TEIAS 3.2

COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.2

RELATÓRIO DE GESTÃO

Contrato de Gestão Nº 007/2021

Setembro de 2023

Referência Agosto de 2023

EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Gerente de Projeto

Liz Lutterbach

Gerente de Qualidade

Mônica do Carmo

Analista de Qualidade

Clara Gouveia

Assistentes de Qualidade

Jéssica Ximenes e Victor Zäni

Supervisão de Território

Marianna Costa e Rodrigo Rodriguez

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 5

1. PARTE 1 8

1.1 Resultado dos Indicadores da Variável 01: Incentivo à Gestão do Teias 12

1.1.1 Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades 12

1.1.2 Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) 13

1.1.3 Estrutura para impressão de documentos assistenciais.....14

1.1.4 Abastecimento regular das unidades.....15

1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados 16

1.1.6 Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO).....17

1.1.7 Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3) 18

1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos.....19

1.1.9 Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS/RJ 20

1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados.....20

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose 21

1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação 23

1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas 25

1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF) 27

1.1.15 Proporção de cadastrados definitivamente com nº único para pessoas com menos de 16 anos (DNV).....28

1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes.....29

1.1.17 Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas. 29

1.1.18 Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção e assistência. 30

1.1.19 Desempenho Assistencial.....31

2. PARTE 2 33

2.1 Resultado dos Indicadores da Variável 02: incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária.....33

2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família. 34

2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos. 35

2.1.3 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos. 35

2.1.4 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos. 36

2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados. 37

2.1.6 Indicador A6 – Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico. 37

2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.....38

2.1.8 Indicador D1 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos. 39

2.1.9 Indicador D2 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses. 40

2.1.10 Indicador D3 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses. 41

2.1.11 Indicador D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.....42

2.1.12 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.....43

2.1.13 Indicador D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.....44

2.1.14 Indicador D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida. 45
2.1.15 Indicador D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. 47
2.1.16 Indicador S1 – Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos. 47
2.1.17 Indicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário. 48
2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.....49
2.1.19 Indicador E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos. 50
2.1.20 Indicador E4 - Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG. 50
3. PARTE 3 51
3.1 Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB). 51
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 58
5. ANEXO 1 – DECLARAÇÕES COMPROBATÓRIAS DA V1.....62

INTRODUÇÃO

O Instituto de Desenvolvimento Institucional e Ação Social (IDEIAS) é uma instituição privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OSS) no município do Rio de Janeiro, onde atua em parceria com a administração pública, visando contribuir para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto em sua lei orgânica - Lei nº 8.080/90.

Em 01 de setembro de 2021 foi celebrado o Contrato de Gestão nº 07/2021 entre o IDEIAS e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), tendo como objeto a Gestão, Operacionalização, Execução das Ações e Serviços de Saúde no Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) no âmbito da Área de Planejamento (AP) 3.2, estando amparado na esfera da administração pública pela Lei Federal nº 9.637/98 e pela legislação municipal. Abaixo, as unidades da rede de atenção básica e de apoio da Coordenadoria de Atenção Primária (CAP) da AP 3.2 contempladas neste contrato.

Clínicas da Família (CF)	Número de Equipes de Saúde da Família	Número de Equipes de Saúde Bucal
CF Amélia dos Santos Ferreira	8	3
CF Anna Nery	5	2
CF Anthidio Dias da Silveira	8	2
CF Bárbara Starfield	5	2
CF Bibi Vogel	7	3
CF Carioca	3	1
CF Edney Canazaro de Oliveira	6	2
CF Emygdio Alves Costa Filho	5	2
CF Erivaldo Fernandes Nobrega	5	2
CF Herbert José de Souza	5	2
CF Izabel dos Santos	5	2
CF Luiz Célio Pereira	5	2
CF Olga Pereira Pacheco	6	2
CF Sérgio Nicolau Amin	5	2

Centros Municipais de Saúde (CMS)	Número de Equipes de Saúde da Família	Número de Equipes de Saúde Bucal
CMS Antenor Nascentes	1	0
CMS Ariadne Lopes de Menezes	4	2
CMS Aquidabã	2	0
CMS Carlos Gentille de Mello	4	2
CMS Cesar Pernetta	3	1
CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite	3	1
CMS Milton Fontes Magarão	4	1
CMS Renato Rocco	4	2
CMS Rodolpho Rocco	6	3
CMS Tia Alice	2	1

Unidade	Quantidade
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Psicossocial Torquato Neto	1
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	12 Equipes
Consultório na Rua (CNAR)	1 Equipe

Este relatório visa à apresentação das principais ações na execução do referido contrato, contendo os resultados de cada indicador referente às metas pactuadas, compreendendo as realizações institucionais contratualizadas para o período de agosto de 2023.

Cabe sinalizar que em 31/01/2022 houve a celebração do 1° termo aditivo ao contrato de gestão supracitado (termo Aditivo N° 002/2022), visando, dentre outras questões, à adequação dos indicadores e metas do contrato por meio da substituição do Anexo Técnico E – "Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os serviços de saúde – Área de Planejamento 3.2". Apesar da publicação ter acontecido ao final de janeiro de 2022, os indicadores novos começaram a valer a partir da competência Abril de 2022.

Em janeiro de 2023 houve a implantação de duas equipes de Saúde da Família (eSF) no CMS Milton Fontes Magarão, que em maio de 2023 passaram a compor o CMS Aquidabã, totalizando 24 Unidades de Atenção Primária (UAP) e 112 eSF atualmente na AP 3.2.

Este relatório contempla os indicadores de acordo com o Termo Aditivo supracitado, e está organizado em 3 partes, a saber:

Resultados dos indicadores da Variável 1 - incentivo institucional à gestão do TEIAS;

Resultados dos indicadores da Variável 2 - incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária;

Resultados dos indicadores da Variável 3 - incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB).

RESULTADO DOS INDICADORES POR VARIÁVEL

A Parte Variável 01 tem como objetivo monitorar a performance das atividades administrativas da Organização Social, induzir boas práticas na gestão e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS/RJ.

A Parte Variável 02 visa ao incentivo institucional à unidade de saúde. O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral a ser aplicado na própria unidade de saúde.

A Parte Variável 03 visa ao incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal e consiste em um recurso pago trimestralmemte tendo como valor de referência o salário base de cada profissional.

Um ponto importante a ser levado em consideração nas comparações dos resultados de junho, julho e agosto é que entre o mês de junho e julho observou-se uma nova carga de cadastros realizada pelo sistema de prontuário eletrônico (ainda sendo estudada), aumentando a quantidade de cadastros da AP como um todo e em alguns denominadores dos indicadores. Consequentemente, alguns resultados sofreram queda significativa entre junho e julho.

1. PARTE 1

A variável 01 é composta por 19 indicadores e seus resultados são avaliados de forma trimestral, com exceção do indicador "Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pela eSF e eSB", que possui periodicidade de avaliação mensal.

Importante mencionar que alguns resultados da mesma competência podem sofrer modificações entre um relatório e outro, uma vez que tanto as unidades de saúde quanto a equipe de gestão do IDEIAS (Gerência de Qualidade e Supervisão de Território) e coordenação de área abrem chamados frequentemente ao sistema de prontuário eletrônico solicitando correção de inconsistências porventura identificadas nos indicadores. Isto pode implicar em reprocessamentos de cálculos ao longo dos meses e alterar resultados.

A seguir, apresentamos quadro síntese contendo os resultados da Parte Variável 01 para o período em análise, especificando numerador e denominador.

Análise Assistencial Variável 1 - Competência: Agosto de 2023.						
Indicador		Meta	N/D		Resultado	Alcançado (Sim/Não)
01	Manutenção de comissões de prontuário	95%	Numerador	24	100,00%	Sim
			Denominador	24		
02	Acompanhamento do Cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES)	95%	Numerador	1223	98,00%	Sim
			Denominador	1248		
03	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	95%	Numerador	361	99,18%	Sim
			Denominador	364		
04		95%	Numerador	24	100,00%	Sim

	Abastecimento regular das unidades		Denominador	24		
05	**Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados**	95%	Numerador	22	100,00%	Sim*
			Denominador	22		
06	**Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)**	100%	Numerador	24	100,00%	Sim
			Denominador	24		
07	**Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes**	100%	Numerador	1248	100,00%	Sim
			Denominador	1248		
08	**Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos**	≤ 1	Numerador	-	-	Sim
			Denominador	-		
09	**Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS**	95%	Numerador	-	-	Sim
			Denominador	-		
10	**Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados**	95%	Numerador	618	99,84%	Sim
			Denominador	619		
11	**Proporção de cura de Tuberculose**	90%	Numerador	38	88,37%	Não**
			Denominador	43		
12		90%	Numerador	6	9,52%	Não***

	Acompanhamento de Sífilis na Gestação		Denominador	63		
13	**Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas**	80%	Numerador	139	68,14%	Não
			Denominador	204		
14	**Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF)**	90%	Numerador	338379	98,38%	Sim
			Denominador	343942		
15	**Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com menos de 16 anos (DNV)**	90%	Numerador	61230	97,11%	Sim
			Denominador	63050		
16	**Rotatividade de profissionais nas equipes**	≤ 5%	Numerador	17,5	1,43%	Sim
			Denominador	1226		
17	**Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas**	30%	Numerador	47	57,32%	Sim
			Denominador	82		
18	**Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção,**	90%	Numerador	128	100,00%	Sim
			Denominador	128		

	prevenção e assistência acompanhadas pela eSF e eSB					
19	**Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família**	100%	Numerador	3232	31,15%	Não
			Denominador	10375		

Fonte: PEP/VitaCare.

* As unidades CMS Antenor Nascentes e CMS Aquidabã são excluídas do cálculo uma vez que não dispensam medicamentos controlados. A assistência farmacêutica aos seus usuários é garantida através da dispensação pelas unidades CMS Carlos Gentille de Mello e CMS Milton Fontes Magarão, respectivamente;

** Indicador com inconsistências. Após ajustes passará a atingir a meta. Maiores detalhes no tópico 1.1.11;

*** Indicador com inconsistências. Maiores detalhes no tópico 1.1.12.

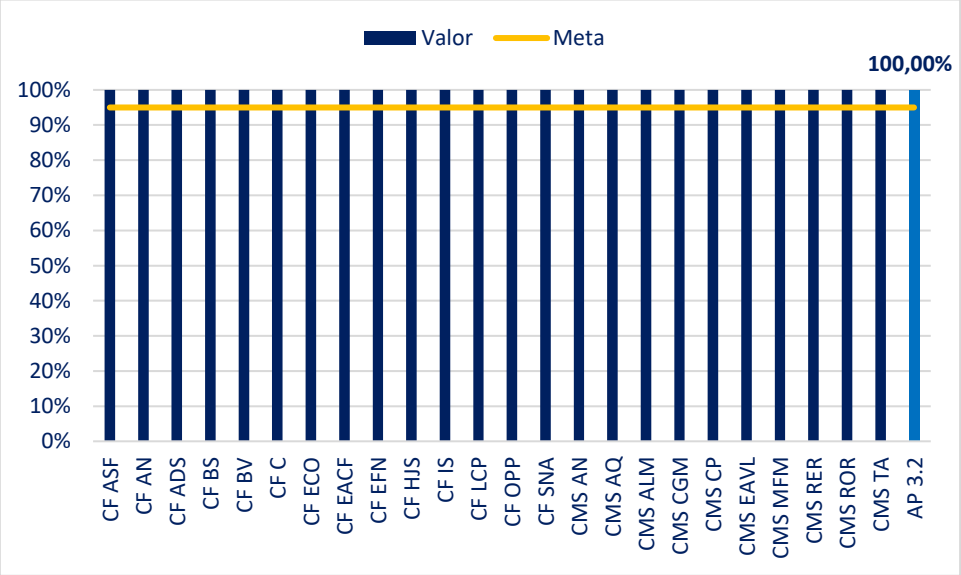
1.1 Resultado dos Indicadores da Variável 01: Incentivo à Gestão do Teias

Neste tópico apresentamos os resultados da parte variável 1 junto a gráficos que possibilitam a visualização do desempenho das unidades de atenção primária da AP 3.2.

1.1.1 Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	JUN	JUL
Proporção de UAP com Comissões de prontuários mantidas.	95%	**100,00%**	100,00%	100,00%	100,00%

Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comissões em atividade mensal / Nº de unidades com equipes de saúde da família x 100.



Fonte: PEP VITACARE

Periodicidade da avaliação: Trimestral

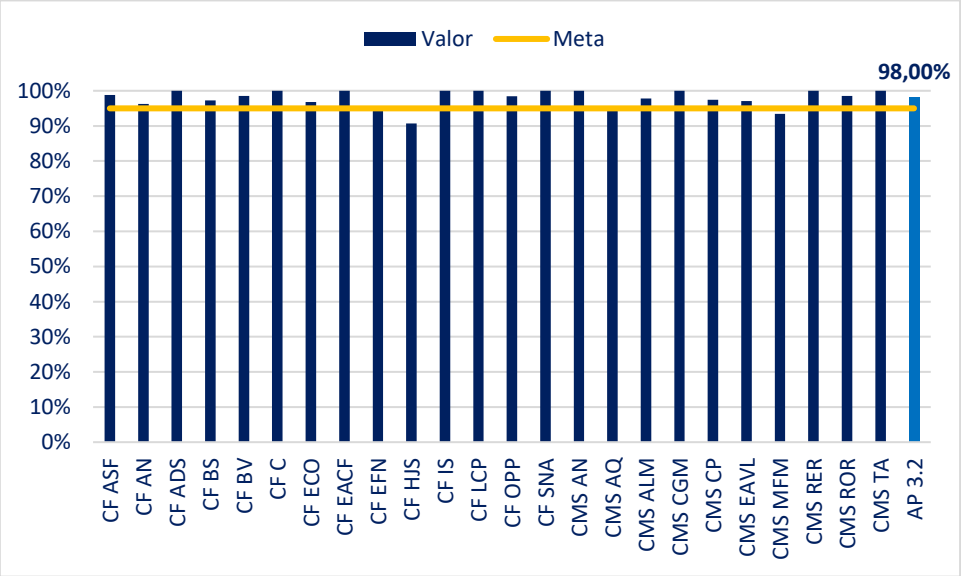
Nota: meta alcançada no período em análise.

Para o efetivo acompanhamento das comissões de prontuários implementadas nas UAP, a Gerência de Qualidade IDEIAS implementou roteiros estruturados para avaliações por linhas de cuidado, o que favorece a análise qualitativa dos prontuários e orientação à melhoria de processos de trabalho e, consequentemente, da prestação de cuidados de saúde.

1.1.2 Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	JUN	JUL
Proporção de profissionais de saúde cadastradas no SCNES.	95 %	**98,00%**	97,37%	98,63%	99,44%

Cálculo do Indicador: Nº de profissionais das equipes de SF e AB cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES / Nº de profissionais das eSF e eSB cadastrados no prontuário x 100.



Fonte: PEP + arquivo exportação do CNES.

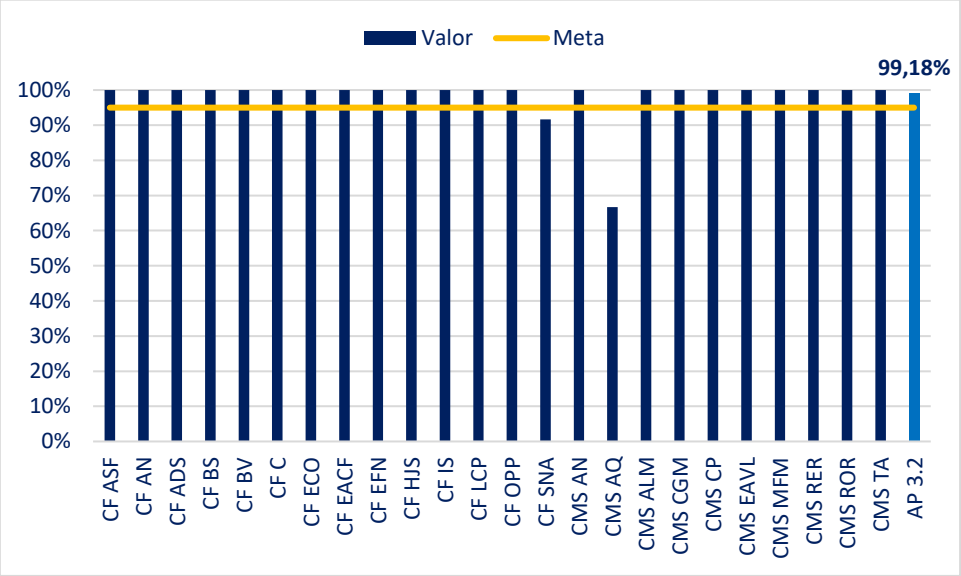
Periodicidade da avaliação: Trimestral

A equipe da Gerência de Qualidade e o RH do IDEIAS, articulados com a DICA CAP 3.2, realizam acompanhamento semanal das movimentações do SCNES, bem como monitoramento junto ao PEP VitaCare, visando à correção contínua das informações.

1.1.3 Estrutura para impressão de documentos assistenciais

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	JUN	JUL
Percentual de consultórios com impressora funcionando.	95%	**99,18%**	99,15%	99,72%	99,72%

Cálculo do Indicador: Nº de consultórios assistenciais com impressora disponível e funcionando nas unidades da AP / nº de consultórios assistenciais nas unidades da AP x 100.



Fonte: PEP VITACARE

Periodicidade da avaliação: Trimestral

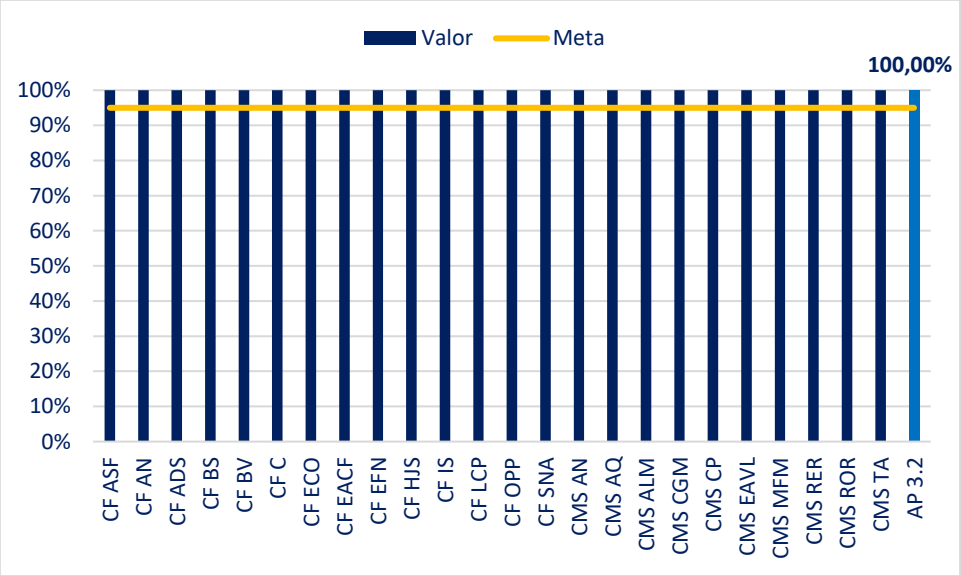
Nota: meta alcançada no período em análise.

O IDEIAS trabalha continuamente para manter a qualidade do serviço prestado no que tange à disponibilização de consultórios e salas estratégicas com impressoras funcionando.

1.1.4 Abastecimento regular das unidades

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	JUN	JUL
Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente.	95%	**100,00%**	100,00%	100,00%	100,00%

Cálculo do Indicador: Nº de declarações de abastecimento adequado / Nº de unidades recebendo apoio à gestão x 100.



Fonte: PEP VITACARE

Periodicidade da avaliação: Trimestral

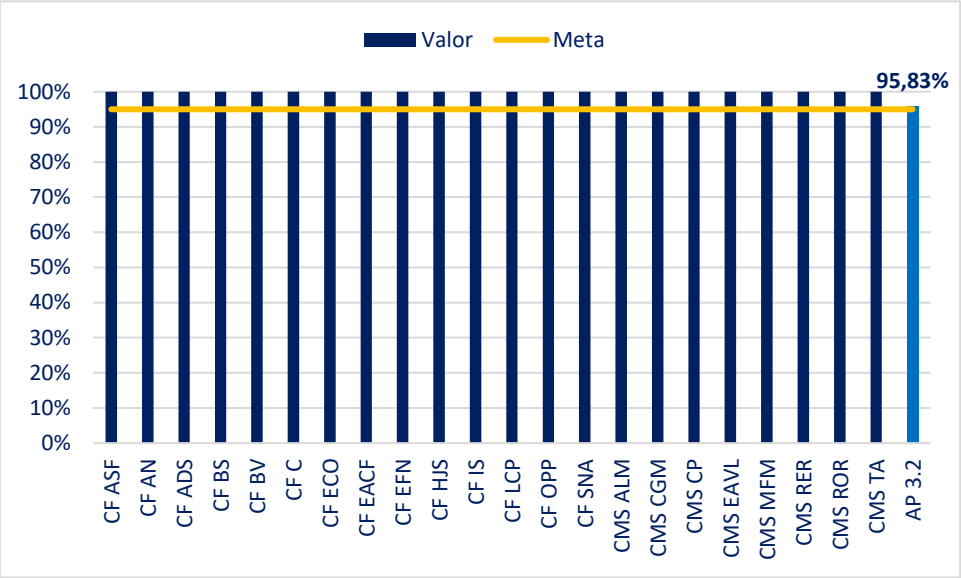
Nota: meta alcançada no período em análise.

A equipe de gestão do projeto - IDEIAS - trabalha continuamente para manter a qualidade do serviço prestado no que tange ao abastecimento adequado das Unidades de Atenção Primária da AP 3.2.

1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	JUN	JUL
Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.	95%	**100,00%**	100,00%	100,00%	100,00%

Cálculo do Indicador: Nº de unidade que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário / Nº total de unidades da área x 100.



Fonte: PEP VITACARE

Periodicidade da avaliação: Trimestral

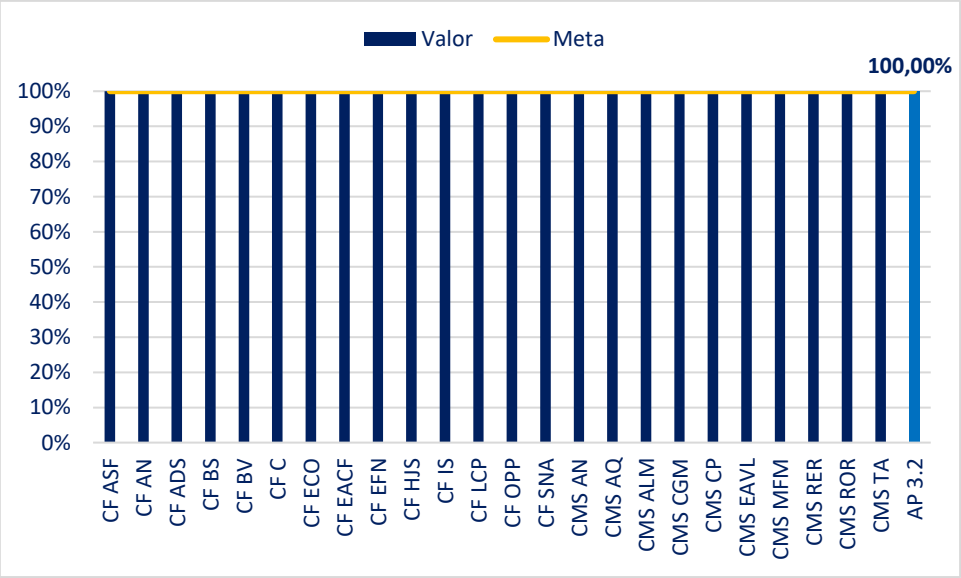
Nota: meta alcançada no período em análise.

Cabe sinalizar que as unidades CMS Antenor Nascentes e CMS Aquidabã são excluídas do cálculo uma vez que não dispensam medicamentos controlados. Neste sentido, a assistência farmacêutica é garantida através da dispensação pelas unidades CMS Carlos Gentille de Mello e CMS Milton Fontes Magarão, respectivamente.

1.1.6 Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	JUN	JUL
Proporção de unidades que informaram em dia.	100%	**100,00%**	100,00%	100,00%	100,00%

Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário / Nº total de unidades na área x 100.



Fonte: PEP VITACARE

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Nota: meta alcançada no período em análise. Considera-se para este indicador as declarações emitidas pela DICA da AP 3.2 e relatório emitido pelo PEP VitaCare.

Até o fechamento deste relatório, havia um chamado em aberto para ajuste do VitaCare (ID 12156) no que diz respeito ao resultado do CMS Aquidabã. Esta unidade encontra-se zerada, entretanto, cumpriu todos os passos referentes à informação sobre produção (BPA e *thrifts*) no período analisado.

A equipe da Gerência de Qualidade IDEIAS acompanha a transmissão dos arquivos do VitaCare que contemplam a produção das unidades de saúde (thrifts) via PEC e-SUS APS. Até o mês de fevereiro de 2023

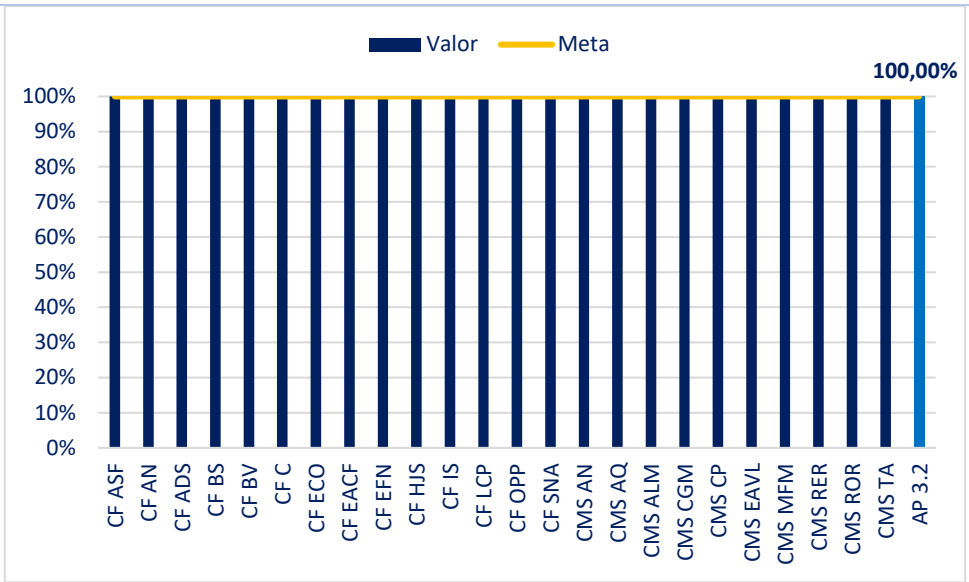
esse processo era realizado semanalmente pelas unidades e, a partir de Março de 2023, passou a ser realizado semanalmente pelo VitaCare e mensalmente pelas UAP, conforme orientação da SUBPAV (reunião de 27/02/2023).

Este mecanismo garante a alimentação adequada do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). A equipe também mantém um fluxo de informação no qual recebe das UAP os arquivos de produção no primeiro dia útil de cada mês, realiza o faturamento dos procedimentos e encaminha à DICA da AP 3.2 em tempo oportuno e adequado. As glosas são analisadas e é realizado um feedback às unidades com orientações para adequação.

O preenchimento do Painel OSINFO é realizado mensalmente, até o 10° dia útil do mês, com relatórios das atividades e resultados de indicadores.

1.1.7 Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3)

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	JUN	JUL
Proporção de profissionais da ESf e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (V2 e V3), SIA e SISAB de sua unidade.	100%	**100,00%**	100,00%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário / nº total de profissionais de ESF e ESB na área x 100.					



Fonte: PEP VITACARE

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Nota: meta alcançada no período em análise. Considera-se para este indicador as declarações emitidas pela DICA da AP 3.2 e relatório emitido pelo PEP VitaCare.

A equipe de Gerência de Qualidade IDEIAS faz o acompanhamento dos cadastros dos profissionais no PEP VitaCare ao longo do mês e sinaliza inconsistências às unidades de saúde, visando à adequação em tempo oportuno.

1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos

Indicador	Meta	Calculado ao final do trimestre	Resultado Trimestre Anterior
Razão do gasto administrativo em relação ao total de gasto.	≤ 1		**1**

Cálculo do Indicador: Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS - OSS no trimestre / Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS - OSS no trimestre.

Fonte: Prestação de contas

Periodicidade da avaliação: Trimestral

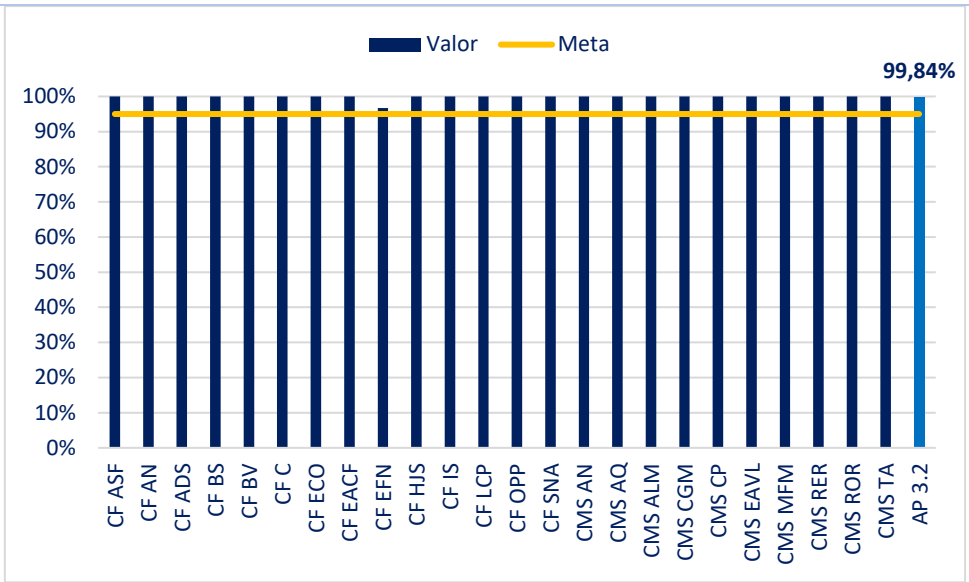
Nota: Calculado ao final do trimestre.

1.1.9 Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS/RJ

Indicador	Meta	Calculado ao final do trimestre	Resultado Trimestre Anterior
Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS.	95%		**97,50%**
Cálculo do Indicador: Total de itens comprados abaixo da média de preços / Total de itens adquiridos x 100			
Fonte: Prestação de contas			
Periodicidade da avaliação: Trimestral			
Nota: Calculado ao final do trimestre.			

1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	**JUN**	**JUL**
Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e serviços prestados.	95%	**99,84%**	97,58%	99,66%	99,18%
Cálculo do Indicador: Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade do período de análise / Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise (D=32) x 100.					



Fonte: PEP VitaCare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

A equipe de gestão do IDEIAS acompanha as avaliações dos itens fornecidos e serviços prestados aos gestores das Unidades de Atenção Primária da AP 3.2 com objetivo de ter o feedback da qualidade dos mesmos. São realizadas medidas de correção de processos continuamente, visando manter o bom funcionamento dos serviços de saúde e cuidado aos profissionais e usuários da área.

No mês em análise, foi apenas 1 marcação de "não satisfatório", realizada por 1 unidade. Segue:

CF EFN	Prontuário eletrônico – Funcionamento

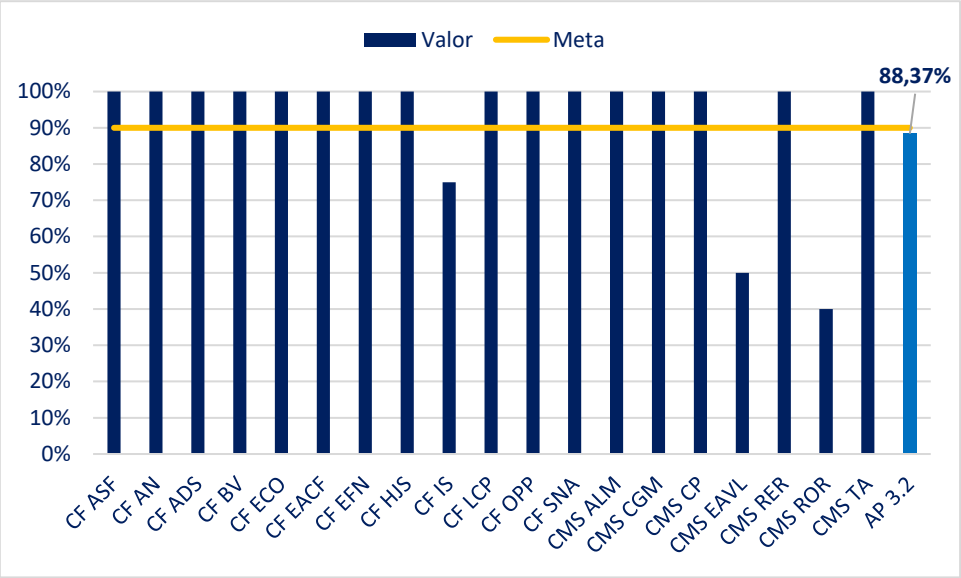
- Em relação à questão apontada pela unidade: foi realizada visita pela equipe de TI do IDEIAS e foi solicitada também uma avaliação presencial pela equipe do VitaCare.

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
	90%		**MAI**	**JUN**	**JUL**

Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período.		**88,37%***	68,75%	90,24%	84,78%*

Cálculo do Indicador: Nº de casos novos de tuberculose encerrados como cura na área no período de análise / Nº total de casos novos de tuberculose encerrados na área no período em análise X 100.



Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Nota: Estão apresentadas no gráfico apenas as unidades que tiveram casos de tuberculose encerrados no período.

* Até o fechamento desse relatório, ainda havia 3 inconsistências a serem ajustadas pelo VitaCare:

- No mês de julho: uma 'Mudança de Diagnóstico' na CF Barbara Starfield (chamado ID 8973) e um caso sendo considerado no CMS Carlos Gentille de Mello (chamado ID 10502), entretanto, quando se clica na lista de numerador, apesar de mostrar o algarismo 3, devolve os 4 nomes como cura. No total devem ser 40 casos no numerador (em vez de 39) e 45 no denominador (em vez de 46), devendo passar de 84,78% para **88,89%** em **julho**.

- No mês de agosto: uma 'Cura' no CMS Eduardo Araujo Vilhena Leite (ID do chamado: 12737). No total devem ser 39 casos no numerador (em vez de 38) e 43 no denominador, devendo passar de 88,37% para **90,70%** em **agosto**, **alcançando a meta**.

Realizou-se análise ao longo do mês de agosto, com base nos casos das diferenças nas unidades - usuários que não cumpriam os requisitos para alcance do indicador. Foram avaliados os prontuários destes usuários, objetivando entender os motivos dos abandonos ou outros motivos de alta. Em todos os casos foi feita devolutiva aos gestores das unidades e também aos profissionais "pontos focais" para um acompanhamento mais próximo e capilarização facilitada entre as equipes. Solicitou-se avaliação por parte da equipe técnica e orientou-se quanto à abertura de chamado ao PEP para correção de inconsistências.

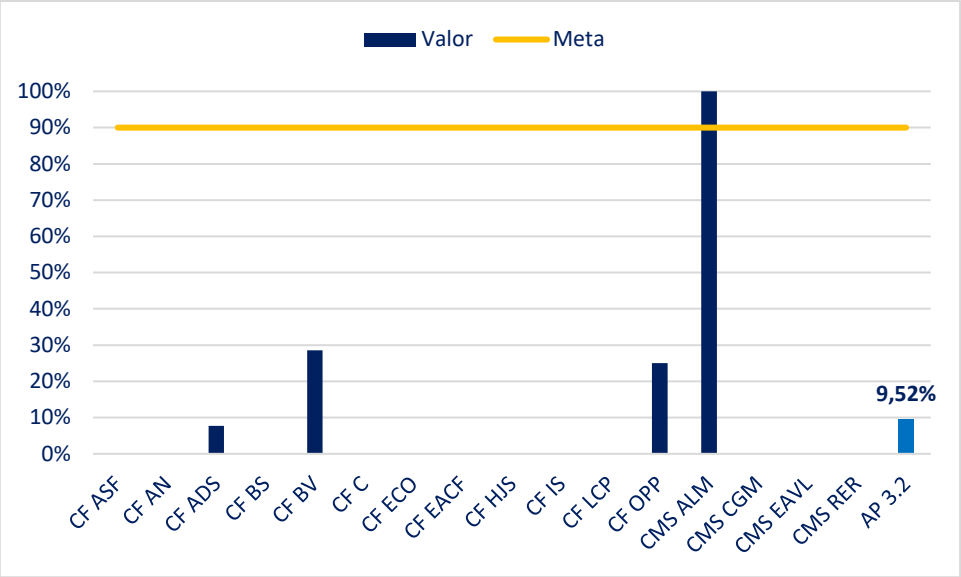
No mês de maio de 2023 teve início o projeto Café com IDEIAS, perdurando até agosto, que contemplou visitas às unidades para conversas sobre vigilância em saúde junto aos gerentes, pontos focais e RTs. A prioridade era abordar duas linhas de cuidado (saúde da mulher e tuberculose) e três indicadores do contrato de gestão, estando entre eles o de 'Proporção de cura de tuberculose'. Objetivou-se fomentar a discussão, a construção coletiva de estratégias para qualificação do cuidado e melhorias no indicador. Nestes encontros, matrizes de intervenção foram formuladas e diversas estratégias pensadas e colocadas em prática até o mês objeto desse relatório. Os resultados serão analisados.

Nos meses de Junho e Julho também foram realizados encontros do "FOCO na Tuberculose", um espaço de educação permanente e trocas com os profissionais pontos focais das unidades da área. Houve explanação sobre questões importantes dos protocolos clínicos e apresentação de experiências exitosas das unidades CF Barbara Starfield, CMS Renato Rocco e também um espaço de fala para a CF Anthidio Dias da Silveira, com a equipe de Consultório na Rua, que levou a abordagem ao usuário em situação de rua com tuberculose. Nota-se que essa estratégia pode ter contribuído para melhores resultados no indicador.

1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	**JUN**	**JUL**
Proporção de notificações de sífilis na gestação com tratamento adequado.	90%	**9,52%****	8,70%	6,38%	20,00%*

Cálculo do Indicador: Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para sífilis na gestação com tratamento adequado no período de análise / Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para sífilis na gestação no período em análise X 100.



Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

* Este resultado sofreu alteração entre o último relatório e este devido a ajustes de algumas inconsistências, entretanto o alinhamento apontado abaixo permanece pendente.

** Um apontamento importante sobre esse indicador é que com o 2° Termo Aditivo ao Contrato de Gestão n°007/2021, firmado em 18 de julho de 2023 para início em 01 de setembro de 2023, houve algumas alterações nos indicadores. Apesar dos novos termos estarem previstos para iniciar em setembro de 2023, especificamente em relação ao indicador 12 a SUBPAV orientou que poderia valer a partir do mês de julho. As mudanças neste indicador foram: não mais considerar o tratamento do parceiro e a possibilidade de estender para até 9 dias o intervalo entre as doses da gestante. O sistema de prontuário eletrônico ainda irá se adequar às regras para o mês em análise e apresentará melhores resultados. Estudos realizados pela Gerência de Qualidade estimam que, aplicando a nova regra do indicador (sem obrigatoriedade do parceiro e podendo considerar até 9 dias de intervalo para gestantes):

- O resultado do mês de julho passaria de 20,00% para, aproximadamente, 46,55%; e

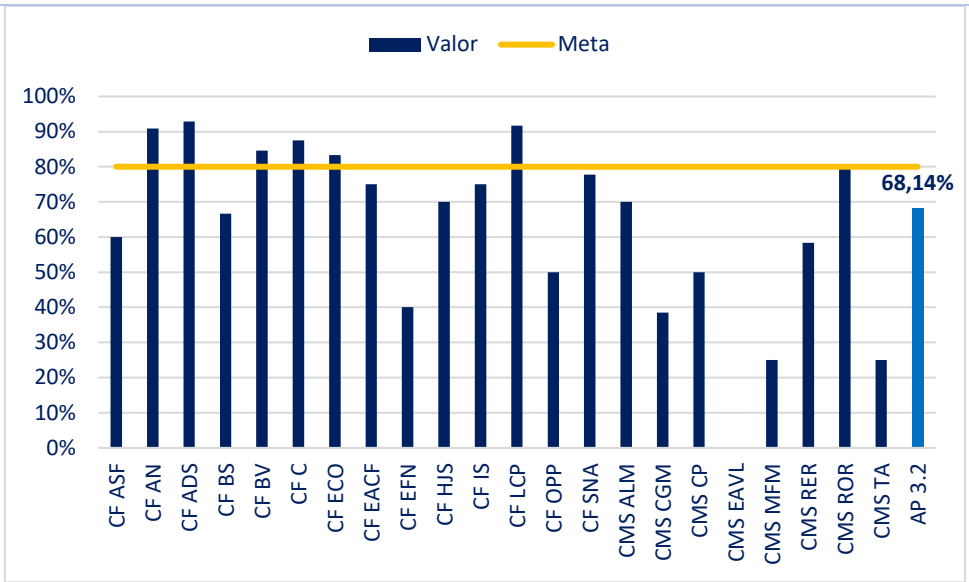
- O resultado do mês de agosto passaria de 9,52% para, aproximadamente, 63,49%.

Ademais, foi realizado um levantamento e enviada para as unidades uma listagem de 21 usuárias com alguma falta de registro de dose para que as equipes avaliem e façam as adequações nos registros, o que pode interferir ainda mais positivamente no resultado do indicador.

Outra ação relevante é que no mês de maio de 2023 teve início o projeto Café com IDEIAS, que contemplou visitas às unidades para conversas sobre vigilância em saúde junto aos gerentes e, se possíveis pontos focais e RTs. A prioridade era abordar duas linhas de cuidado (saúde da mulher e tuberculose) e três indicadores do contrato de gestão, estando entre eles o de 'Acompanhamento de Sífilis na Gestação'. Objetivou-se fomentar a discussão, a construção coletiva de estratégias para qualificação do cuidado e melhoria no indicador. Nestes encontros, matrizes de intervenção foram formuladas e diversas estratégias pensadas e colocadas em prática até o mês objeto desse relatório. Os resultados serão analisados.

1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	**JUN**	**JUL**
Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal registradas no PEP.	80%	**68,14%**	69,87%	71,90%	76,26%
Cálculo do Indicador: Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico ou enfermeiro) na área no período em análise / Nº total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise.					



Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

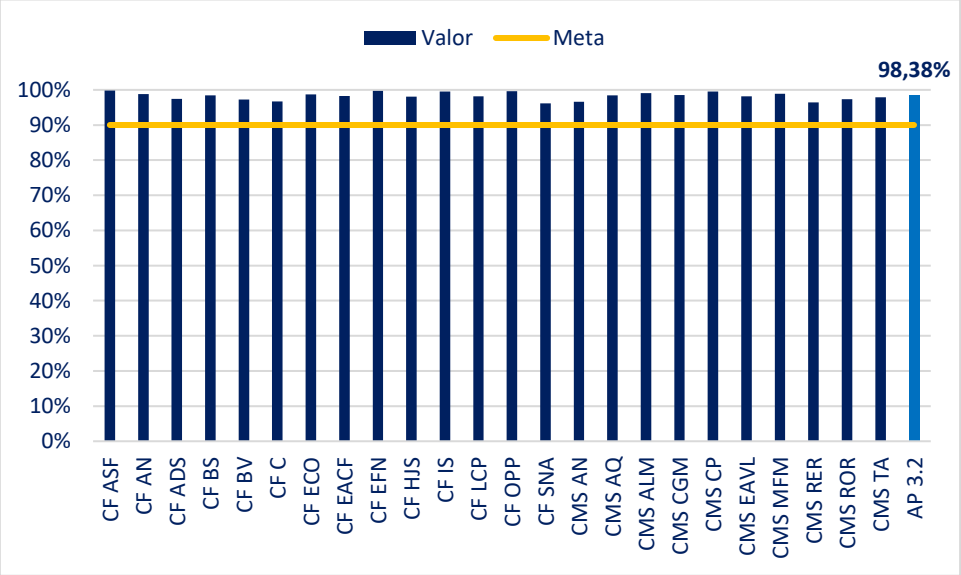
Instrumentos de monitoramento visam ao apoio e alcance deste indicador, com disponibilização de listas de gestantes com sinalização da Data Provável do Parto, chamando atenção às gestantes com DPP para 45 dias ou menos; e listas de gestantes ativas com 42 semanas ou + de gravidez, solicitando feedback das unidades em relação à resolução destes. Desde o mês de abril esses feedbacks passaram a ser enviados também aos profissionais "pontos focais" para um acompanhamento mais próximo e capilarização facilitada entre as equipes. Visando qualificar e ampliar o monitoramento, além do e-mail também realizaremos contato telefônico alertando as equipes para este processo.

No mês de maio de 2023 teve início o projeto Café com IDEIAS, que contemplou visitas às unidades para conversas sobre vigilância em saúde junto aos gerentes e, se possíveis pontos focais e RTs. A prioridade era abordar duas linhas de cuidado (saúde da mulher e tuberculose) e três indicadores do contrato de gestão, estando entre eles o de 'Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas'. Objetivou-se fomentar a discussão, a construção coletiva de estratégias para qualificação do cuidado e melhoria do indicador. Nestes encontros, matrizes de intervenção foram formuladas e diversas estratégias pensadas e colocadas em prática até o mês objeto desse relatório. Os resultados serão analisados.

1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF)

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	JUN	JUL
Proporção de cadastros definitivos com n° único em relação ao total de cadastros (pessoas com 16 anos ou mais).	90%	**98,38%**	98,16%	98,20%	98,36%

Cálculo do Indicador: Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais / Nº total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais x 100.



Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Desde o início do contrato, oficinas foram realizadas e instrumentos de monitoramento implementados visando ao apoio e alcance deste indicador, como listas de usuários sem CPF e listas de Completude de Dados, retornando para as unidades suas evoluções. Também foi solicitado às unidades que fizessem

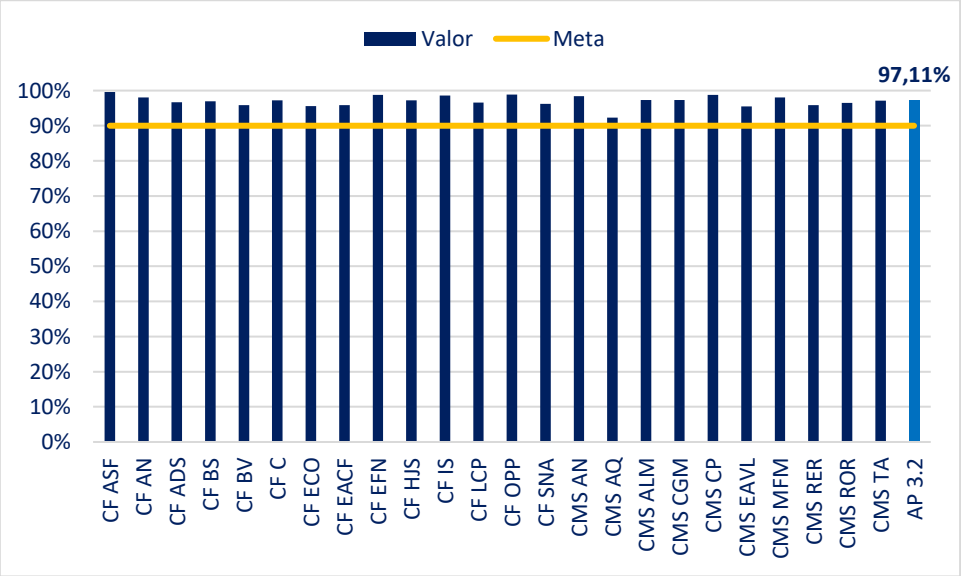
escalas dos agentes comunitários de saúde com turnos definidos e protegidos para atualização de cadastros, o que vem sendo observado e tido como positivo.

Os cadastros estão em contínuo processo de atualização e adequação.

1.1.15 Proporção de cadastrados definitivamente com nº único para pessoas com menos de 16 anos (DNV)

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	JUN	JUL
Proporção de cadastros definitivos com n° único em relação ao total de cadastros (pessoas com menos de 16 anos).	90%	**97,11%**	96,68%	96,79%	97,12%

Cálculo do Indicador: Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNV para pessoas menores de 16 anos / Nº total de pessoas cadastradas no PEP com menos de 16 anos X 100.



Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Desde o início do contrato, oficinas foram realizadas e instrumentos de monitoramento implementados visando ao apoio e alcance deste indicador, como listas de usuários sem CPF e listas de Completude de Dados, retornando para as unidades suas evoluções. Também foi solicitado às unidades que fizessem escalas dos agentes comunitários de saúde com turnos definidos e protegidos para atualização de cadastros, o que vem sendo observado e tido como positivo.

Os cadastros estão em contínuo processo de atualização e adequação.

1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	**JUN**	**JUL**
Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família.	Menor ou igual 5%	**1,43%**	1,76%	1,21%	1,65%
Cálculo do Indicador: [(Nº de profissionais substituídos + nº de profissionais admitidos) /2] / Nº total de profissionais ativos no período.					
Fonte: CNES					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

1.1.17 Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas.

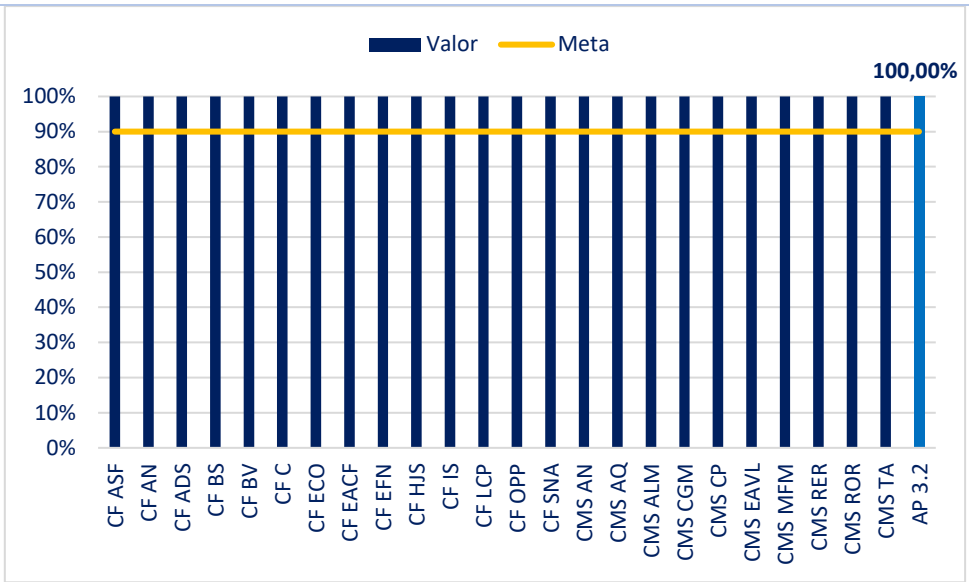
Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	**JUN**	**JUL**
Nº de crianças e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas no período pelo total	**Ago 30%** Jul 20% Jun 90% Mai 80%	**57,32%**	91,57%	100,00%	26,32%

de crianças e gestantes beneficiárias.					
Cálculo do Indicador: Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC acompanhados / Nº total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC.					
Fonte: Portal SUBPAV					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

Foram elaborados e implementados pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS instrumentos de monitoramento, visando ao apoio e alcance deste indicador.

1.1.18 Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção e assistência.

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	**JUN**	**JUL**
Proporção de escolas e creches cobertas na área da UAP	90%	**100,00%**	100,00%	100,00%	85,16*
Cálculo do Indicador: Nº de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde / Total de escolas da área x 100.					



Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Mensal

Nota: *O mês de julho não foi considerado mês letivo, não sendo considerado para o trimestre (julho, agosto, setembro).

Foram elaborados e implementados pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS instrumentos de monitoramento, visando ao apoio e alcance deste indicador, como solicitação do planejamento mensal das atividades a serem realizadas. Este deve acontecer até o 5° dia útil de cada mês. A Gerência de Qualidade IDEIAS acompanha semanalmente este indicador, até mesmo em menor intervalo, sinalizando às unidades e supervisores as escolas que ainda não sofreram ação no mês vigente e também parabenizando quando do alcance da meta.

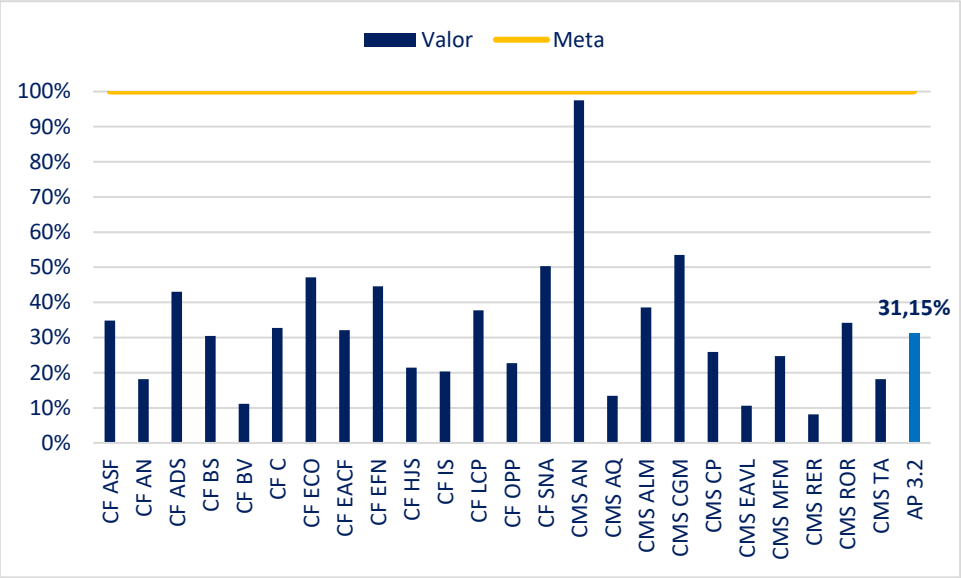
A equipe de Supervisão de Território IDEIAS avalia diariamente esse indicador nos últimos dias do mês vigente.

1.1.19 Desempenho Assistencial

Indicador	Meta	Resultado Agosto	Resultados Mensais		
			MAI	JUN	JUL
Proporção de famílias com entrega de kits de	100%	**31,15%**	29,12%	55,77%	18,95%

higiene oral entre as famílias beneficiárias de programa de incentivo.					

Cálculo do Indicador: número de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da ESF com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou ESB / total de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da ESF.



Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Observou-se que o monitoramento das entregas de kits de higiene oral é um aspecto que demanda um suporte cuidadoso e, diante disto, propõe-se e estimula-se que as unidades façam extrações de listas de forma rotineira. Não se deve puxar a listagem de diferença das famílias como um todo, mas dos usuários que ainda não receberam o kit no trimestre. Com este mecanismo, objetiva-se ter um melhor controle sobre as entregas e evitar equívocos em relação à duplicação na entrega.

Outra questão que também foi verificada foi a multiplicidade de cadastros. Apesar de serem considerados para o indicador apenas cadastros definitivos, um usuário com dois e até três cadastros pode confundir o profissional na hora do registro e controle de entrega. O sistema de prontuário disponibiliza uma lista para gestão desses casos. As equipes são orientadas a utilizá-la, aproveitando os momentos de qualificação e completude de cadastros.

2. PARTE 2

2.1 Resultado dos Indicadores da Variável 02: incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária

A parte variável 02 dos indicadores do contrato de gestão Nº 007/201 possui 20 indicadores e está distribuída da seguinte forma: 07 indicadores de Acesso, 08 indicadores de Desempenho Assistencial, 01 indicador de Qualidade Percebida e 04 indicadores de desempenho econômico.

- **COMPLETUDE DE CADASTROS**

Para a obtenção do repasse dos recursos da Parte Variável 2 pelas Unidades de Atenção Primária, deverão ser cumpridas 2 (duas) condicionais:

Atingimento das metas pelas equipes de Saúde da Família:

- Cumprimento das metas de 0 a 11 indicadores pelas equipes de Saúde da Família da unidade, não será repassado nenhum valor;
- Cumprimento das metas de 12 a 16 indicadores pelas equipes de Saúde da Família da unidade, será repassado 50% do valor do trimestre;
- Cumprimento das metas de 17 a 20 indicadores pelas equipes de Saúde da Família da unidade, será repassado 100% do valor do trimestre.

Completude das fichas de cadastro do Prontuário Eletrônico (PEP):

O percentual mínimo de Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar com todos os campos preenchidos no PEP é de 90%, em cada um dos meses do trimestre.

Somente se este percentual for atingido nos três meses do trimestre, as unidades que atingiram as metas de 17 a 20 indicadores terão 100% do repasse. Se não houver 90% de completude das Fichas de Cadastro, o repasse cairá para 50%.

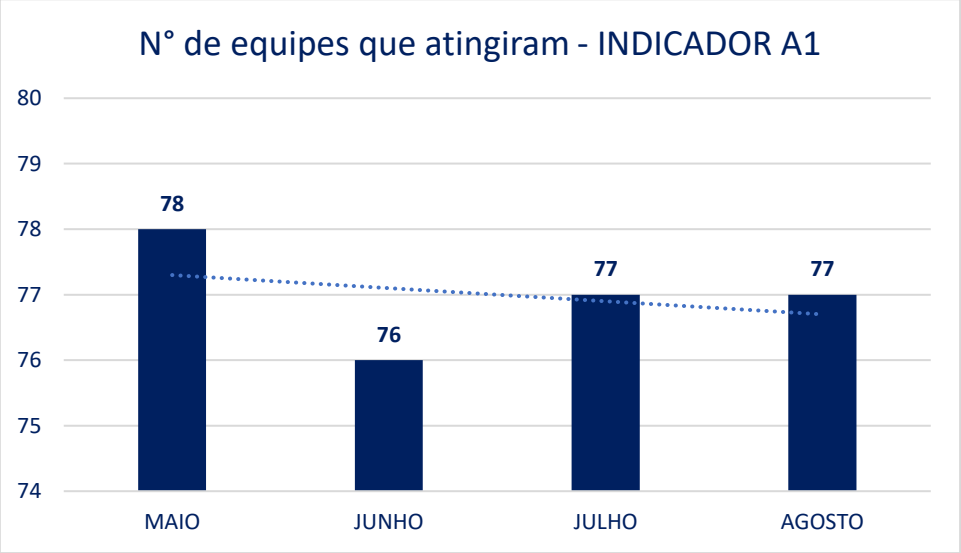
Da mesma forma, as unidades que atingiram as metas de 12 a 16 indicadores só receberão 50% do repasse se a completude das Fichas de Cadastro for de 90% ou mais. Caso seja menor que 90%, o repasse será de apenas 25%.

Neste sentido, visando apoiar as unidades no processo de qualificação dos cadastros, iniciou-se no mês de julho de 2022, perdurando até o mês de outubro do mesmo ano, um ciclo de visitas às unidades para realização de oficinas e discussão com os agentes comunitários acerca da completude de cadastros. Eram apresentados os instrumentos de monitoramento e as fichas contempladas no processo de cadastramento dos usuários.

Caracterizou-se como um espaço potente de trocas, esclarecimento de dúvidas e aproximação entre profissionais da unidade e destes com as equipes de Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS.

Atualmente a equipe da DICA da AP 3.2 realiza também um trabalho de qualificação dos cadastros junto às unidades da área.

2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.

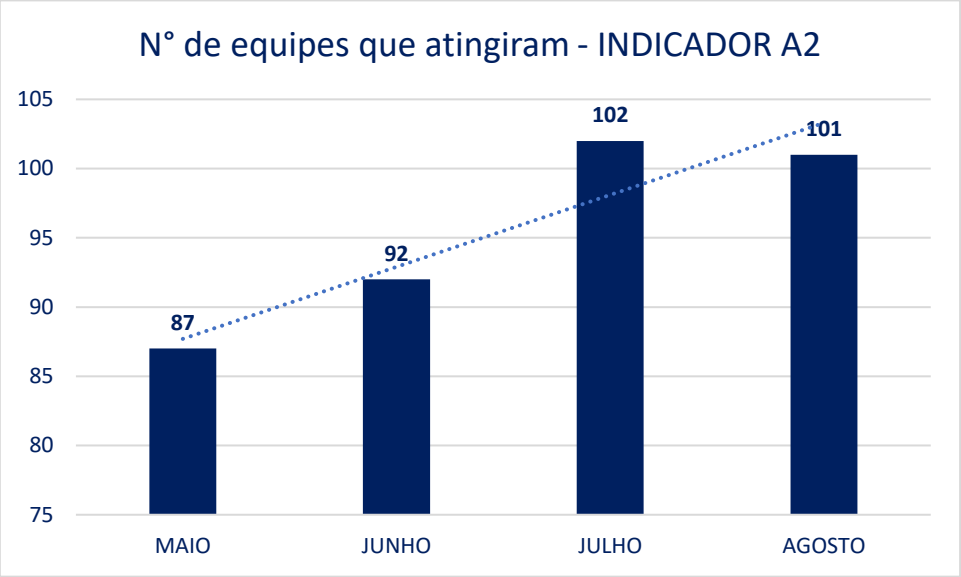


Há vacância médica em algumas unidades como: CF Bibi Vogel; CF Cabo Edney Canazaro de Oliveira; CF Luiz Celio Pereira; CMS Ariadne Lopes de Menezes; e CMS Renato Rocco impactando diretamente no

indicador. A rotatividade de profissionais na CF Bibi Vogel e no CMS Rodolpho Rocco também interferiu neste indicador. Tais vagas estão sendo trabalhadas pelo RH do IDEIAS.

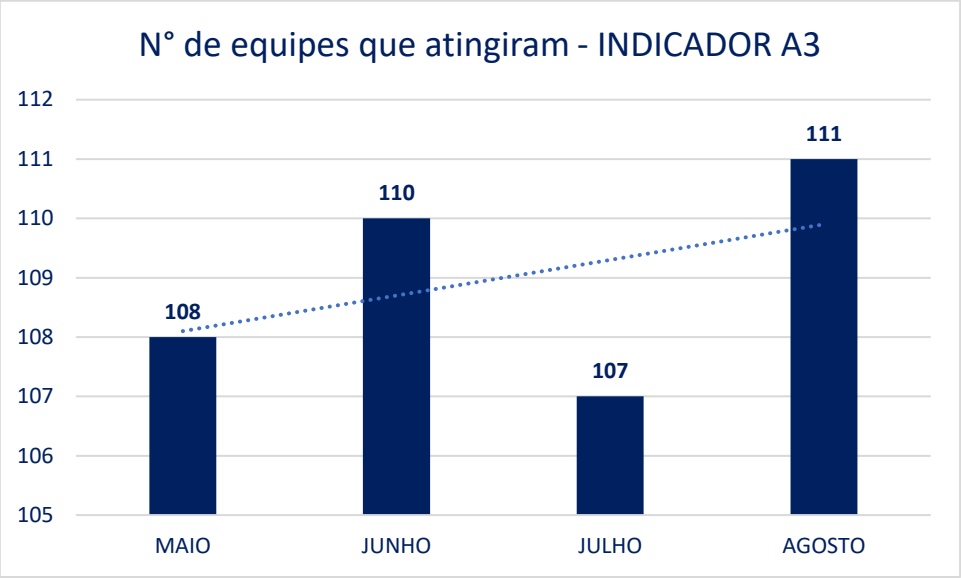
Cabe mencionar também que unidades com residência médica realizam consultas pelo preceptor/residente, fazendo com que o indicador fique acima do preconizado.

2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.



Observa-se evolução importante no atingimento deste indicador. A mudança no acesso de algumas unidades, adotando o acolhimento por equipe, interferiu positivamente no resultado do período. Dentre as 11 equipes que não alcançaram, podemos mencionar que a vacância e rotatividade na CF Bibi Vogel e CMS Rodolpho Rocco.

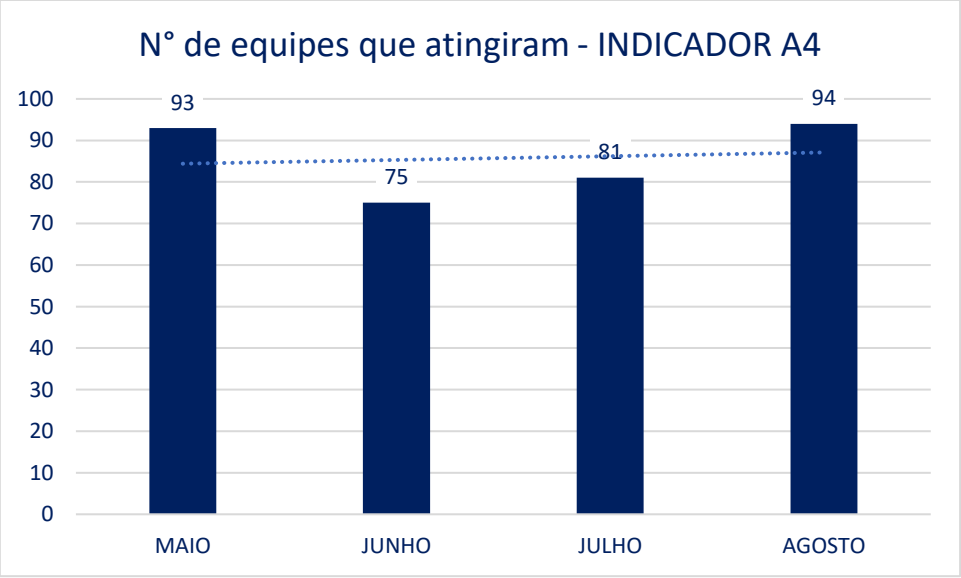
2.1.3 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.



Levando-se em consideração a meta mensal, 106 visitas (meta do trimestre dividida por 3), apenas 1 equipe não alcançou a meta: Mario Bahia da CF Emygdio Alves Costa Filho.

A Supervisão de Território IDEIAS pontuou com o gestor ajustes nos processos de trabalho dessa equipe para melhoria do indicador.

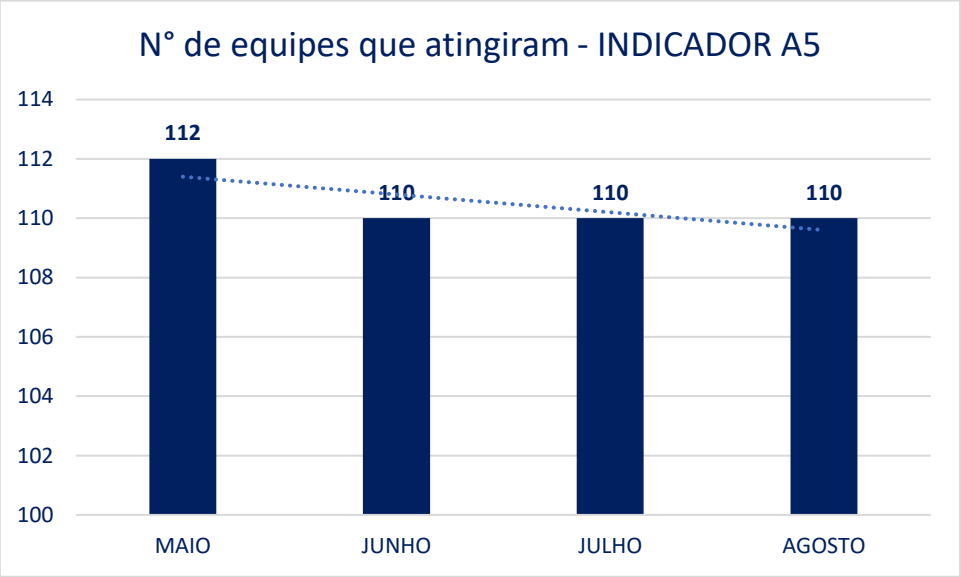
2.1.4 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.



Levou-se em consideração uma meta mensal de 4 grupos - meta do trimestre dividida por 3. Das 18 equipes que não atingiram, 2 estão com chamados a serem tratados pelo sistema VitaCare, pois aparecem zeradas mesmo tendo registros (equipes Boca do Mato e Maranhão, do CMS Aquidabã – chamado ID 10036).

Se avaliados os resultados dos trimestres até aqui, este indicador teve uma melhora significativa devido a adequações nos processos de trabalho das equipes e intensificação das atividades educativas em salas de espera.

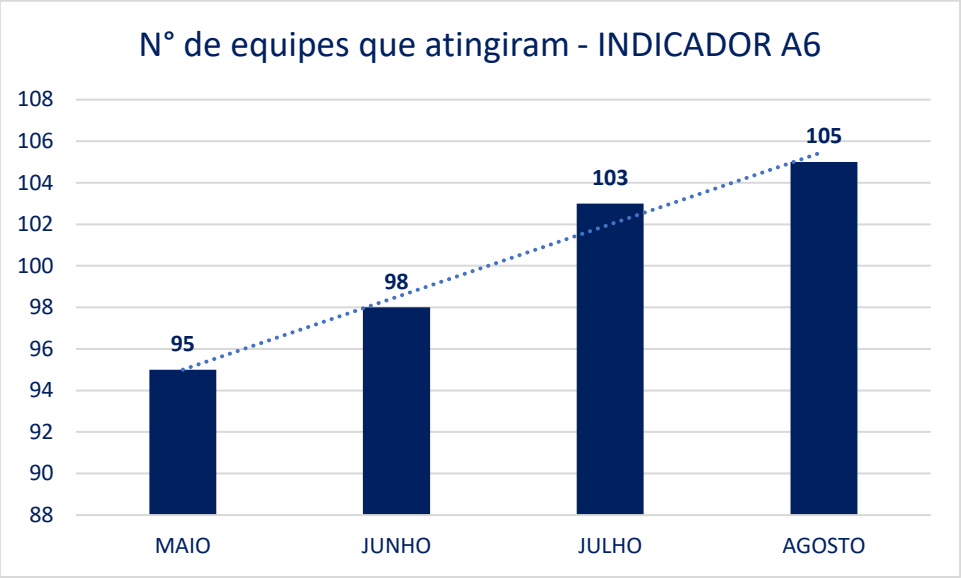
2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados.



As únicas 2 equipes que não atingem este indicador são do CMS Aquidabã devido à vacância de profissional médico no período analisado (60h de vacância), interferindo na oferta de alguns serviços, e também o fato de não ter farmácia, interferindo nos itens que têm relação à dispensação de alguns medicamentos.

Vacância sendo trabalhada no mês de setembro, com lotação de um profissional Mais Médico até o fechamento deste relatório.

2.1.6 Indicador A6 – Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.

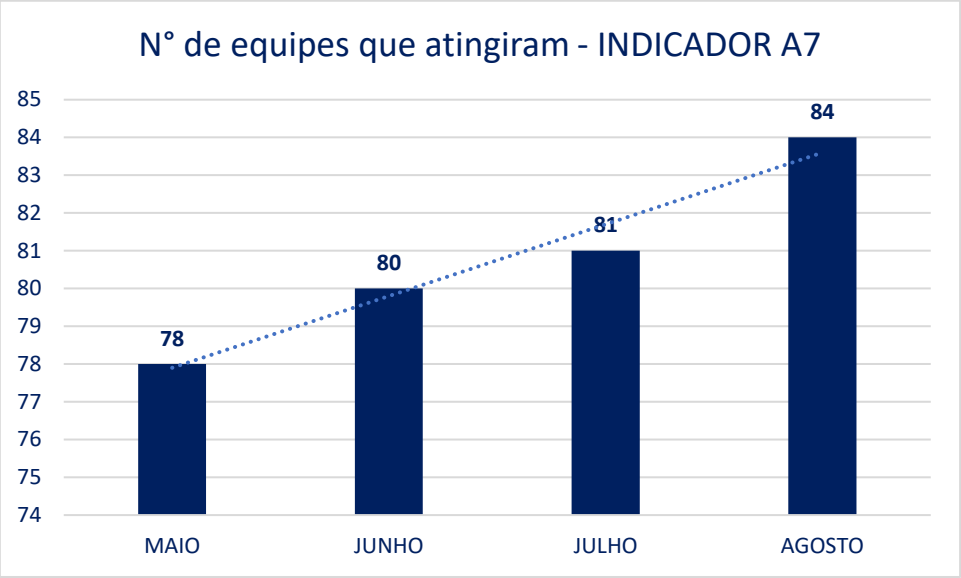


Nota-se uma evolução importante neste indicador. Houve orientação e sensibilização dos profissionais quanto ao registro em campo adequado.

No mês de maio ocorreu a implantação das marcações de consulta pelo WhatsApp Web e no mês de agosto haverá intensificação das orientações.

As unidades receberam um telefone celular por equipe, facilitando o contato com a população. Foram realizadas orientações para sensibilização dos agentes comunitários quanto ao lançamento correto das marcações de consultas não presenciais no VitaCare. Pode-se visualizar que essa estratégia teve impacto positivo em grande parte das equipes.

2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.



Observa-se melhora no indicador de cobertura de primeira consulta odontológica.

Desde o início do contrato de gestão, houve investimento nos espaços de discussão com as equipes de saúde bucal, contando com o apoio da coordenação de saúde bucal do IDEIAS a partir do mês de junho.

Em agosto foi promovido um encontro do coordenador de saúde bucal Erico Eduardo Ribeiro de Souza com as eSB na CAP para discussão do processo de trabalho e estratégias para melhoria do acesso.

Os encontros ocorreram em 16/08/2023 e 18/08/2023 e os seguintes temas foram pauta:

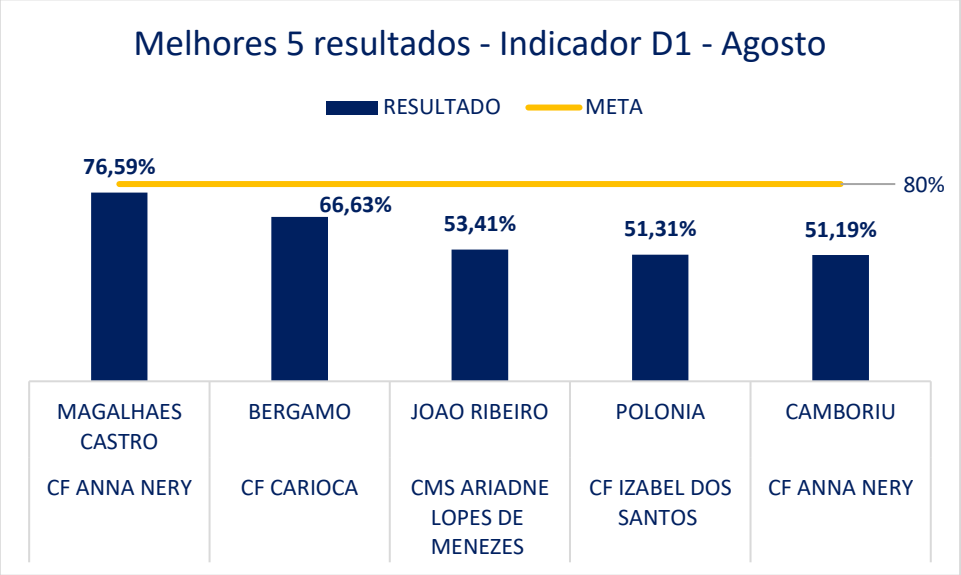
- Acesso da população ao serviço de saúde bucal;
- Organização da agenda do Dentista, ASB e TSB;
- Integração da ESB com a ESF; e
- Reflexão sobre o acolhimento e a escuta qualificada.

Trabalhando nesse sentido, foi elaborado um projeto de GT (Grupo de Trabalho) a ser desenvolvido com os dentistas pontos focais de cada unidade, onde serão discutidas as dificuldades no alcance dos indicadores e construídas proposta de intervenção para o alcance da meta, dentro da realidade de cada unidade.

Das 28 equipes que não atingiram, 3 são de unidades não possuem Equipe de Saúde Bucal (1 do CMS Antenor Nascentes e 2 do CMS Aquidabã).

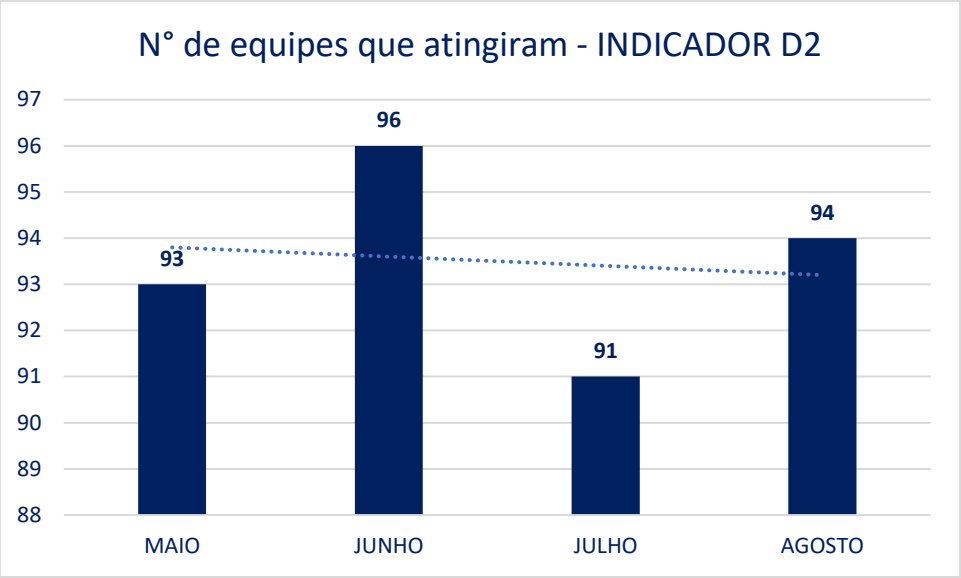
2.1.8 Indicador D1 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.

Apesar de nenhuma equipe ter atingido a meta, algumas equipes se destacam, como Magalhães Castro, da CF Anna Nery, Bergamo, da CF Carioca. Destacamos a equipe João Ribeiro, do CMS Ariadne Lopes de Menezes, que evoluiu significativamente entre Julho e Agosto, aparecendo nos 5 melhores resultados, como pode ser visualizado abaixo.



A Supervisão de Território IDEIAS tem incentivado estratégias para alcance desse indicador, dentre elas: gestão de listas, busca ativa, atendimentos em demanda livre, agendamentos para os sábados, meta escalonada, sensibilização da população nas salas de espera, avaliação de espaços do território para oferta de exame e organização de ações extramuro, divulgação no território dos dias de atendimento em demanda livre das unidades.

2.1.9 Indicador D2 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses.

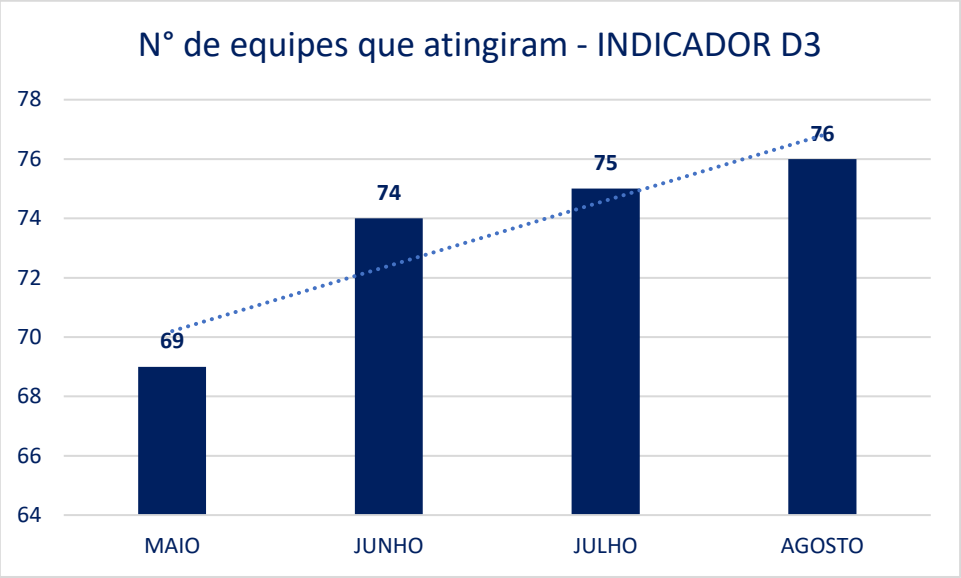


Observa-se um comportamento regular nos resultados deste indicador, mantendo o alcance na dezena das 90 equipes. Entendendo a necessidade de melhoria desse indicador, foi pactuada junto às unidades a revisão dos fluxos de atendimento de usuários com diagnóstico de diabetes, sempre em alinhamento com os protocolos vigentes.

Outra estratégia que podemos destacar é a ativação de CID de diabetes pelas equipes, utilizando a listagem de retirada de medicamento da farmácia, a fim de ampliar o acompanhamento desses usuários.

A Supervisão de Território IDEIAS vem realizando atividades de sensibilização dos gestores no intuito de orientar quanto ao diagnóstico situacional da sua unidade, avaliando o perfil de usuários com CID ativo para diabetes através da ferramenta de gestão de listas, incentivando à realização de visitas domiciliares (busca ativa de usuários com alguma lacuna de cuidado) e de realização de atividades em grupo com objetivo de ampliar acesso aos usuários com diabetes.

2.1.10 Indicador D3 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses.

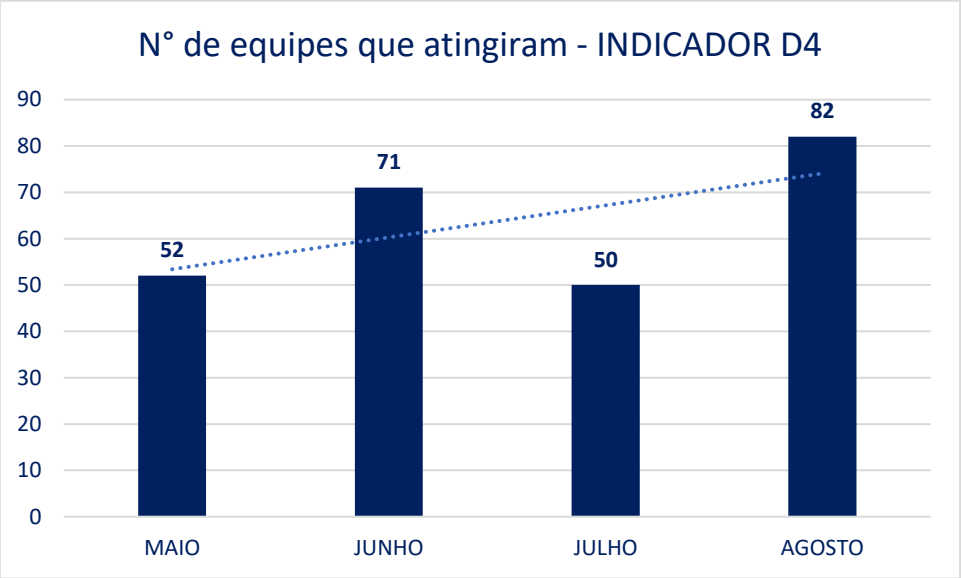


O processo de acompanhamento ao usuário com Hipertensão está em constante adequação para melhoria. Observa-se um comportamento parecido na quantidade de equipes que atingem este indicador. Foi pactuada junto às unidades a revisão dos fluxos de atendimento de usuários com diagnóstico de diabetes, sempre em alinhamento com os protocolos vigentes.

Estratégia que podemos destacar é a ativação de CID de hipertensão pelas equipes, utilizando a listagem de retirada de medicamento da farmácia, a fim de ampliar o acompanhamento desses usuários.

A Supervisão de Território IDEIAS vem realizando atividades de sensibilização dos gestores no intuito de orientar quanto ao diagnóstico situacional da sua unidade avaliando o perfil de usuários com CID ativo para hipertensão através da ferramenta de gestão de listas, incentivando à realização de visitas domiciliares (busca ativa de usuários com alguma lacuna de cuidado) e de realização de atividades em grupo com objetivo de ampliar acesso aos usuários com hipertensão.

2.1.11 Indicador D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.

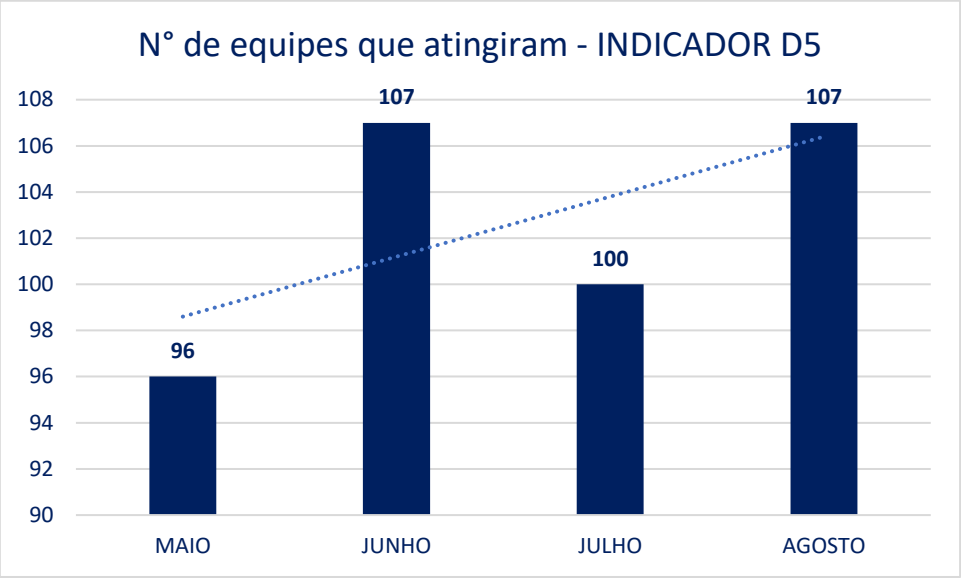


Esse indicador teve um aumento expressivo no mês de agosto, o que pode ser atribuído às ações de busca ativa das cadernetas de vacinação e o devido registro das vacinas nos campos adequados. Outras ações foram desenvolvidas no território para verificação de cadernetas de vacinação, utilizando espaços como escolas, associação de moradores, grupos de puericultura e visitas domiciliares. Ocorreram também reuniões de pactuação com gestores na CAP 3.2, a fim de melhorar o panorama da área quanto à oferta de vacina e seu lançamento. Iniciou-se a utilização da ferramenta GeoVacina (SUBPAV).

A carga de cadastros realizada entre junho e julho afetou significativamente este indicador no último mês, aumentando o denominador e demandando a busca e atualização da situação vacinal de mais crianças no sistema de prontuário eletrônico. São, aproximadamente, 1216 crianças a mais no mês de julho em comparação a junho. Em análise. Todavia, as equipes conseguiram uma boa recuperação entre julho e agosto.

A Supervisão de Território IDEIAS vem realizando atividades de sensibilização dos gestores no intuito de orientar quanto ao diagnóstico situacional da sua unidade e a constância das equipes no monitoramento de cobertura vacinal.

2.1.12 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.

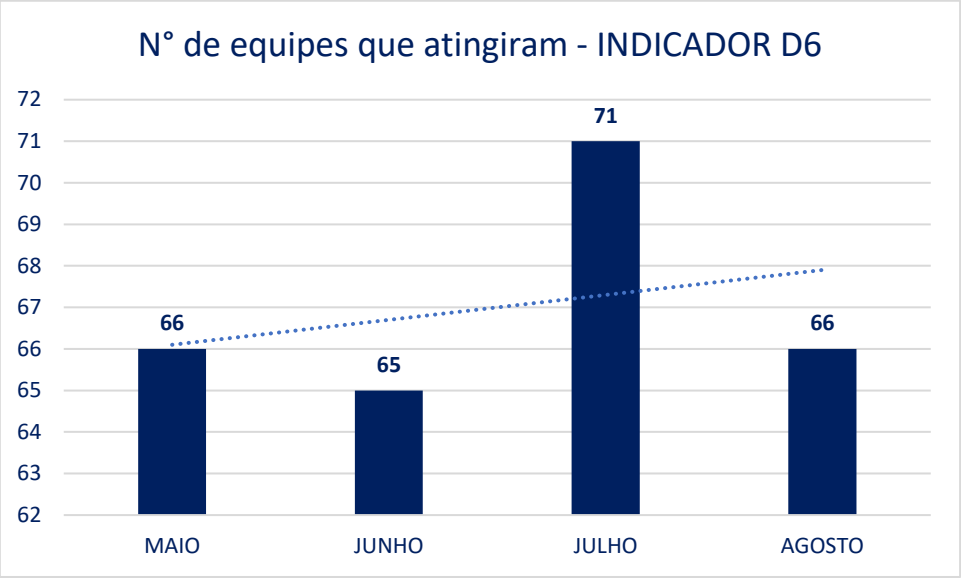


A melhora desse indicador pode ser atribuída às ações de busca ativa das cadernetas de vacinação e o devido registro das vacinas nos campos adequados. Outras ações foram desenvolvidas no território para verificação de cadernetas de vacinação, utilizando espaços como escolas, associação de moradores, grupos de puericultura e visitas domiciliares. Ocorreram também reuniões de pactuação com gestores na CAP 3.2, a fim de melhorar o panorama da área quanto à oferta de vacina e seu lançamento. Iniciou-se a utilização da ferramenta GeoVacina (SUBPAV).

A carga de cadastros realizada entre junho e julho afetou significativamente este indicador no último mês, aumentando o denominador e demandando a busca e atualização da situação vacinal de mais crianças no sistema de prontuário eletrônico. São, aproximadamente, 1216 crianças a mais no mês de julho em comparação a junho. Em análise. Todavia, as equipes conseguiram uma boa recuperação entre julho e agosto.

A Supervisão de Território IDEIAS vem realizando atividades de sensibilização dos gestores no intuito de orientar quanto ao diagnóstico situacional da sua unidade e a constância das equipes no monitoramento de cobertura vacinal.

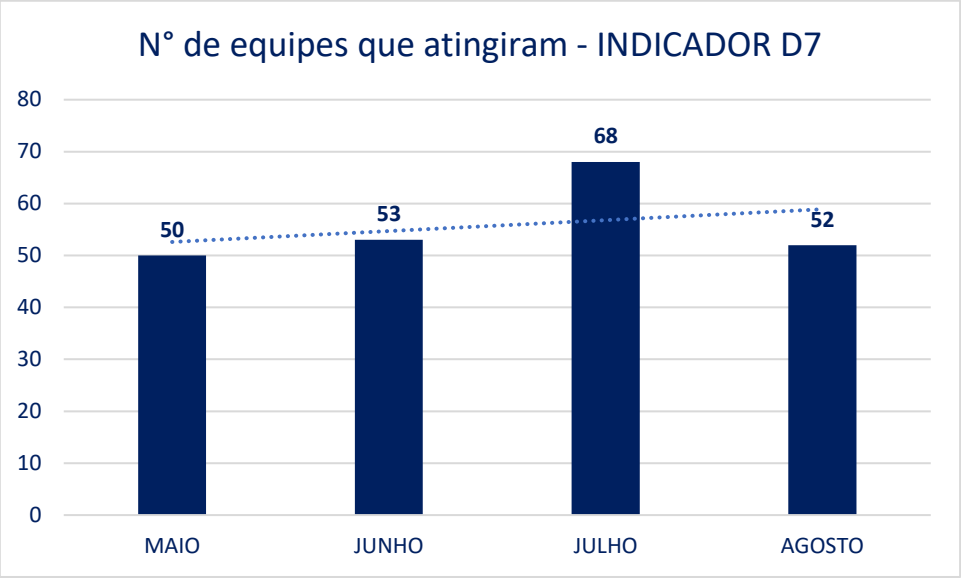
2.1.13 Indicador D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.



Esse indicador apresentou um decréscimo no desempenho de 5 equipes comparado ao mês anterior. Identificamos fragilidades na vigilância e monitoramentos das gestantes dos territórios. Como estratégias adotadas podemos destacar: busca ativa da gestante no território através das visitas dos agentes comunitários; reforço da orientação quanto ao início do pré-natal imediatamente após o teste de gravidez positivo; realização de ações em sala de espera sobre a importância do pré-natal; e comunicação entre unidades no caso de gestantes que migram de território.

Podemos mencionar também como estratégia a planilha de justificativa nominal realizada ao final do último trimestre pelos gestores/equipe das unidades, onde são avaliadas as fragilidades dos processos de trabalho e assim pactuados planos de intervenção.

2.1.14 Indicador D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.



Apesar da queda no mês de agosto, podemos destacar algumas estratégias adotadas para a melhora desse indicador:

- Visita Domiciliar Semanal nas Gestantes nas últimas semanas, considerando a Data Provável de Parto (DPP): esta estratégia visa acompanhar de perto as gestantes nas semanas finais de gestação, garantindo que elas sejam devidamente agendadas para a primeira consulta de puericultura após o parto;

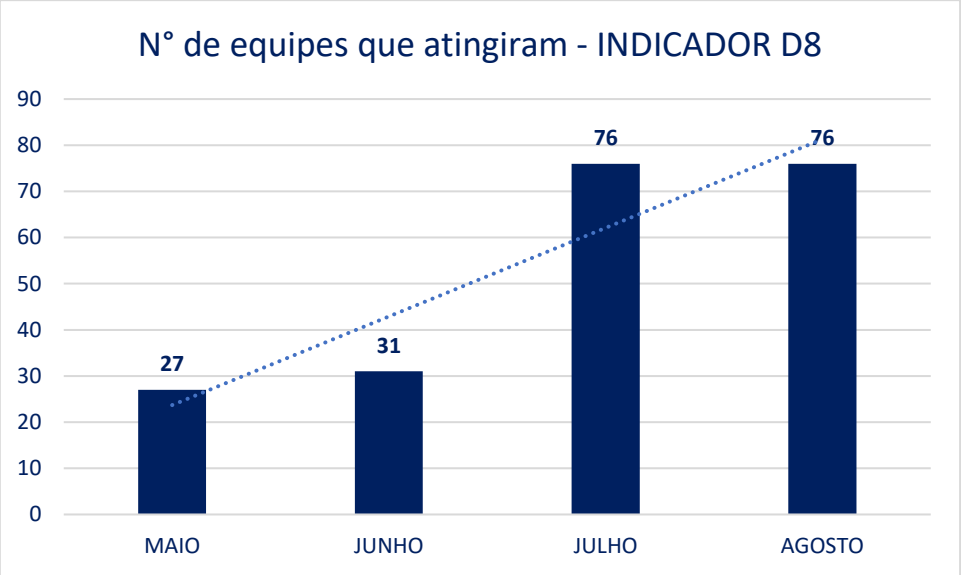
- Realização de Grupos Educativos para Gestantes: abordam a importância do acolhimento mãe-bebê, fornecendo informações relevantes sobre os cuidados com o recém-nascido e promovendo o vínculo entre mãe e bebê;

- Qualificação do Cadastro do Recém-Nascido no Primeiro Acesso à Unidade: visa garantir que o cadastro do recém-nascido seja feito de maneira adequada pelo agente de saúde desde o primeiro atendimento, assegurando a inclusão adequada à família e, assim, contabilizando corretamente nos indicadores desde o início;

- Planilha de Apoio da Gerência de Qualidade IDEIAS: sinaliza as mulheres com Datas Prováveis de Parto para 45 dias à frente e é uma ferramenta valiosa que orienta as equipes a reforçarem a vigilância e a frequência das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), garantindo uma abordagem oportuna das mães e bebês;

- Acolhimento Mamãe-Bebê no Domicílio: realizar o acolhimento no domicílio das usuárias com maior vulnerabilidade é uma estratégia eficaz para melhorar o indicador e o cuidado, garantindo um atendimento mais próximo e personalizado.

2.1.15 Indicador D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

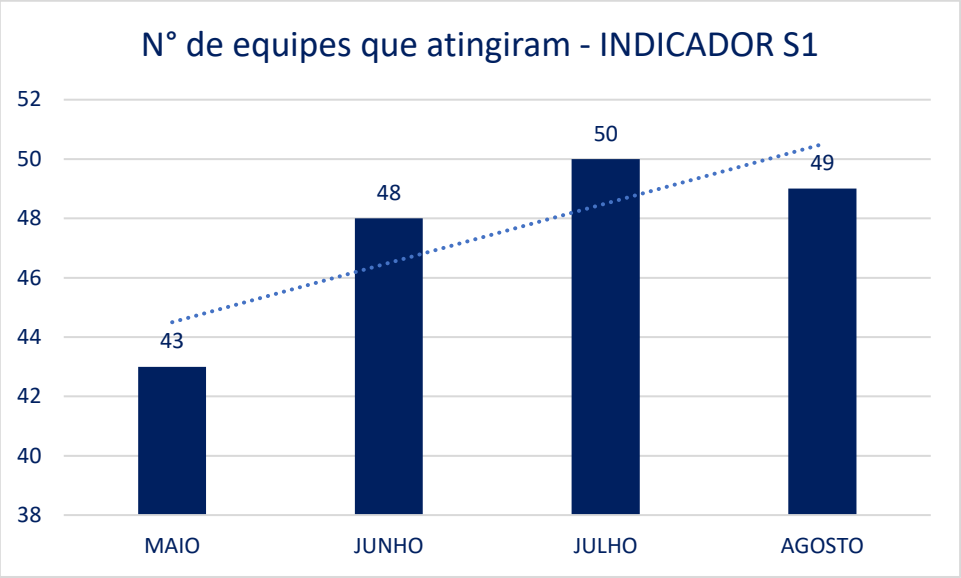


Podemos perceber uma estabilidade no quantitativo de equipes que alcançam o indicador entre o mês de julho e agosto. Destaca-se a orientação às unidades para melhorar os fluxos de atendimento em saúde bucal. A estratégia-chave é realizar mais procedimentos odontológicos em uma única consulta, visando reduzir o número de consultas necessárias por paciente. Outra estratégia importante inclui a ênfase no correto registro das primeiras consultas e altas no prontuário eletrônico. Além disso, são realizadas ações em grupo de saúde bucal, como palestras e conscientização, para promover a saúde bucal na comunidade. Essas medidas visam otimizar o atendimento e melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços odontológicos prestados.

A intensificação das manutenções corretivas das cadeiras odontológicas e o início das visitas pela coordenadora de Saúde Bucal IDEIAS também interferiu nestes resultados.

2.1.16 Indicador S1 – Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos.

A partir do mês de abril começou a valer a pactuação feita junto à CAP 3.2 de validar os resultados apenas de unidades que tiveram um número de inquéritos respondidos igual ou superior a 5% do denominador do indicador A2. No gráfico abaixo pode ser visualizada a quantidade de equipes que alcançaram o mínimo de inquéritos respondidos e, pelo menos, 80% de respostas de “satisfeitos ou muito satisfeitos”.

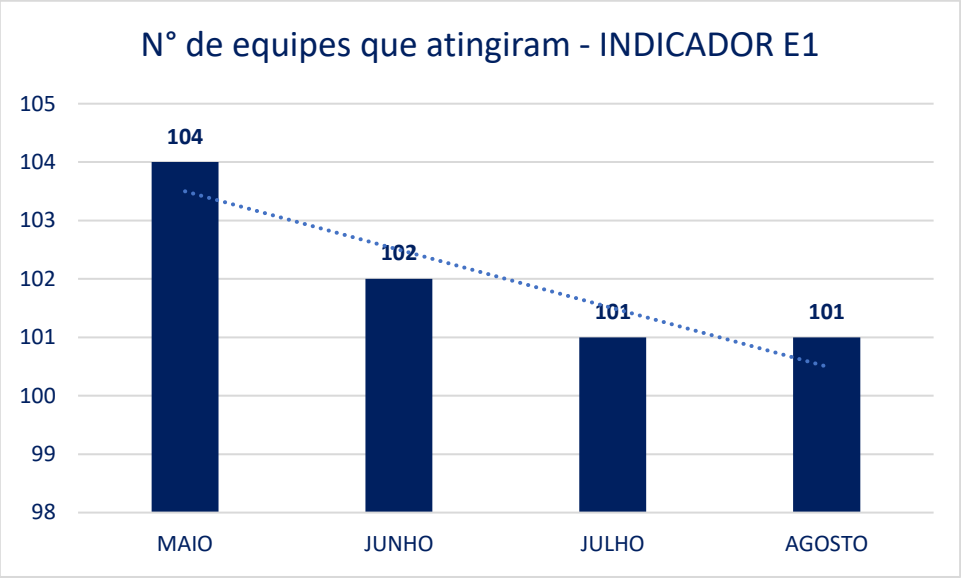


Observa-se um comportamento regular no quantitativo de equipes que têm alcançado este indicador. Podemos destacar como desafios: a instabilidade do funcionamento do aplicativo e o mal uso do tablet em algumas unidades. A supervisão de território tem realizado visitas nas unidades estimulando o uso do tablet como ferramenta de gestão e reforçando junto às equipes sua importância.

Pactuamos que o profissional escalado para o "Posso Ajudar" deve ficar responsável pelo apoio ao uso dessa ferramenta pelos usuários do serviço de saúde.

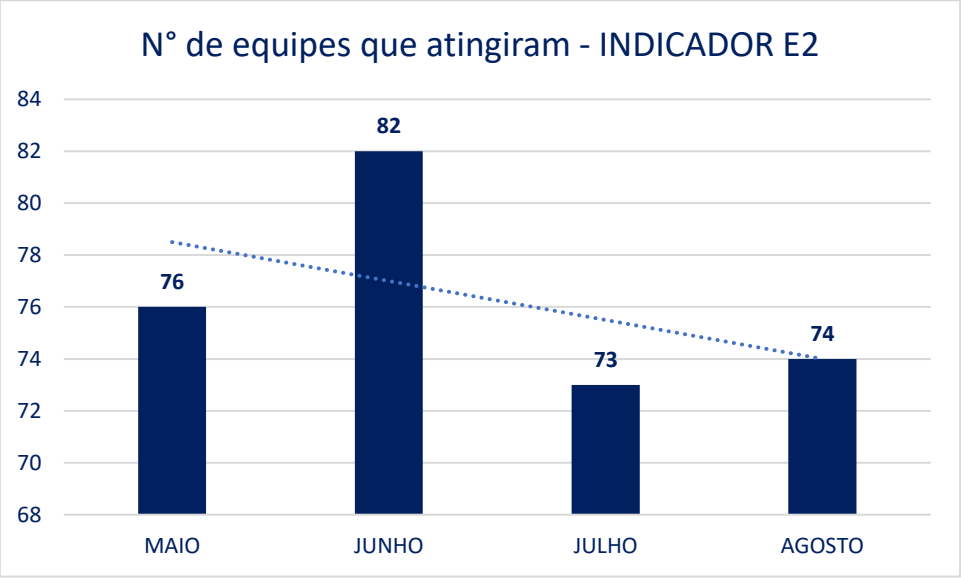
Outra estratégia adotada pelas unidades é o apoio dos porteiros das unidades para auxiliar os usuários no preenchimento da pesquisa.

2.1.17 Indicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário.



Nota-se uma estabilidade no alcance deste indicador. As unidades adotaram estratégias como educação permanente da equipe médica, definição de fluxos de prescrição e avaliação de pedidos externos de pacientes na rede particular. Além disso, as reuniões de Revisão Terapêutica (RT) têm sido usadas para sensibilizar a equipe sobre a importância da prescrição adequada no prontuário eletrônico, visando melhorar a qualidade das prescrições e o registro correto das informações.

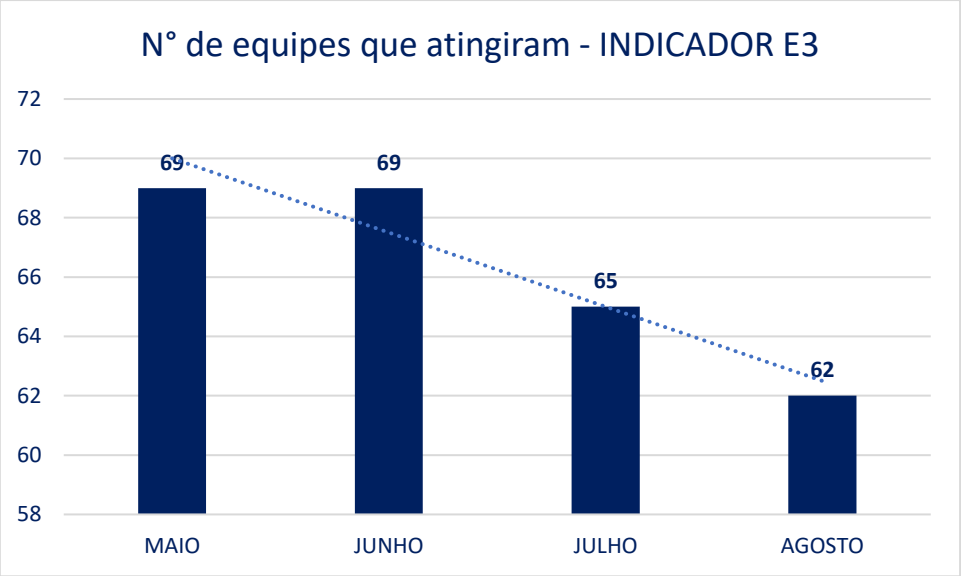
2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.



No mês de agosto, notou-se que alguns profissionais recém-contratados precisam de sensibilização em relação à prescrição em campo específico. Uma estratégia utilizada para apoiar esse processo e alcançar

o indicador é o treinamento da equipe médica quanto à prescrição de medicamentos REMUME no campo apropriado (estruturado), em vez de utilizar um campo livre. Isso visa padronizar as prescrições e garantir que elas estejam registradas corretamente, contribuindo para a melhoria do indicador.

2.1.19 Indicador E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.



As estratégias adotadas pelas equipes para alcance deste indicador são: atualização de protocolos através de educação permanente; treinamento da equipe médica quanto à resolutividade.

2.1.20 Indicador E4- Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG.

A fonte de informações deste indicador é o SISREG. Foi pactuado com o NIR da CAP 3.2 o envio dos resultados ao final do trimestre. No último (abril, maio, junho) houve inconsistências ao gerar o relatório do SISREG.

3. PARTE 3

3.1 Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB).

A parte variável 03 consiste em um recurso pago trimestralmente aos profissionais tendo como valor de referência o salário base de cada profissional. A quantidade de UC a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela equipe. A remuneração por desempenho incide apenas para os profissionais da equipe mínima de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de saúde bucal (cirurgião dentista, TSB e ASB). Uma equipe terá como teto o alcance de 300 Unidades Contábeis no trimestre – limite mínimo de 60 UC no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos cinco grupos de ações – o que corresponde a 10% da soma dos salários base dos 3 meses.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da S/SUBPAV/SAP, nos termos apresentados no quadro a seguir:

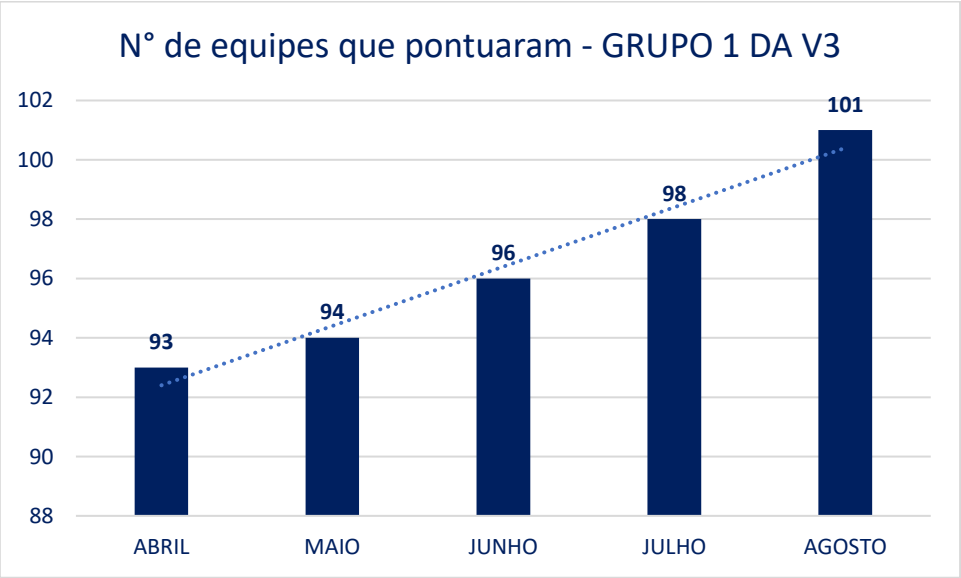
GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	Acompanhamento anual do planejamento familiar, de mulher em idade fértil	01
02	Acompanhamento anual do planejamento familiar, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura tubária	03
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento anual de uma criança, no primeiro ano de vida	07
05	Acompanhamento anual de uma criança, no segundo ano de vida	03
06	Acompanhamento anual de uma pessoa diabética	04
07	Acompanhamento anual de uma pessoa hipertensa	02

08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	04
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	10
12	As equipes com Programa de Residência (equipe docente assistencial)	20
13	As equipes que aderiram ao Programa Saúde na Hora (modalidade 75h)	15

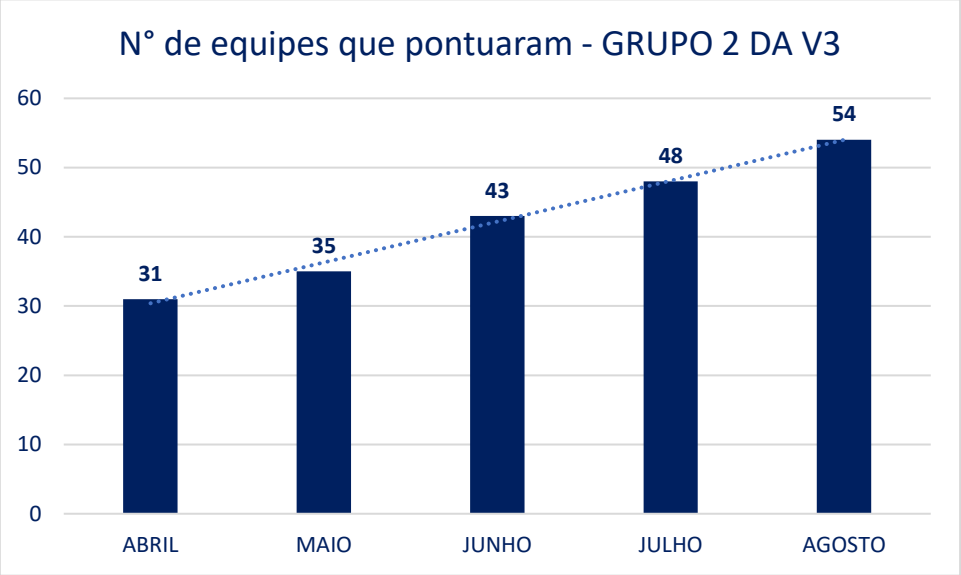
A seguir, apresentamos o número de equipes que pontuaram em cada grupo de ação no mês de agosto de 2023, trazendo um histórico dos meses do último trimestre.

No período analisado, podemos identificar algumas melhorias de performance em alguns grupos quando comparado ao mês anterior.

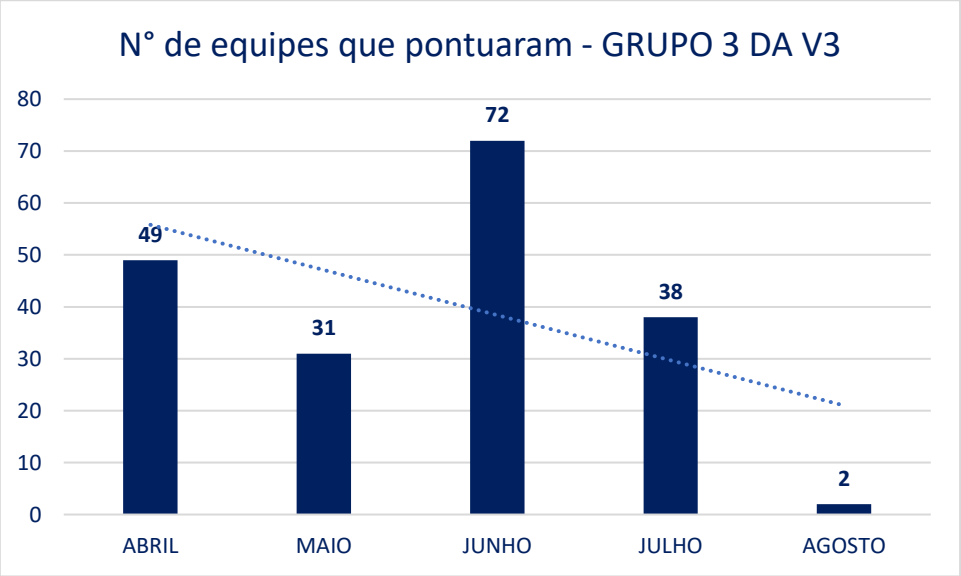
Em se tratando do **Grupo 1, 'Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano'**, a área como um todo apresenta evolução no número de equipes que pontuam neste grupo, como pode ser visualizado no gráfico abaixo. No mês em análise, 90,18% das equipes da área pontuaram, enquanto no último mês foram 87,5%.



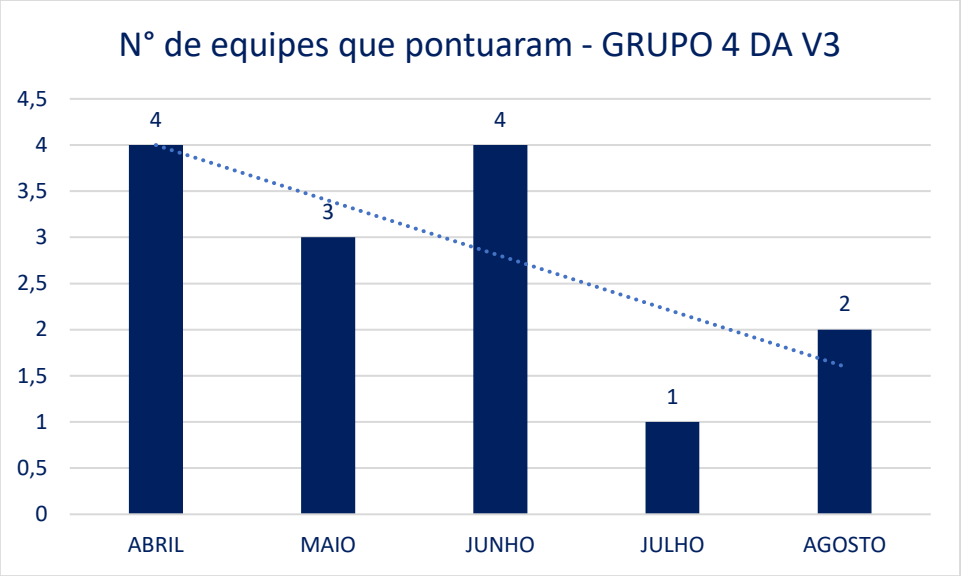
Quando observamos o gráfico a seguir, que trata do **Grupo 2, 'Acompanhamento anual do planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura'**, nota-se também um aumento de equipes pontuando. No mês objeto de avaliação deste relatório foram 48,21% de equipes pontuando, enquanto no último mês, 42,8% das equipes pontuando.



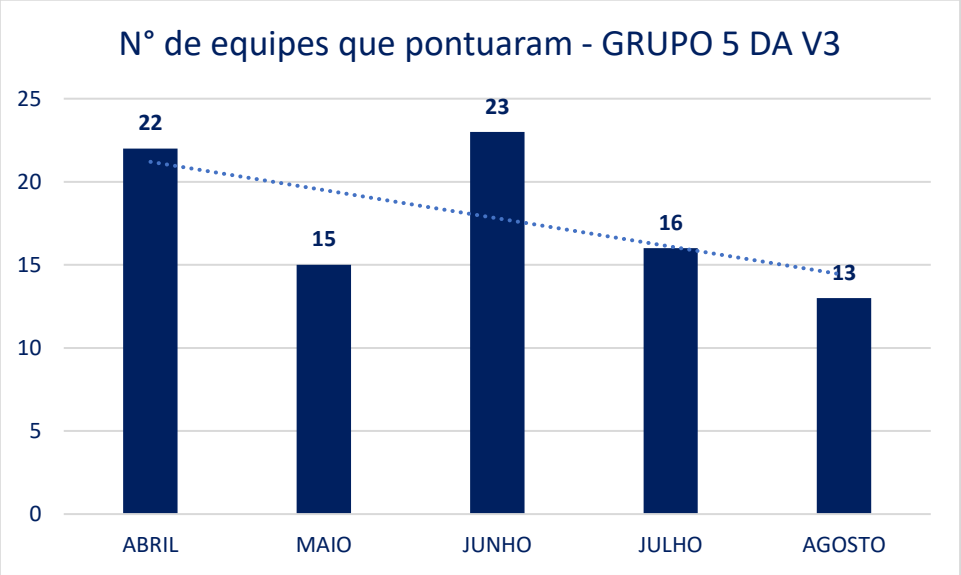
Grupo 3, 'Acompanhamento de uma gravidez'. Foi identificada inconsistência na contabilização deste indicador, até o fechamento deste relatório, não ajustada (chamado ID t_13985).



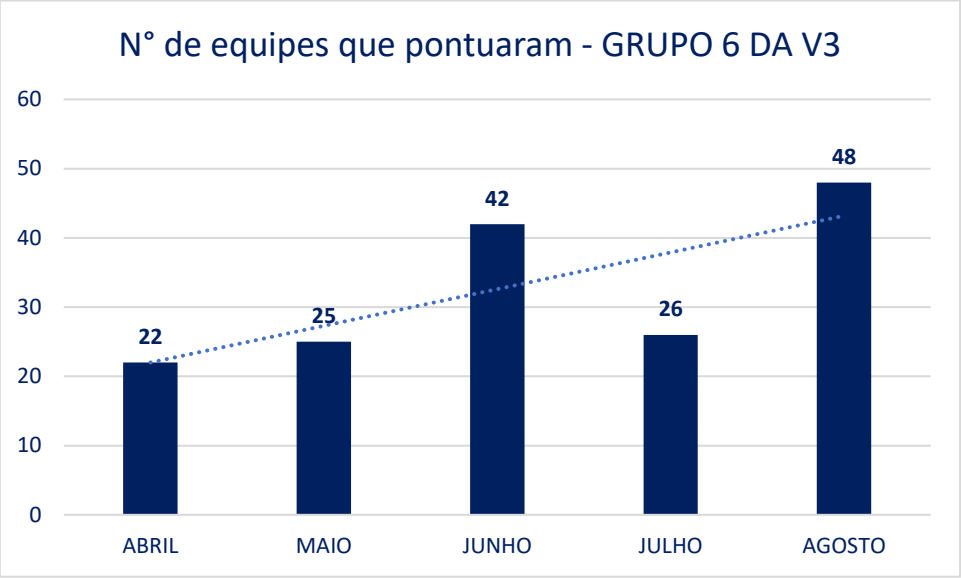
O **Grupo 4, 'Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano'**, teve um discreto aumento em seu resultado comparando agosto com julho.



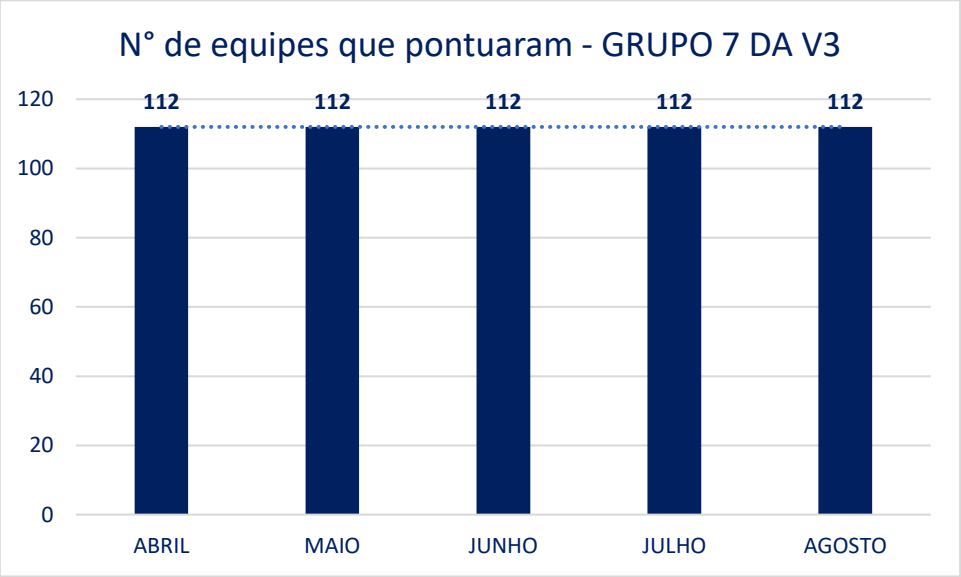
No **Grupo 5, 'Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano'**, foram 3 equipes a menos pontuando em agosto quando comparado a julho.



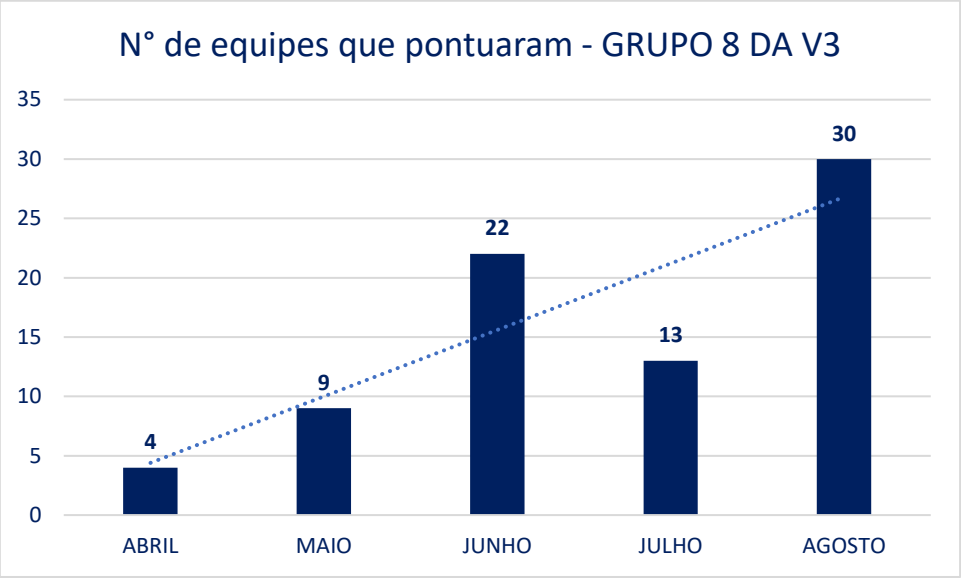
No **Grupo 6, 'Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano'**, observa-se uma evolução importante no mês de agosto, quando comparado a julho. Foram 22 equipes pontuando a mais.



Comparando os resultados do **Grupo 7, 'Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano'**, observa-se um comportamento regular, com 100% das equipes pontuando desde o último trimestre.

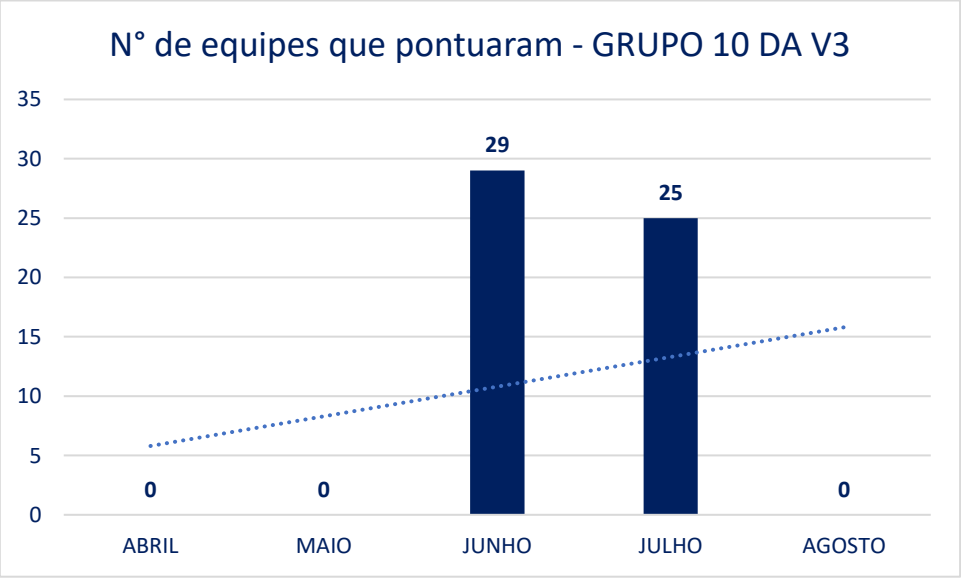


O **Grupo 8, 'Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose'**, apresentou 30 equipes pontuando em agosto, enquanto em julho foram 13 equipes, evolução significativa de cumprimento das condições deste indicador.

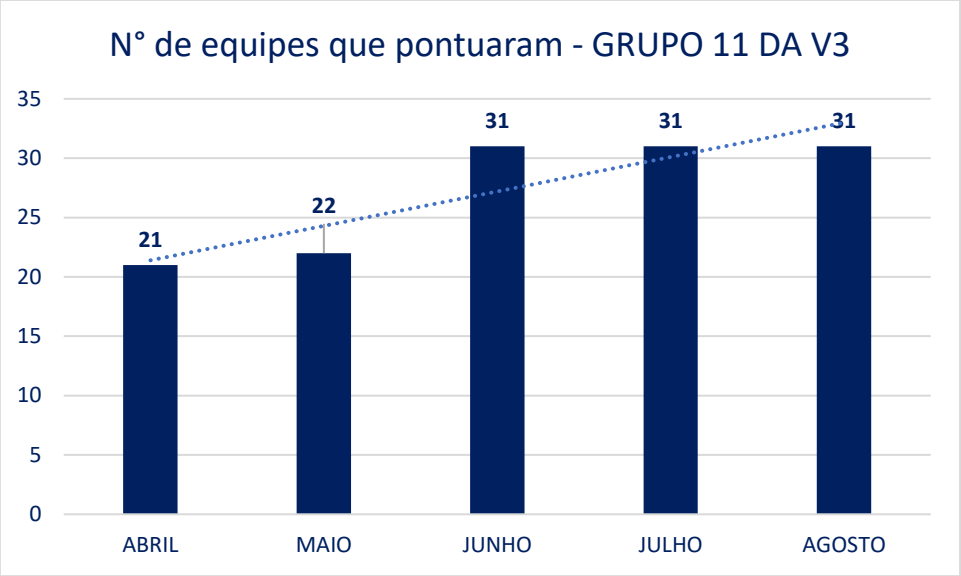


O **Grupo 9, 'Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase'** não apresentou nenhum usuário pontuando no mês de agosto.

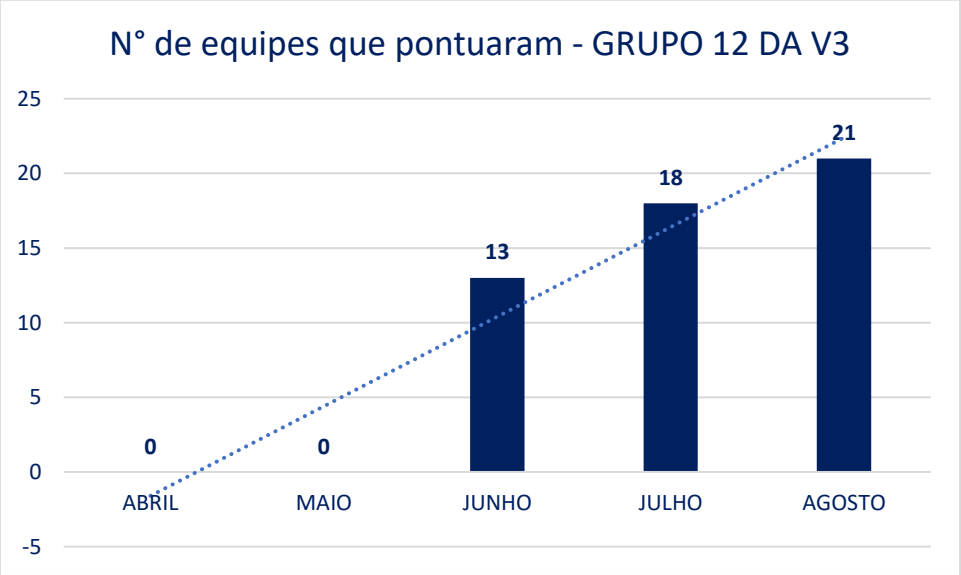
O **Grupo 10, 'Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas'**, começou a pontuar no mês de Junho, mantendo em julho praticamente o mesmo resultado e não houve usuário pontuando no mês de agosto. Foi identificada inconsistência na contabilização deste indicador, até o fechamento deste relatório, não ajustada (chamado ID t_ 14055).



No **Grupo 11, 'As equipes com alunos de graduação (equipe docente-assistencial)'**, pode se observar a manutenção do resultado entre agosto e julho.



No **Grupo 12, 'As equipes com residentes (equipe docente-assistencial)'**, observa-se melhoria no resultado pois nos meses de abril e maio anteriores o sistema apresentou inconsistência neste indicador.



O **Grupo 13, 'As equipes que aderiram ao Programa Saúde na Hora (modalidade 75h)'** não pontua, pois, nenhuma unidade de Atenção Primária da área faz parte do Programa Saúde na Hora na modalidade de 75h semanais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do mês em avaliação diversas atividades foram realizadas pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território. Abaixo, apresentamos atividades no mês de agosto.

Dias	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
02, 09, 23 e 30/08/2023	Curso para Gestores AP 3.2	Combate à homofobia. Diversos.	Gerentes da AP 3.2	CAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
08/08/2023	Reunião equipe Qualidade e Supervisão de Território	Fechamento Relatório OSINFO ref. Julho	-	IDEIAS
Participantes:	Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS			

Dias	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
07, 14, 21 e 28/08/2023	*Accountability*	Apresentação dos resultados das unidades	Profissionais das UAP, CAP e SUBPAV	UAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
18 e 30/08/2023	Treinamento Portfólio Gerentes	Confecção de portfólios para finalização do curso de Gerentes da SUBPAV e Accountability	Gerentes de APS	CAP 3.2
Participantes:	Rodrigo Rodriguez (Supervisão de Território IDEIAS)			

Dias	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
16 e 18/08/2023	Reunião da coordenação de saúde bucal da SMS com as ESB	Discussão de indicadores, Processo de trabalho e Acesso a saúde bucal	Dentistas, TSB e ASB	CAP 3.2
Participantes:	Erico Eduardo Ribeiro (coordenador de Saúde bucal SMS), Nerusa Grisolia (coordenadora odontologia IDEIAS), Supervisão de Território IDEIAS			

CAFÉ COM IDEIAS

Além destas, teve início no mês de abril de 2023 o "Café com IDEIAS" um ciclo de visitas às unidades para conversas sobre vigilância em saúde junto aos gerentes, pontos focais e RTs, priorizando alguns indicadores das linhas de Tuberculose e Saúde da Mulher.

Objetiva-se fomentar a discussão e a construção coletiva de estratégias para qualificação do cuidado. A sensibilização para o processo de monitoramento dos indicadores permite às equipes conhecerem melhor os fatores determinantes dos processos saúde-doença da população e isto facilita o planejamento do cuidado e do acesso. Estes encontros têm se caracterizado como um espaço potente de trocas, esclarecimento de dúvidas e aproximação entre profissionais e os feedbacks feitos pelos profissionais após as reuniões são muito positivos.

No mês de agosto, aconteceram os seguintes encontros para avaliação dos planos traçados anteriormente:

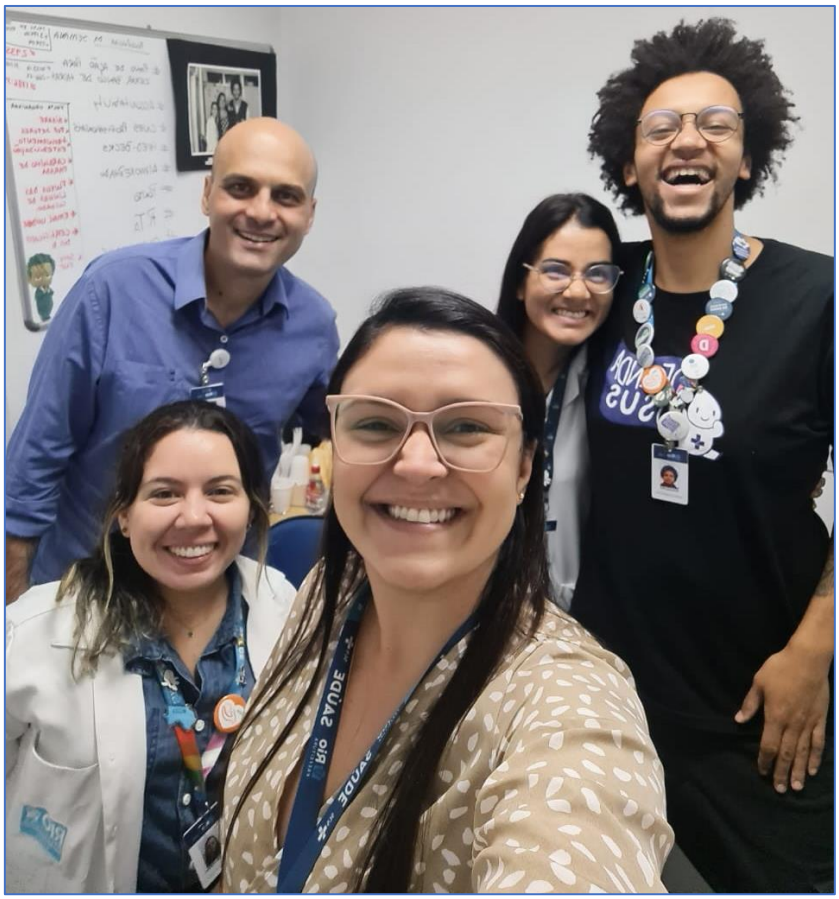
Visitas de avaliação

Unidade	Data da visita	Turno	Responsável
CMS Tia Alice	07/08/2023	Manhã	Rodrigo
CF Erivaldo Fernandes Nobrega	09/08/2023	Tarde	Rodrigo
CMS Eduardo A Vilhena	09/08/2023	Tarde	Marianna
CF Herbert Jose de Souza	10/08/2023	Manhã	Rodrigo
CF Olga Pereira Pacheco	15/08/2023	Manhã	Clara
CMS Rodolpho Rocco	17/08/2023	Tarde	Clara
CMS Renato Rocco	18/08/2023	Tarde	Clara
CF Anthidio Dias da Silveira	22/08/2023	Tarde	Clara
CF Anna Nery	23/08/2023	Manhã	Marianna
CF Amelia dos Santos Ferreira	24/08/2023	Manhã	Clara
CF Luiz Celio Pereira	24/08/2023	Tarde	Clara

Entende-se que a construção coletiva, dentro de uma lógica de gestão compartilhada e baseada em propostas de problematização e de Educação Permanente, pode funcionar como agente facilitador para reflexões e mudanças. Visitas finalizadas no mês de agosto. Os resultados serão compilados e divulgados com os participantes em momento próximo.

Café com IDEIAS CMS Eduardo Araujo Vilhena Leite

Café com IDEIAS CF Herbert Jose de Souza



Café com IDEIAS CF Amelia dos Santos Ferreira

5. ANEXO 1 – DECLARAÇÕES COMPROBATÓRIAS DA V1

SUS
Sistema
Único
de Saúde