	-0,5
		227,6%	251,0%	241,8%	165,3%	221,4%

JUSTIFICATIVA	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador, devido ao aumento na demanda.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestres, mantendo o número de atendimentos.	

Indicador	Objetivo			Critérios de pontuação			
7	Monitorar a quantidade de Consulta médica em Atenção Básica 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:		Meta:	100	Valor Máximo:		20	
		Resultado:	120,5%	Pontos obtidos:		20	
PRODUÇÃO							
Fórmula			set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Consulta médica em Atenção Básica			1717	1771	1493	1276	1564
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100			1298	1298	1298	1298	1298
			-0,2	-0,3	-0,1	0,0	-0,2
			132,3%	136,4%	115,0%	98,3%	120,5%

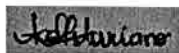
JUSTIFICATIVA	
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador, devido ao aumento na demanda.	
PLANO DE AÇÃO	
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestres, mantendo o número de atendimentos.	

Indicador	Objetivo	Critérios de pontuação			
8	Monitorar a quantidade de Consulta Pré-Natal 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:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20
		Resultado:	89,6%	Pontos obtidos:	10
PRODUÇÃO					
Fórmula	set/19	out/19	nov/19	dez/19	qtde.
Total de procedimentos de Consulta Pré-Natal realizadas	73	91	87	75	326
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100	91	91	91	91	364
	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1
	80,2%	100,0%	95,6%	82,4%	89,6%
JUSTIFICATIVA					
Encerramos o ano de 2018, com um total de 105 gestantes. Sendo assim, a meta (FPO) foi embasada no número referente ao ano anterior. Entretanto, neste ano houve uma redução do número de gestantes, dificultando assim o atingimento das metas.					
PLANO DE AÇÃO					
Sugerimos que este indicador seja calculado de acordo com o total do número de gestantes existente na unidade. Para que o mesmo se torne um indicador de qualidade, uma vez que poderá mensurar se todas as gestantes estão sendo atendidas mensalmente, conforme protocolo da Rede Cegonha.					

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:		Meta:	100%	Valor Máximo:	20	
		Resultado:	192,9%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos de Primeira Consulta Odontológica Programática		78	89	60	43	68
Total do mesmo procedimento, determinado pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		35	35	35	35	35
		-0,6	-0,6	-0,4	-0,2	-0,5
		222,9%	254,3%	171,4%	122,9%	192,9%
JUSTIFICATIVA						
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador, devido ao aumento da demanda.						
PLANO DE AÇÃO						
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestres, mantendo a quantidade de atendimentos.						

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:	165,9%	Pontos obtidos:	20	
PRODUÇÃO						
Fórmula		set/19	out/19	nov/19	dez/19	média
Total de procedimentos realizados		10648	10728	9683	7510	9642
Total de procedimentos determinados pela Ficha de Programação Orçamentária (FPO) x 100		5811	5811	5811	5811	5811
		-0,5	-0,5	-0,4	-0,2	-0,4
		183,2%	184,6%	166,6%	129,2%	165,9%

JUSTIFICATIVA
A unidade conseguiu pontuação máxima nesse indicador, devido ao aumento da demanda.
PLANO DE AÇÃO
Continuar pontuando esse indicador nos próximos quadrimestres, mantendo a quantidade de atendimentos.



RESPONSÁVEL: Ana Claudia Coelho de Almeida Astur
COREN/OUTROS: 150382



Responsável: Elizabeth da Silva Contini
COREN/OUTROS: 535512



RESPONSÁVEL: Juliana Aguiar Moraes
COREN/OUTROS: 183791



COORDENADOR RESPONSÁVEL
Maria Carolina Rehder Regini da Silva