TEIAS 3.2

COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.2

RELATÓRIO DE GESTÃO

Contrato de Gestão Nº 007/2021

Agosto de 2023

Referência Julho 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 Zani

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) 19

1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos 20

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 21

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose 22

1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação 24

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 32

2.1 Resultado dos Indicadores da Variável 02: incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária; 32

2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família. 33

2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos. 34

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. 35

2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados. 36

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. 38

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. 43

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. 44

2.1.11 Indicador D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado. 45

2.1.12 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado. 46

2.1.13 Indicador D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. 47

2.1.14 Indicador D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida. 48

2.1.15 Indicador D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. 49

2.1.16 Indicador S1 – Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos. 49

2.1.17 Indicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário. 51

2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME. 51

2.1.19 Indicador E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos. 52

2.1.20 Indicador E4 - Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG. 52

3. PARTE 3 53

3.1 Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB). 53

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 60

EDUCAÇÃO PERMANENTE 61

5. ANEXO 1 – DECLARAÇÕES COMPROBATÓRIAS DA V1 64

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 julho 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 deste relatório 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 podem ter sofrido 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: abril, maio e junho 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	1236	99,44%	Sim
			Denominador	1243		
03	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	95%	Numerador	360	99,72%	Sim
			Denominador	361		
04	Abastecimento regular das unidades	95%	Numerador	24	100,00%	Sim
			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	1243	100,00%	Sim
			Denominador	1243		
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	603	99,18%	Sim
			Denominador	608		
11	**Proporção de cura de Tuberculose**	90%	Numerador	38	84,44%	Não
			Denominador	45		
12	**Acompanhamento de Sífilis na Gestação**	90%	Numerador	13	17,57%	Não
			Denominador	74		

13	**Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas**	80%	Numerador	167	76,26%	Não
			Denominador	219		
14	**Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF)**	90%	Numerador	337553	98,32%	Sim
			Denominador	343331		
15	**Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com menos de 16 anos (DNV)**	90%	Numerador	61370	96,99%	Sim
			Denominador	63277		
16	**Rotatividade de profissionais nas equipes**	≤ 5%	Numerador	20,5	1,65%	Sim
			Denominador	1239		
17	**Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas**	90%	Numerador	20	26,32%	Sim
			Denominador	76		
18	**Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência**	90%	Numerador	109	85,16%	Sim**
			Denominador	1280		

	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	1901	18,95%	Sim
			Denominador	10031		

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.

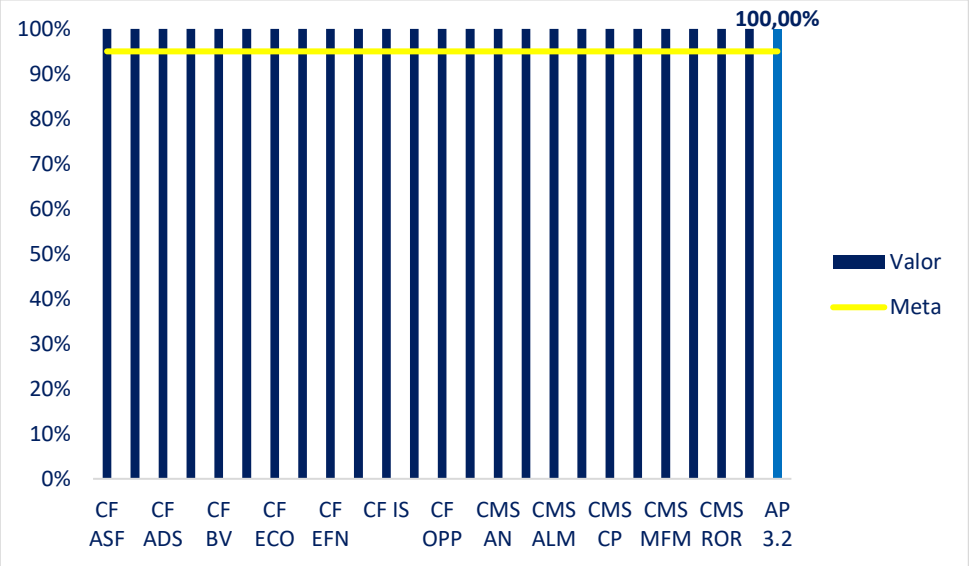
** O mês de julho não será considerado letivo.

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 Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
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

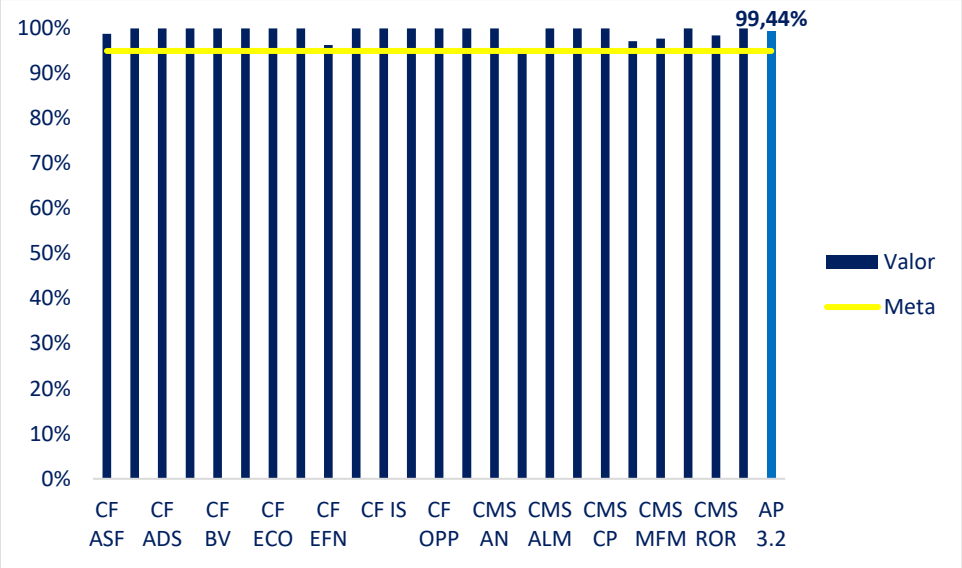
Nota: meta alcançada no período em análise.

Para o efetivo acompanhamento das comissões de prontuários implementadas nas UAP, a Gerência de Qualidade IDEIAS (GQI) 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.

No mês de maio foram realizadas oficinas com os gerentes e responsáveis técnicos das unidades abordando a importância das reuniões para avaliação de prontuários e também para discussão dos roteiros em uso. Facilitaram as oficinas profissionais da Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS e as responsáveis técnicas de Enfermagem e Medicina da CAP 3.2. Os roteiros de apoio foram revisados, levando em consideração as sugestões e apontamentos oriundos das oficinas. O modelo de regimento interno também passou por adequações, alinhando-se ao preconizado no ofício Nº SMS-OFI-2023/09330, de 14 de março de 2023. A partir deste mês os novos instrumentos passaram a ser utilizados.

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

Indicador	Meta	Resultado Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de profissionais de saúde cadastradas no SCNES.	95 %	**99,44%**	99,20%	97,37%	98,63%
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.					



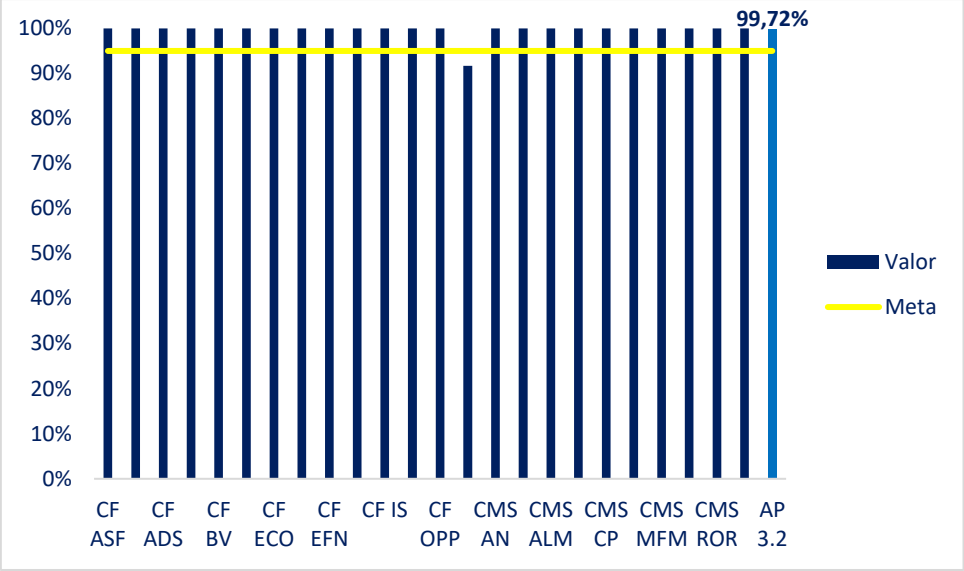
Fonte: PEP + arquivo exportação do CNES.

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 Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Percentual de consultórios com impressora funcionando.	95%	**99,72%**	99,72%	99,15%	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

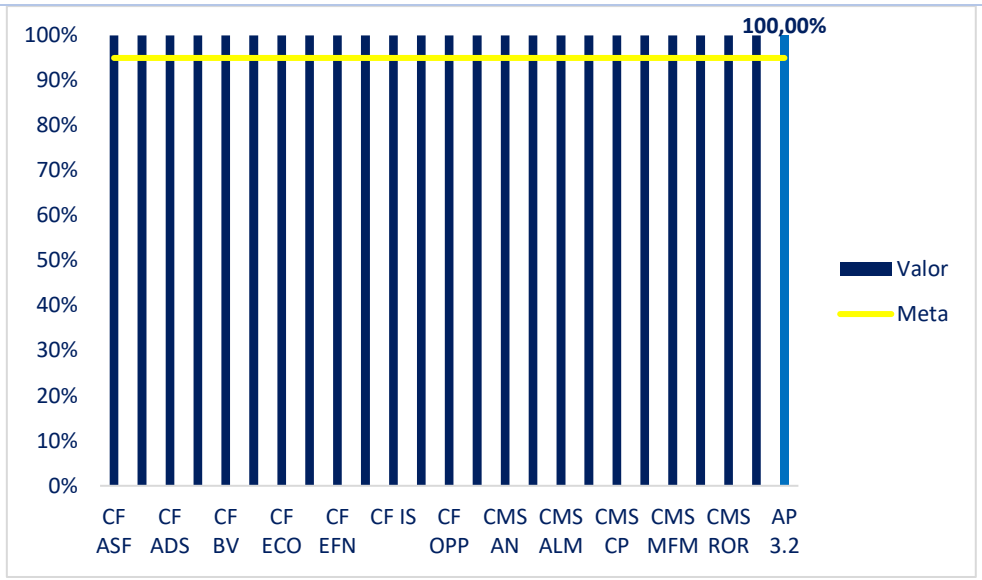
Nota: meta alcançada no período em análise.

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 Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
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

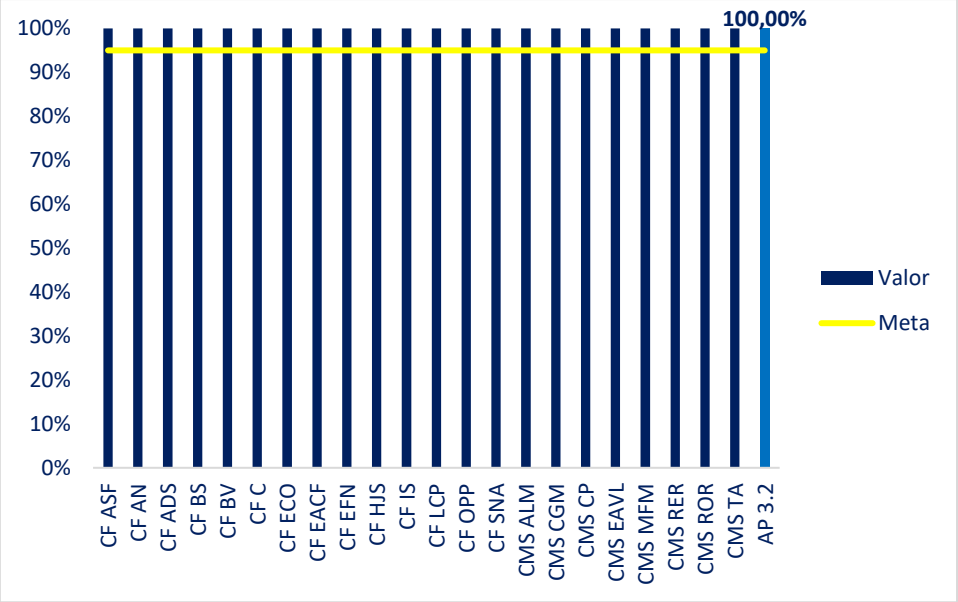
Nota: meta alcançada no período em análise.

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 Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
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

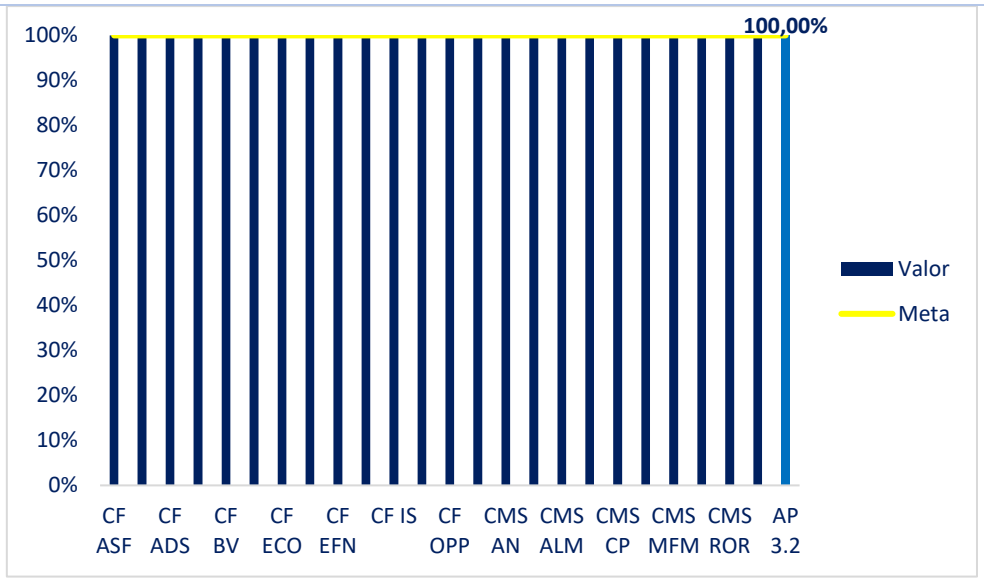
Periodicidade da avaliação: Trimestral

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 Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
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.

A equipe da GQI 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).

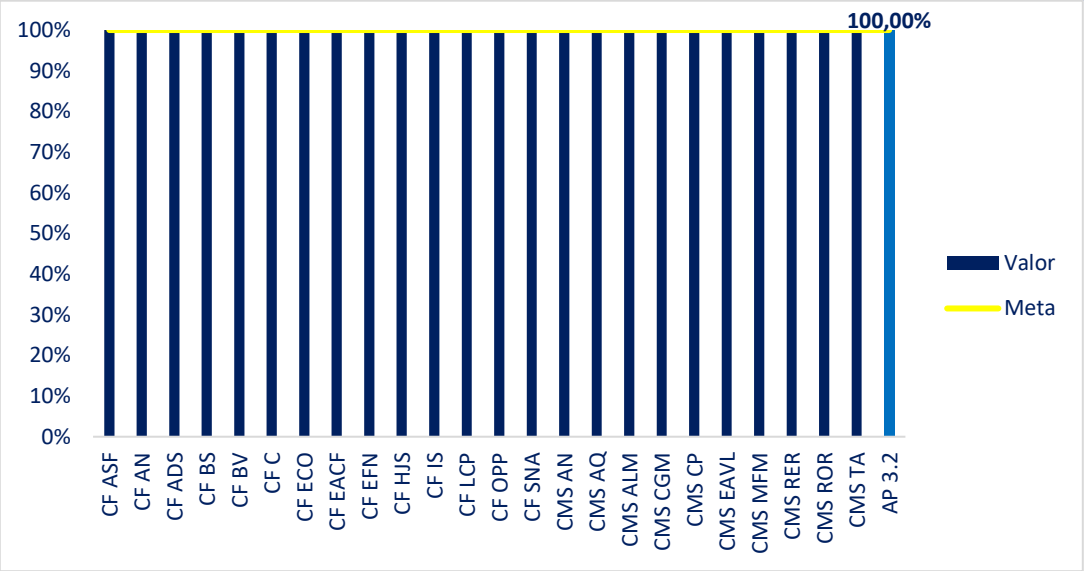
Este mecanismo garante a alimentação adequada do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). A equipe também mantém um fluxo de informação no qual recebe das UAP os arquivos de produção no primeiro dia útil de cada mês, realiza o faturamento dos procedimentos e encaminha à DICA da AP 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 Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
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	Resultado Julho	Resultado Trimestre Anterior
Razão do gasto administrativo em relação ao total de gasto.	≤ 1	Calculado ao final do trimestre	**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

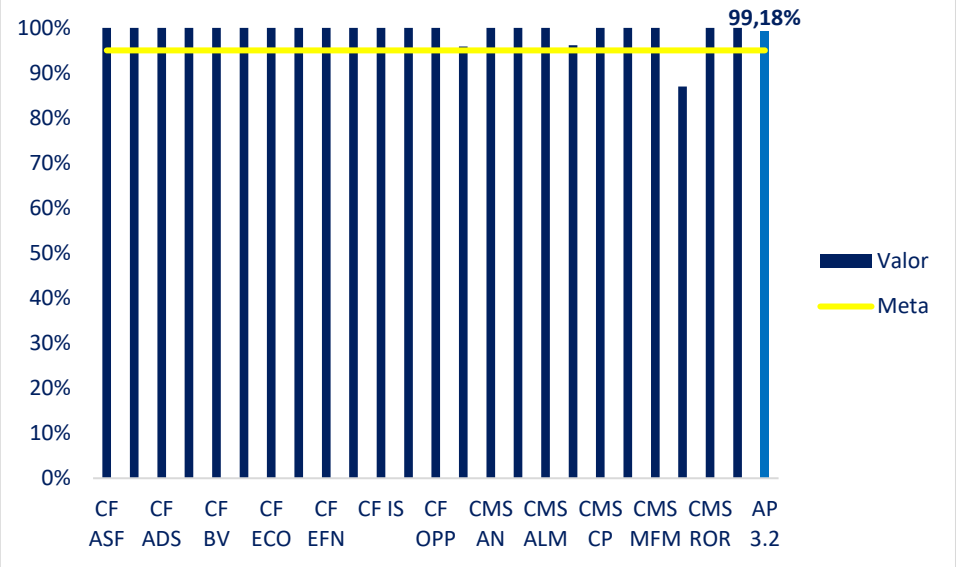
Indicador	Meta	Resultado Julho	Resultado Trimestre Anterior
Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS.	95%	Calculado ao final do trimestre	**97,50%**
Cálculo do Indicador: Total de itens comprados abaixo da média de preços / Total de itens adquiridos x 100			
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 Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e serviços prestados.	95%	**99,18%**	96,95%	97,58%	99,66%

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, foram apenas 5 marcações de "não satisfatório", realizadas por 3 unidades. Seguem detalhadas:

CMS CGM	Limpeza - Pontualidade - Colaborador não tem boa pontualidade de horário
CMS RER	Internet - Velocidade – período sem conexão ao longo do mês
	Internet – Funcionamento - período sem conexão ao longo do mês
	Prontuário eletrônico – Funcionamento – problemas de acesso a dados de pacientes
CF SNA	Internet – Funcionamento - período sem conexão ao longo do mês

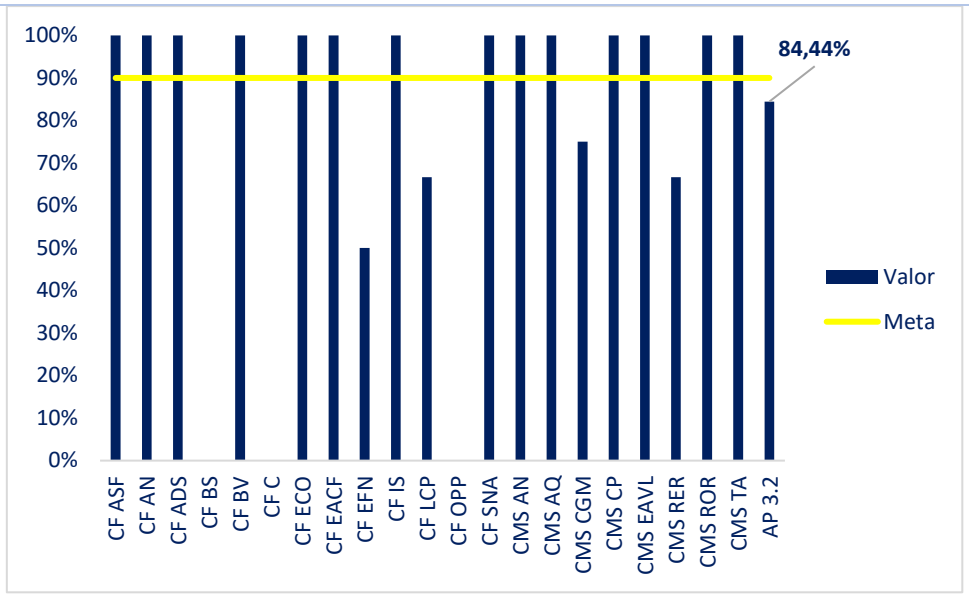
- Em relação à questão de pontualidade do serviço de limpeza apontada pelo CMS Carlos Gentille de Mello: assunto tratado com o gerente da unidade e feedback realizado com a funcionária;

- No que tange às sinalizações de velocidade e mau funcionamento da internet no CMS Renato Rocco, bem como de funcionamento do prontuário eletrônico: deveu-se à instabilidade da operadora, tratada e apoiada em tempo real pela equipe de TI do IDEIAS; e

- Em relação ao funcionamento da internet sinalizado pela CF Sergio Nicolau Amin: foi realizada no início do mês de agosto a troca da antena.

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose

Indicador	Meta	Resultado Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período.	90%	**84,44%***	66,67%	68,75%	90,24%
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 2 inconsistências a serem ajustadas: uma 'Mudança de Diagnóstico' na CF Barbara Starfield e um caso sendo considerado no CMS Carlos Gentille de Mello, entretanto, quando se clica na lista de diferença, não há devolução de nome. No total devem ser 38 casos no numerador e 43 no denominador (em vez de 45), devendo passar de 84,44% para 88,37% em julho.

Realizou-se análise ao longo do mês, 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. 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.

Em todos os casos foi feita devolutiva aos gestores das unidades. 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, que contempla visitas às unidades para conversas sobre vigilância em saúde junto aos gerentes e, se possível, pontos focais e RTs. A prioridade é abordar duas linhas de cuidado (saúde da mulher e tuberculose) e três indicadores do contrato de gestão,

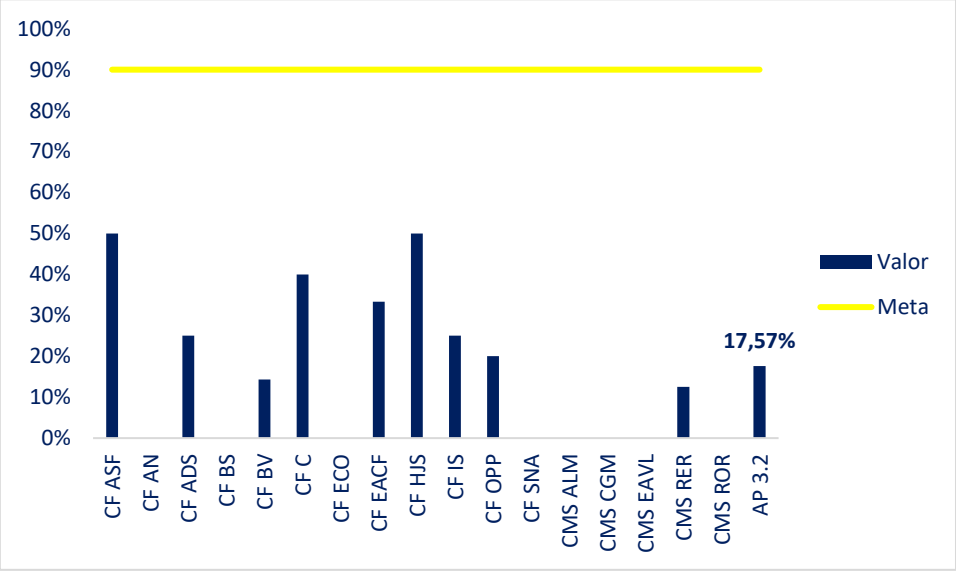
estando entre eles o de 'Proporção de cura de tuberculose'. Objetiva-se fomentar a discussão, a construção coletiva de estratégias para qualificação do cuidado e melhorias no indicador. Nestes encontros, matrizes de intervenção são formuladas e dentre as estratégias, a limpeza do banco de CIDs de tuberculose. Orienta-se que as equipes encerrem os CIDS antigos – usuários que não se encontram mais em tratamento, o que pode interferir aumentando o denominador. O projeto continua em andamento e até final de agosto serão realizadas as visitas de avaliação das intervenções.

No mês em análise também foi realizado o segundo encontro 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.

1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação

Indicador	Meta	Resultado Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de notificações de sífilis na gestação com tratamento adequado.	90%	**17,57%**	10,00%	8,70%	6,38%

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

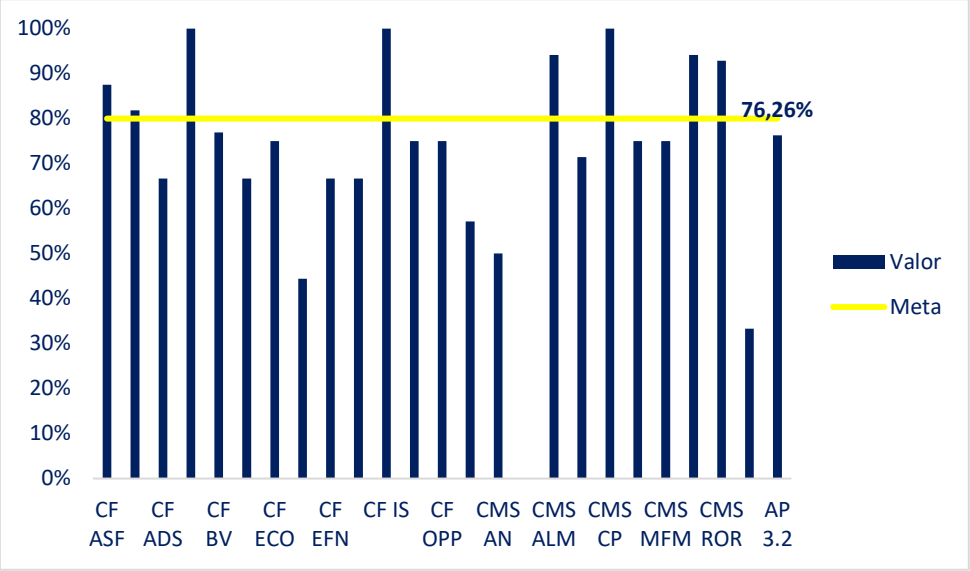
Um apontamento importante sobre esse indicador é que com o 2° Termo Aditivo ao Contrato de Gestão n°007/2021, firmado em 18 de julho de 2023 para início em 01 de setembro de 2023, houve algumas alterações nos indicadores. Apesar dos novos termos estarem previstos para iniciar em setembro de 2023, especificamente 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. Um estudo realizado pela Gerência de Qualidade prevê 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 passará de 18,31% para 46,55%. Foi realizado um levantamento e enviado para as unidades uma listagem de 27 usuárias com alguma falta de registro de dose para que as equipes avaliem e façam as adequações nos registros, o que interferirá ainda mais no resultado do indicador.

Outra ação relevante é que no mês de maio de 2023 teve início o projeto Café com IDEIAS, que contempla visitas às unidades para conversas sobre vigilância em saúde junto aos gerentes e, se possíveis pontos focais e RTs. A prioridade é 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'. Objetiva-se fomentar a discussão, a construção coletiva de estratégias para qualificação do cuidado e melhoria no indicador. O projeto está em andamento.

1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas

Indicador	Meta	Resultado Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal registradas no PEP.	80%	**76,26%**	67,65%	69,87%	71,90%

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

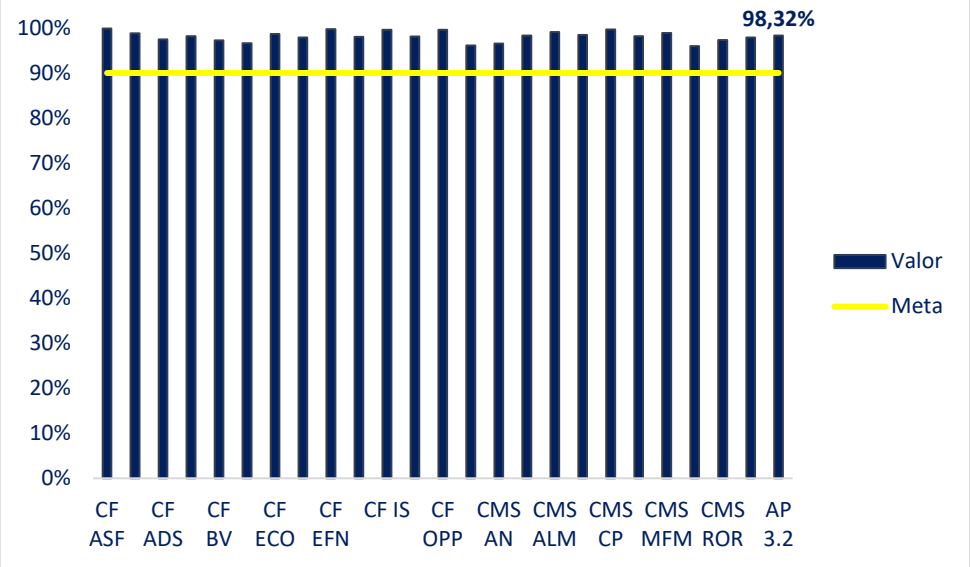
Instrumentos de monitoramento visam ao apoio e alcance deste indicador, com disponibilização de listas de gestantes com sinalização da Data Provável do Parto, chamando atenção às gestantes com DPP para 45 dias ou menos; e listas de gestantes ativas com 42 semanas ou + de gravidez, solicitando feedback 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 contempla visitas às unidades para conversas sobre vigilância em saúde junto aos gerentes e, se possíveis pontos focais e RTs. A prioridade é 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’. Objetiva-se fomentar a discussão, a construção coletiva de estratégias para qualificação do cuidado e melhoria do indicador. O projeto está em andamento.

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

Indicador	Meta	Resultado Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de cadastros definitivos com n° único em relação ao total de cadastros (pessoas com 16 anos ou mais).	90%	**98,32%**	98,11%	98,16%	98,20%

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.



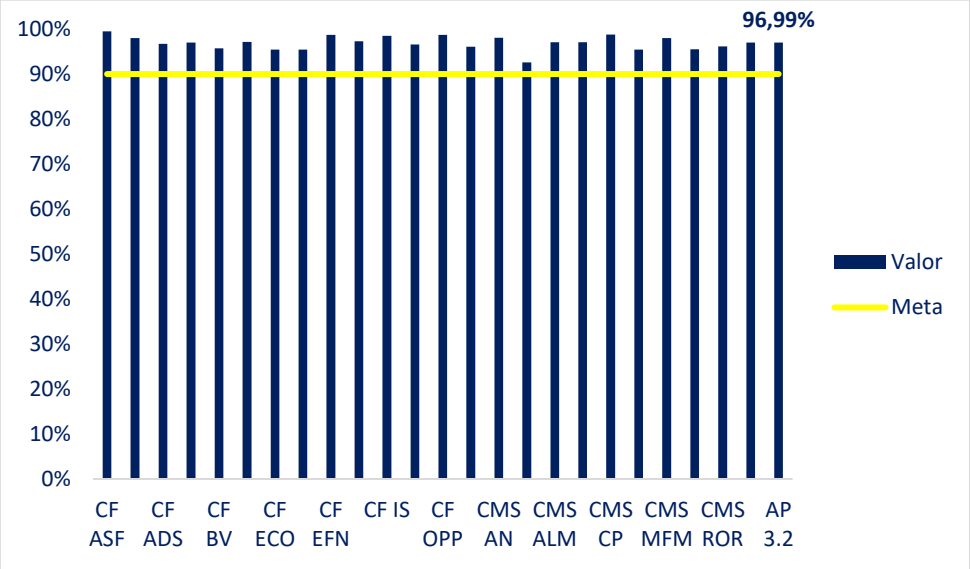
Fonte: PEP Vitacare

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 Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de cadastros definitivos com n° único em relação ao total de cadastros (pessoas com menos de 16 anos).	90%	**96,99%**	96,52%	96,68%	96,79%
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 Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família.	Menor ou igual 5%	**1,65%**	1,72%	1,76%	1,21%
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 Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Nº de crianças e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiárias.	**Jul 20%** Jun 90% Mai 80% Abr 60%	**26,32%**	73,91%	91,57%	100,00%
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.

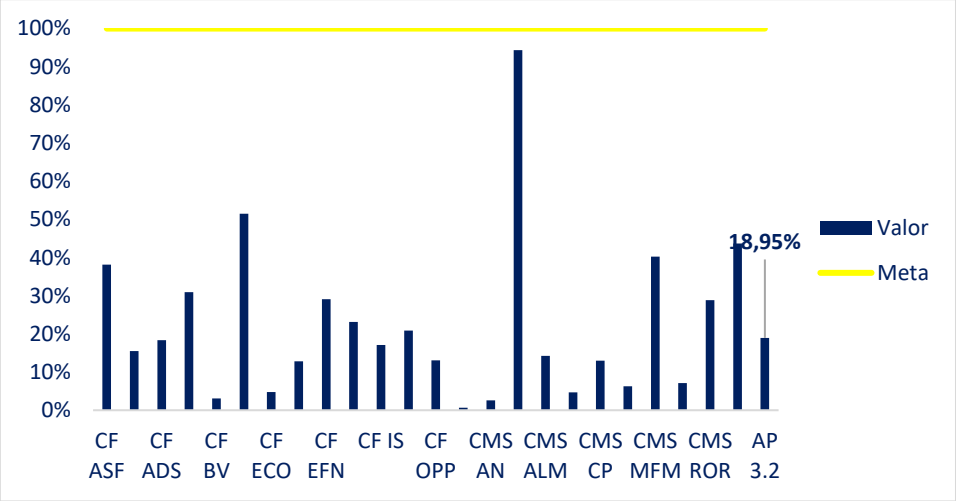
1.1.18 Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção e assistência.

Indicador	Meta	Resultado Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de escolas e creches cobertas na área da UAP	90%	**85,16%***	100,00%	100,00%	100,00%
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 é considerado mês letivo, não sendo considerado para o trimestre vigente (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 Julho	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral entre as famílias beneficiárias de programa de incentivo.	100%	**18,95%**	19,14%	29,12%	55,77%
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%.

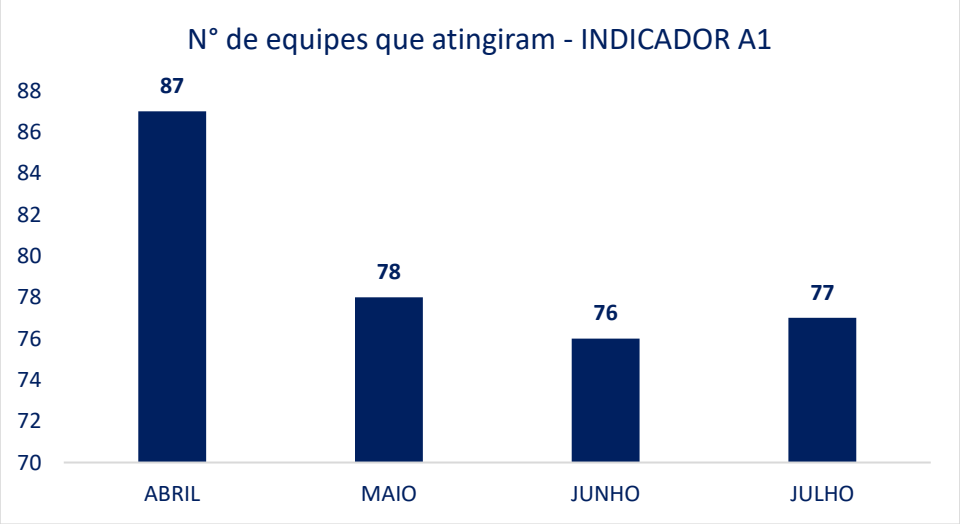
Da mesma forma, as unidades que atingiram as metas de 12 a 16 indicadores só receberão 50% do repasse se a completude das Fichas de Cadastro for de 90% ou mais. Caso seja menor que 90%, o repasse será de apenas 25%.

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.

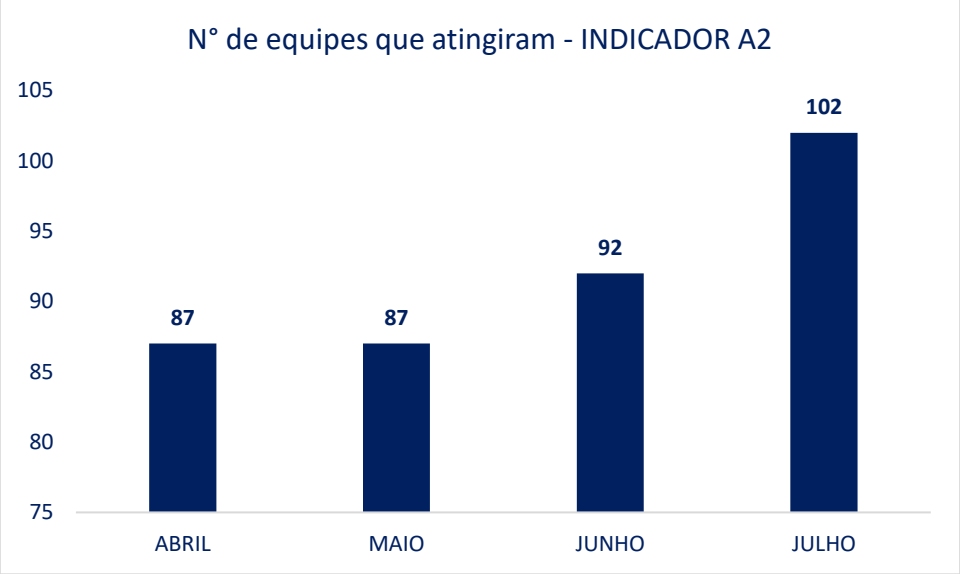


A reorganização do processo de trabalho; a avaliação das agendas dos médicos nas equipes; e a organização das demandas tiveram um reflexo positivo neste indicador quando analisamos a evolução desde o início do contrato.

Há vacância médica em algumas unidades como: CF Amelia dos Santos Ferreira; CF Anna Nery; CF Bibi Vogel; CF Erivaldo Fernandes Nobrega; CMS Aquidabã; CMS Milton Fontes Magarão; CMS Ariadne Lopes de Menezes; impactando diretamente no indicador. Tais vagas estão sendo trabalhadas pelo RH do IDEIAS. Outro fator que interfere nesse indicador é o período de férias de médicos na CF Bibi Vogel.

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

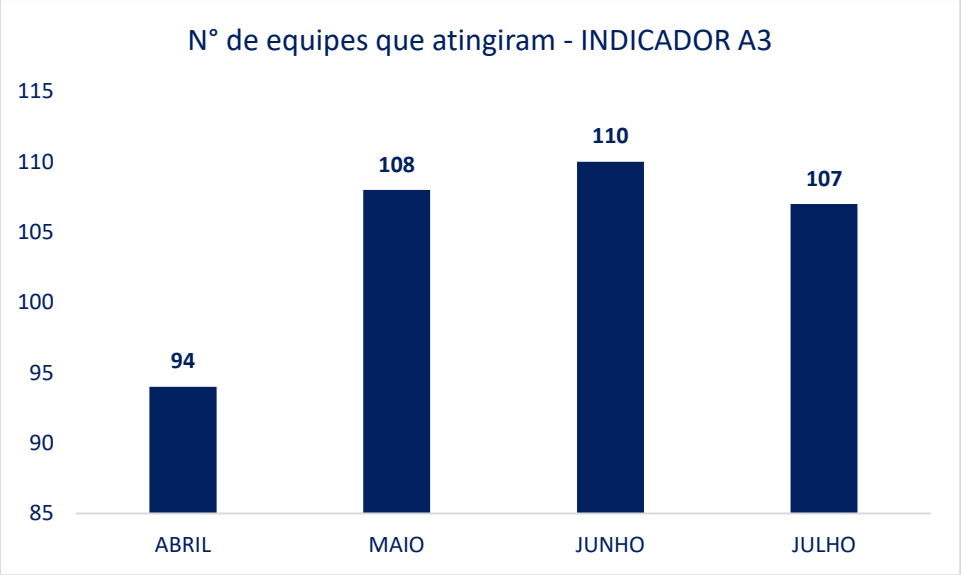
2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.



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 10 equipes que não alcançaram, os motivos estão alinhados aos apontamentos feitos para o indicador A1: férias e vacâncias.

A equipe da Supervisão de Território IDEIAS tem realizado visitas nestas unidades para apoiar na educação permanente e estimular o agendamento de consultas nas equipes com mais dificuldade no processo. Outro fator importante: unidades que possuem residência médica utilizam uma 'planilha de demanda', organizando os atendimentos de usuários que chegam por livre demanda.

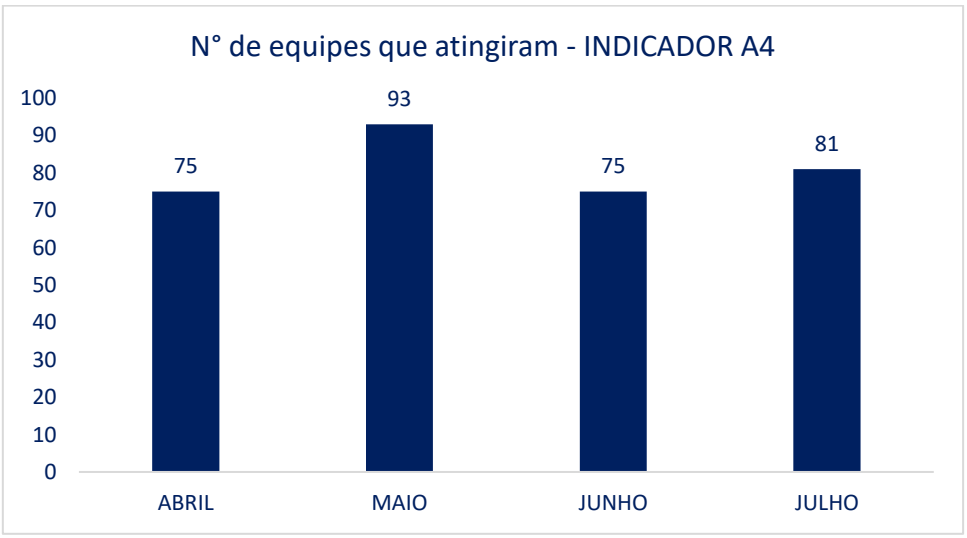
2.1.3 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.



Levando-se em consideração a meta mensal, 106 visitas (meta do trimestre dividida por 3), apenas 5 equipes não alcançam a meta: Bela Vista e Conselheiro Jobim da CF Cabo Edney Canazaro de Oliveira, Engenho e Mario Bahia da CF Emygdio Alves Costa Filho e Marilia Dirceu da CF Erivaldo Fernandes Nobrega.

A Supervisão de Território IDEIAS pontuou com os gestores ajustes nos processos de trabalho dessas equipes para melhoria do indicador.

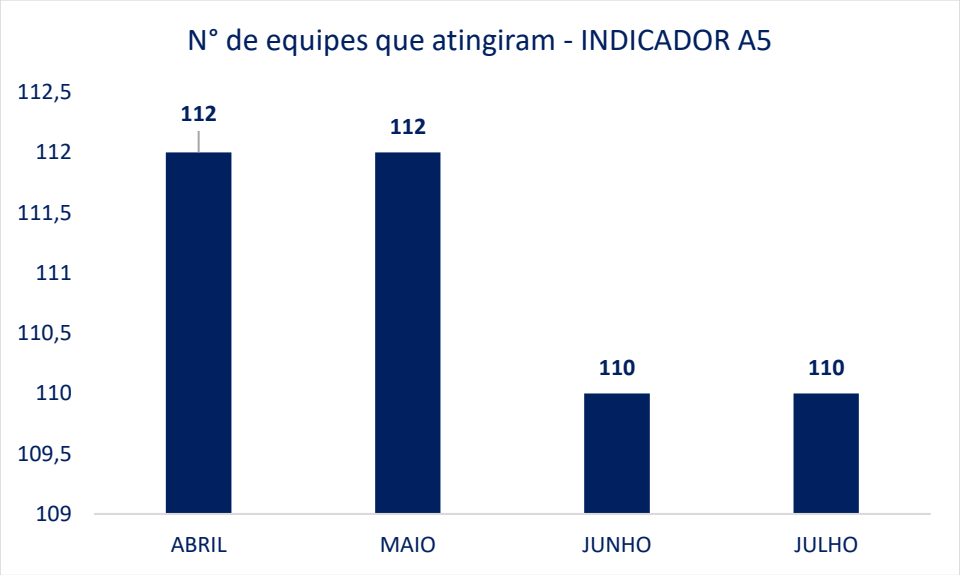
2.1.4 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.



Levou-se em consideração uma meta mensal de 4 grupos - meta do trimestre dividida por 3. Um ponto que pode ter interferido negativamente no mês em análise foi o fato de julho não ser considerado um mês letivo para a rede de ensino, não tendo atividade educativa nas escolas da área por, pelo menos, duas semanas do mês.

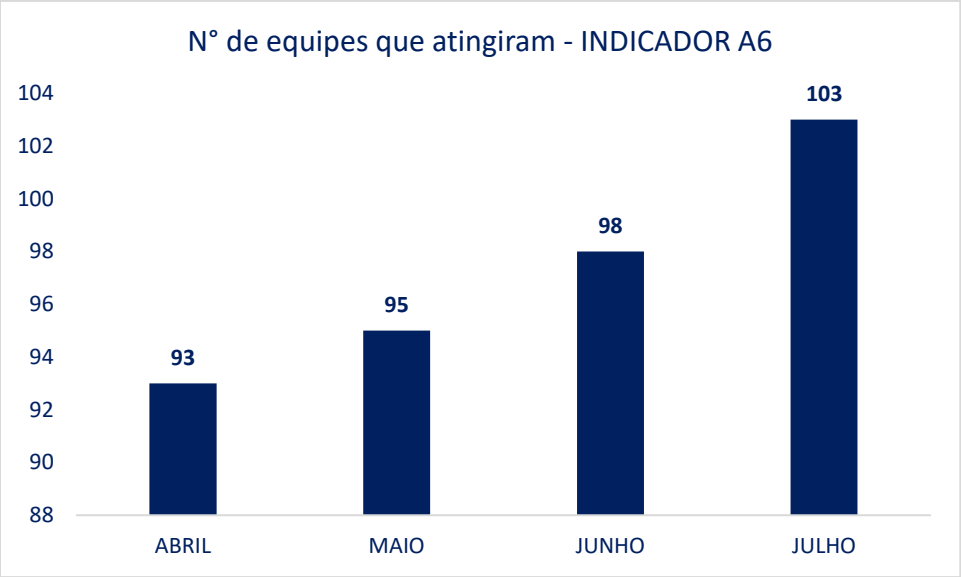
Se avaliados os resultados dos trimestres até aqui, este indicador teve uma melhora significativa devido a adequações nos processos de trabalho das equipes e intensificação das atividades educativas em salas de espera.

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, interferindo na oferta de alguns serviços. Vacância sendo trabalhada no mês de agosto, com lotação de uma profissional 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.

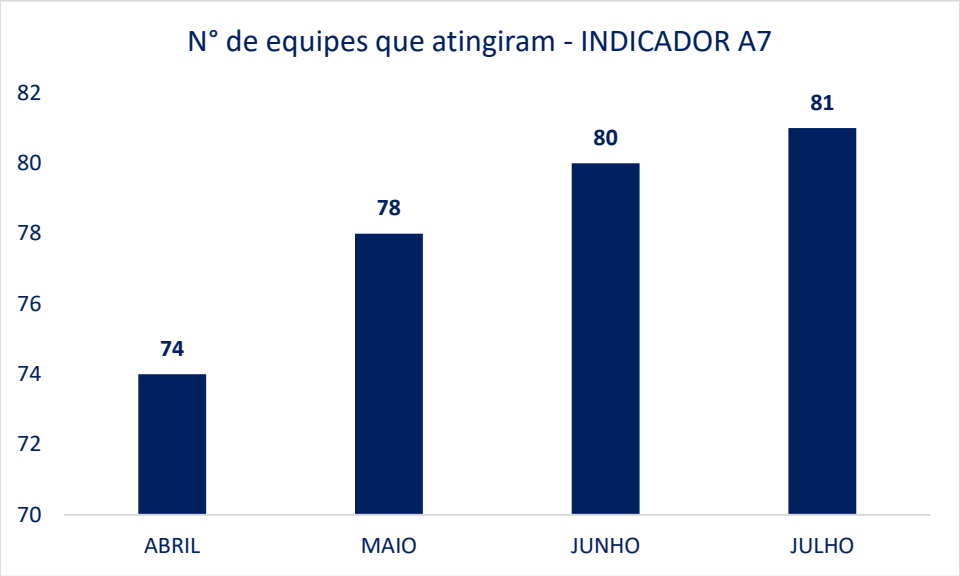


Nota-se uma evolução importante neste indicador. Houve orientação e sensibilização dos profissionais quanto ao registro em campo adequado.

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.

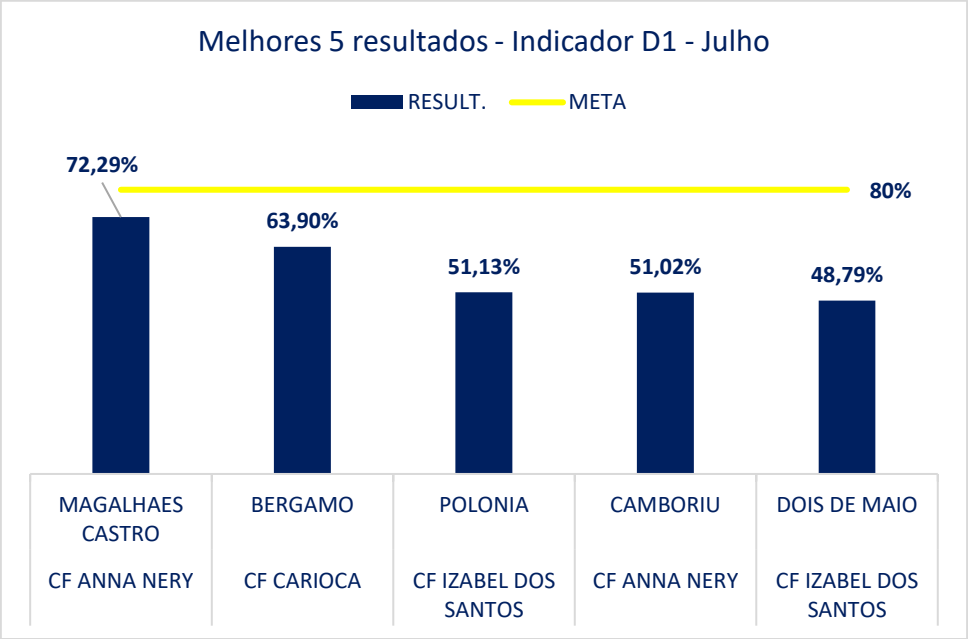


Observa-se melhora no indicador de cobertura de primeira consulta odontológica. Desde o início do contrato de gestão, houve investimento nos espaços de discussão com as equipes de saúde bucal, contando com o apoio da coordenação de saúde bucal do IDEIAS a partir do mês de junho.

Outras ações para qualificar estes resultados são reuniões junto à SMS Rio para adoção de estratégias para ampliar acesso.

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, e Bergamo, da CF Carioca. Abaixo podem ser visualizados os melhores 5 resultados no mês de julho.



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 e sensibilização da população nas salas de espera.

Dando continuidade ao pactuado para o último trimestre, conforme orientações da última CTA, foi combinado com os gestores das unidades um aumento de, pelo menos, 10% em relação ao último trimestre. Reforçamos aqui que com a carga de cadastros realizada pelo VitaCare entre junho e julho, os denominadores deste indicador aumentaram significativamente em algumas unidades, reduzindo o resultado das equipes comparativamente.

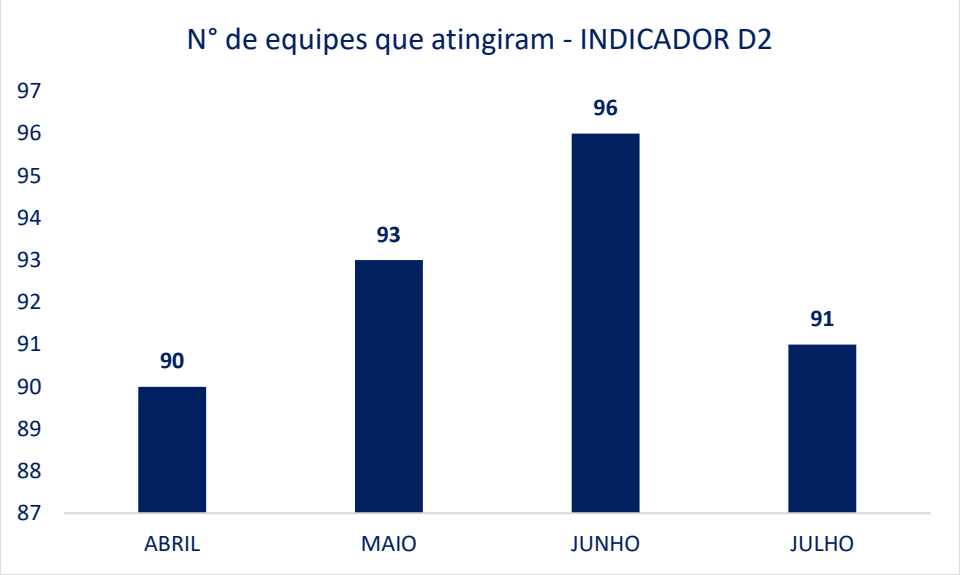
Na próxima página pode ser visualizada a tabela com as comparações de numeradores, denominadores e resultados do último trimestre (abril, maio e junho) com julho, bem como se cada equipe alcançou ou não a meta escalonada de 10% a mais.

Unidade	Equipe	Num Abr Mai Jun	Den Abr Mai Jun	Resultado Abr Mai Jun	Meta Julho	Num Julho	Den Julho	Resultado Julho	ALCANÇOU A META?	≠ entre os Den
CF ASF	CAMILA BRAVO	177	1026	17,25%	**18,97%**	206	1136	**18,13%**	Não	110
CF ASF	FAGUNDES VARELA	219	889	24,64%	**27,11%**	271	975	**27,79%**	Sim	86
CF ASF	FAZENDINHA	247	1015	24,38%	**26,81%**	317	1122	**28,25%**	Sim	107
CF ASF	FRANCISCO FRAGOSO	193	1040	18,52%	**20,37%**	235	1206	**19,49%**	Não	166
CF ASF	MONTEIRO DA LUZ	213	1137	18,76%	**20,64%**	246	1251	**19,66%**	Não	114
CF ASF	PAU FERRO	225	882	25,56%	**28,11%**	273	962	**28,38%**	Sim	80
CF ASF	POCONE	180	964	18,68%	**20,55%**	208	1081	**19,24%**	Não	117
CF ASF	SILVA BRAGA	128	917	13,95%	**15,35%**	181	1144	**15,82%**	Sim	227
CF AN	ALMIRANTE ARY PARREIRAS	328	1003	32,75%	**36,02%**	370	1126	**32,86%**	Não	123
CF AN	CAMBORIU	238	501	47,44%	**52,18%**	449	880	**51,02%**	Não	379
CF AN	DR GARNIER	308	873	35,28%	**38,81%**	347	942	**36,84%**	Não	69
CF AN	JOSE FELIX	272	832	32,67%	**35,93%**	310	940	**32,98%**	Não	108
CF AN	MAGALHAES CASTRO	518	662	78,21%	**86,03%**	686	949	**72,29%**	Não	287
CF ADS	CONCORDIA	179	747	23,96%	**26,36%**	236	926	**25,49%**	Não	179
CF ADS	DARCI VARGAS	181	654	27,74%	**30,52%**	243	826	**29,42%**	Não	172
CF ADS	FAZENDINHA	228	771	29,60%	**32,56%**	282	910	**30,99%**	Não	139
CF ADS	MIGUEL ANGELO	146	532	27,36%	**30,10%**	180	665	**27,07%**	Não	133
CF ADS	PONTILHAO	160	677	23,57%	**25,93%**	203	816	**24,88%**	Não	139
CF ADS	VIUVA CLAUDIO	201	737	27,29%	**30,01%**	243	856	**28,39%**	Não	119
CF ADS	XV DE AGOSTO	247	654	37,72%	**41,49%**	294	749	**39,25%**	Não	95
CF BS	DARKE DE MATOS	408	2000	20,42%	**22,46%**	325	2193	**14,82%**	Não	193
CF BS	DOMINGOS DE MAGALHAES	338	1320	25,57%	**28,13%**	389	1421	**27,38%**	Não	101
CF BS	FELIX FERREIRA	342	1342	25,48%	**28,03%**	374	1424	**26,26%**	Não	82
CF BS	PIRES DE CARVALHO	376	1567	23,97%	**26,37%**	420	1642	**25,58%**	Não	75
CF BS	VOLTA GRANDE	273	1397	19,51%	**21,46%**	308	1596	**19,30%**	Não	199
CF BV	ADHEMAR BEBIANO	229	895	25,56%	**28,11%**	260	1022	**25,44%**	Não	127
CF BV	CANITAR	225	914	24,59%	**27,05%**	288	1020	**28,24%**	Sim	106
CF BV	HORTOLANDIA	173	869	19,95%	**21,95%**	191	979	**19,51%**	Não	110
CF BV	MALACACHETA	211	970	21,79%	**23,97%**	249	1108	**22,47%**	Não	138
CF BV	MANUEL MAURICIO	298	865	34,46%	**37,91%**	332	951	**34,91%**	Não	86
CF BV	MARECHAL CASTELO BRANCO	141	761	18,52%	**20,37%**	186	963	**19,31%**	Não	202
CF BV	MOREIA	259	644	40,27%	**44,30%**	347	812	**42,73%**	Não	168
CF C	BERGAMO	433	709	61,12%	**67,23%**	547	856	**63,90%**	Não	147
CF C	ITAPOA	149	426	35,05%	**38,56%**	200	561	**35,65%**	Não	135
CF C	MOGI MIRIM	366	927	39,46%	**43,41%**	461	1097	**42,02%**	Não	170
CF CECO	ALZIRA VALDETARO	301	891	33,74%	**37,12%**	326	996	**32,73%**	Não	105
CF CECO	BELA VISTA	289	878	32,94%	**36,24%**	346	1003	**34,50%**	Não	125
CF CECO	CERQUEIRA LIMA	175	880	19,89%	**21,88%**	217	993	**21,85%**	Não	113

CF CECO	CONSELHEIRO JOBIM	346	907	38,15%	**41,96%**	397	1027	**38,66%**	Não	120
CF CECO	MANOEL MIRANDA	132	663	19,87%	**21,86%**	183	963	**19,00%**	Não	300
CF CECO	SAO PAULO	100	836	12,01%	**13,21%**	133	994	**13,38%**	Sim	158
CF EACF	AGUIA DE OURO	215	1117	19,25%	**21,17%**	269	1223	**22,00%**	Sim	106
CF EACF	ALVARO DE MIRANDA	124	1042	11,90%	**13,09%**	166	1193	**13,91%**	Sim	151
CF EACF	ENGENHO	214	1351	15,86%	**17,45%**	247	1438	**17,18%**	Não	87
CF EACF	MAJOR ADERBAL COSTA	155	1186	13,09%	**14,40%**	189	1310	**14,43%**	Sim	124
CF EACF	MARIO BAHIA	97	1069	9,11%	**10,02%**	148	1259	**11,76%**	Sim	190
CF EFN	HERMINIA	87	891	9,81%	**10,79%**	128	1134	**11,29%**	Sim	243
CF EFN	JARDIM DO MEIER	101	1067	9,46%	**10,41%**	140	1285	**10,89%**	Sim	218
CF EFN	MARILIA DIRCEU	93	940	9,90%	**10,89%**	172	1239	**13,88%**	Sim	299
CF EFN	PRACA AVAI	67	810	8,32%	**9,15%**	80	956	**8,37%**	Não	146
CF EFN	VISCONDE DE TOCANTINS	53	742	7,10%	**7,81%**	95	900	**10,56%**	Sim	158
CF HJS	ENGENHO DO MATO	198	981	20,16%	**22,17%**	214	1053	**20,32%**	Não	72
CF HJS	MACHADO SOBRINHO	252	1050	23,99%	**26,39%**	382	1235	**30,93%**	Sim	185
CF HJS	MARACA	301	1184	25,45%	**28,00%**	355	1308	**27,14%**	Não	124
CF HJS	PEREIRA PINTO	176	1196	14,68%	**16,15%**	220	1329	**16,55%**	Sim	133
CF HJS	SILVA VALE	160	1144	14,02%	**15,42%**	190	1277	**14,88%**	Não	133
CF IS	CEU AZUL	320	1063	30,06%	**33,07%**	360	1169	**30,80%**	Não	106
CF IS	DOIS DE MAIO	507	1005	50,43%	**55,47%**	525	1076	**48,79%**	Não	71
CF IS	ENGENHO NOVO	418	1106	37,81%	**41,59%**	439	1170	**37,52%**	Não	64
CF IS	POLONIA	576	1076	53,52%	**58,87%**	590	1154	**51,13%**	Não	78
CF IS	VEIGA BASTOS	389	1032	37,68%	**41,45%**	423	1166	**36,28%**	Não	134
CF LCP	ABOLICAO	130	1273	10,21%	**11,24%**	168	1472	**11,41%**	Sim	199
CF LCP	CASEMIRO DE ABREU	163	1333	12,23%	**13,45%**	200	1513	**13,22%**	Não	180
CF LCP	COIMBRA DA LUZ	208	1174	17,72%	**19,49%**	255	1391	**18,33%**	Não	217
CF LCP	FERNANDO SIMONI	149	1443	10,33%	**11,36%**	192	1619	**11,86%**	Sim	176
CF LCP	MACEDO BRAGA	212	1368	15,52%	**17,07%**	250	1595	**15,67%**	Não	227
CF OPP	ANA QUINTAO	133	762	17,51%	**19,26%**	182	1012	**17,98%**	Não	250
CF OPP	ARTUR VARGAS	121	1001	12,09%	**13,30%**	157	1142	**13,75%**	Sim	141
CF OPP	CARDOSO QUINTAO	250	966	25,85%	**28,44%**	322	1066	**30,21%**	Sim	100
CF OPP	PARANAPIACABA	142	1012	14,03%	**15,43%**	172	1161	**14,81%**	Não	149
CF OPP	PAULO PIRES	162	1180	13,70%	**15,07%**	199	1333	**14,93%**	Não	153
CF OPP	SOLIMOES	157	872	18,04%	**19,84%**	193	1109	**17,40%**	Não	237
CF SNA	BAMBORE	111	766	14,53%	**15,99%**	138	908	**15,20%**	Não	142
CF SNA	CHAVES PINHEIRO	118	808	14,64%	**16,10%**	131	856	**15,30%**	Não	48
CF SNA	CONFEDERACAO SUICA	231	848	27,19%	**29,91%**	260	1001	**25,97%**	Não	153
CF SNA	MANET	99	959	10,32%	**11,35%**	120	1089	**11,02%**	Não	130
CF SNA	VASCO DA GAMA	121	840	14,40%	**15,85%**	144	1012	**14,23%**	Não	172
CMS AN	PROF ANTENOR NASCENTE	296	926	31,98%	**35,17%**	335	1046	**32,03%**	Não	120
CMA AQ	BOCA DO MATO	179	463	38,73%	**42,61%**	262	1455	**18,01%**	Não	992
CMS AQ	MARANHÃO	30	283	10,59%	**11,65%**	181	799	**22,65%**	Sim	516
CMS ALM	EMBOABA	325	896	36,32%	**39,96%**	206	567	**36,33%**	Não	-329

CMS ALM	JOAO RIBEIRO	352	907	38,80%	**42,67%**	58	588	**9,86%**	Não	-319
CMS ALM	LORENA	403	1069	37,68%	**41,45%**	396	1080	**36,67%**	Não	11
CMS ALM	TEOPHILO DIAS	236	770	30,69%	**33,76%**	481	1003	**47,96%**	Sim	233
CMS CGM	ARAUJO LEITAO	224	1006	22,27%	**24,49%**	467	1188	**39,31%**	Sim	182
CMS CGM	BARAO DO BOM RETIRO	112	835	13,41%	**14,75%**	300	959	**31,28%**	Sim	124
CMS CGM	BICUIBA	218	1160	18,76%	**20,64%**	280	1096	**25,55%**	Sim	-64
CMS CGM	DONA ROMANA	128	921	13,86%	**15,24%**	143	973	**14,70%**	Não	52
CMS CGM	ENCONTRO	151	762	19,78%	**21,76%**	263	1336	**19,69%**	Não	574
CMS CGM	MIGUEL GALVAO	240	874	27,50%	**30,25%**	160	1042	**15,36%**	Não	168
CMS CP	HERMENGARDA	113	1066	10,57%	**11,62%**	170	890	**19,10%**	Sim	-176
CMS CP	LOPES DA CRUZ	77	1051	7,33%	**8,06%**	271	956	**28,35%**	Sim	-95
CMS CP	VENCESLAU	60	996	5,99%	**6,59%**	138	1206	**11,44%**	Sim	210
CMS EAVL	FERNAO CARDIM	272	1174	23,15%	**25,46%**	97	1146	**8,46%**	Não	-28
CMS EAVL	HENRIQUE SCHEID	220	1323	16,60%	**18,26%**	78	1104	**7,07%**	Não	-219
CMS EAVL	PIAUI	227	1329	17,08%	**18,78%**	295	1291	**22,85%**	Sim	-38
CMS MFM	ADOLFO BERGAMINI	245	1203	20,37%	**22,40%**	258	1453	**17,76%**	Não	250
CMS MFM	BORJA REIS	160	551	29,02%	**31,92%**	276	1309	**21,08%**	Não	758
CMS MFM	CAMARISTA	134	536	24,94%	**27,43%**	213	754	**28,25%**	Sim	218
CMS MFM	SANTOS TITARA	211	1105	19,06%	**20,97%**	236	1189	**19,85%**	Não	84
CMS RER	AIRES CASAL	175	1004	17,40%	**19,14%**	205	1086	**18,88%**	Não	82
CMS RER	ALVARES DE AZEVEDO	236	944	25,03%	**27,53%**	279	1050	**26,57%**	Não	106
CMS RER	ESPERANCA	167	978	17,04%	**18,74%**	173	1050	**16,48%**	Não	72
CMS RER	JACARE	150	929	16,12%	**17,73%**	173	1040	**16,63%**	Não	111
CMS ROR	AMARO HAMATI	301	1067	28,24%	**31,07%**	317	1097	**28,90%**	Não	30
CMS ROR	LAGO VERDE	263	1021	25,80%	**28,38%**	275	1041	**26,42%**	Não	20
CMS ROR	PERIANTA	319	1006	31,75%	**34,93%**	372	1010	**36,83%**	Sim	4
CMS ROR	SANTA LUZIA	290	1053	27,50%	**30,25%**	295	1050	**28,10%**	Não	-3
CMS ROR	TIMBO	163	1340	12,19%	**13,41%**	181	1364	**13,27%**	Não	24
CMS ROR	TURIMA	133	900	14,77%	**16,25%**	140	929	**15,07%**	Não	29
CMS TA	24 DE MAIO	207	1102	18,81%	**20,70%**	250	1230	**20,33%**	Não	128
CMS TA	SAO FRANCISCO XAVIER	312	923	33,79%	**37,17%**	395	1141	**34,62%**	Não	218

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.

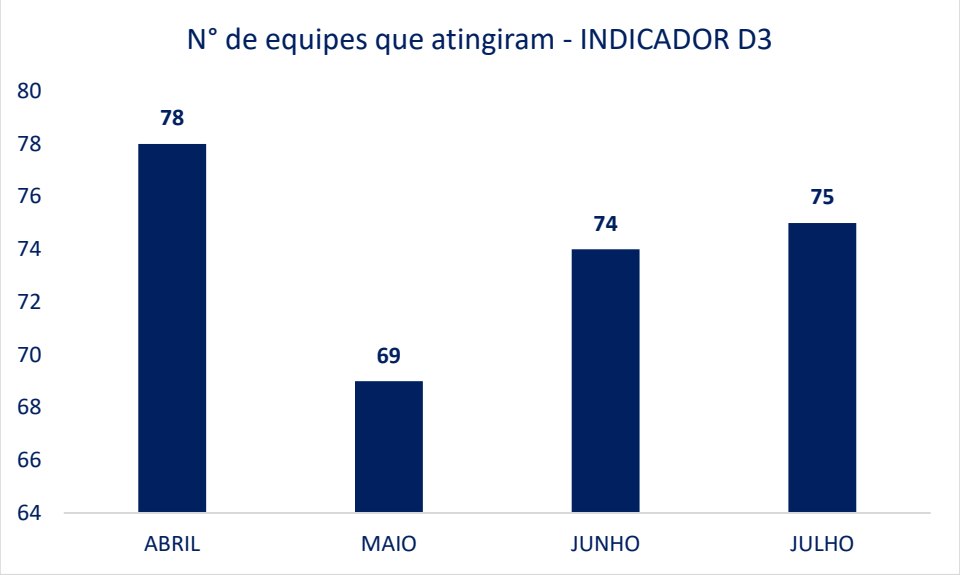


Observa-se um comportamento regular nos resultados deste indicador, mantendo o alcance na dezena de 90 equipes. Foi pactuada junto às unidades a revisão dos fluxos de atendimento de usuários com diagnóstico de diabetes, sempre em alinhamento com os protocolos vigentes.

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 à gestão de listas como ferramenta de trabalho, quanto à realização de visitas domiciliares (busca ativa de usuários com alguma lacuna de cuidado) e de realização de atividades em grupo.

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.

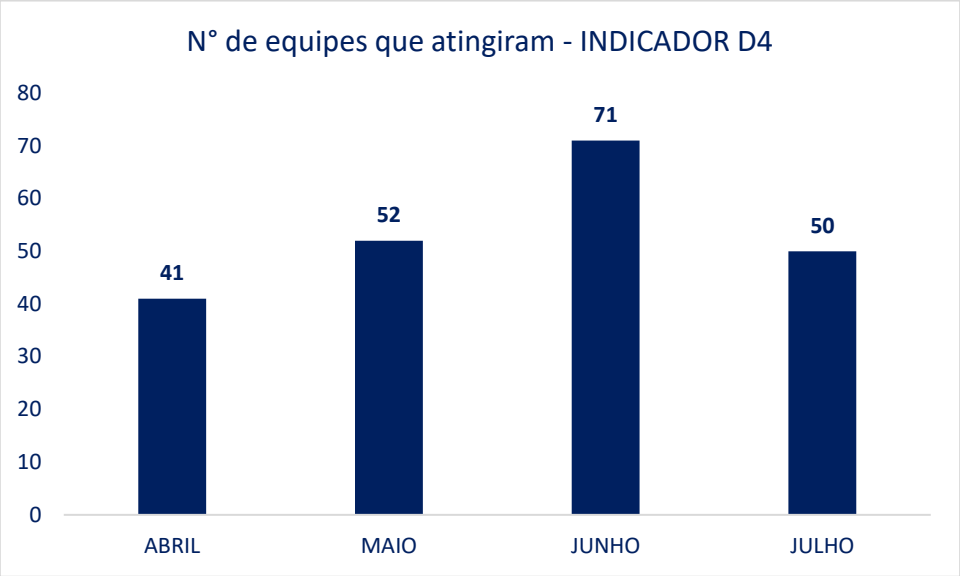


O processo de acompanhamento ao usuário com Hipertensão está em constante adequação para melhoria. Observa-se um comportamento regular nos resultados deste indicador. Foi pactuada junto às unidades a revisão dos fluxos de atendimento de usuários com diagnóstico de diabetes, sempre em alinhamento com os protocolos vigentes.

Outra estratégia que podemos destacar é a ativação de CID de 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 à gestão de listas como ferramenta de trabalho, quanto à realização de visitas domiciliares (busca ativa de usuários com alguma lacuna de cuidado) e de realização de atividades em grupo.

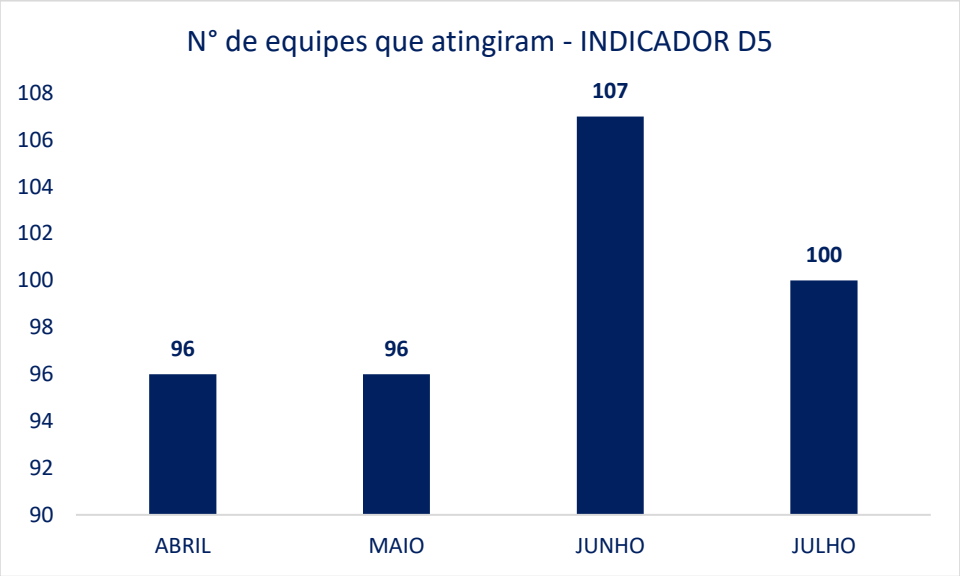
2.1.11 Indicador D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.



A melhora desse indicador pode ser atribuída às ações de busca ativa das cadernetas de vacinação com o lançamento 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, 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.

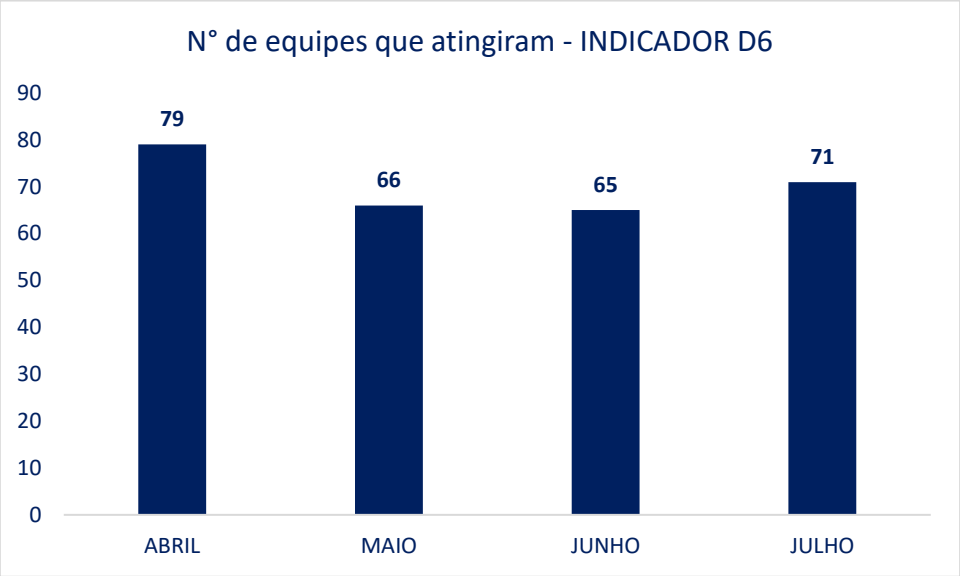
2.1.12 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.



A melhora desse indicador pode ser atribuída às ações de busca ativa das cadernetas de vacinação com o lançamento 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, aumentando o denominador e demandando a busca e atualização da situação vacinal de mais crianças no sistema de prontuário eletrônico. São, aproximadamente, 3662 crianças a mais no mês de julho em comparação a junho. Em análise.

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

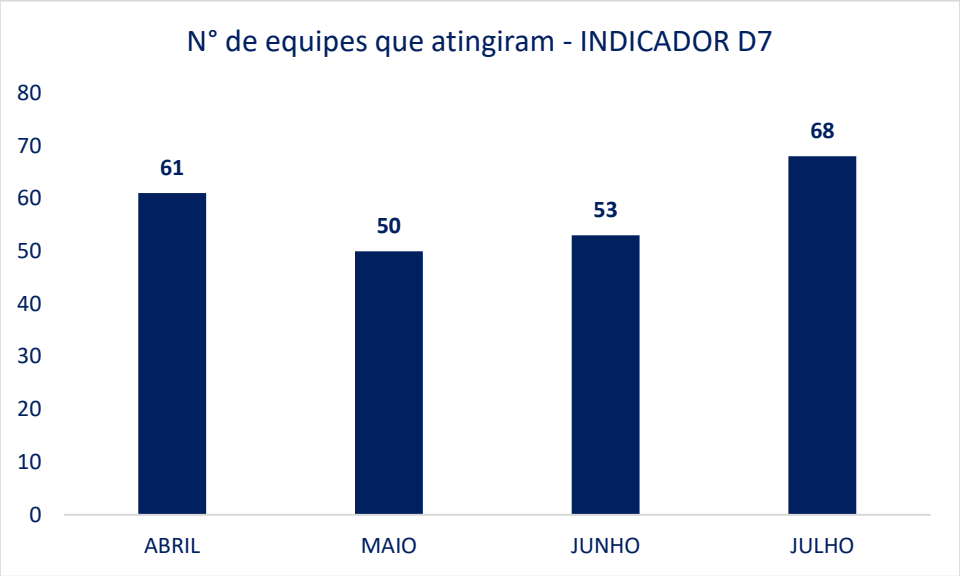


Esse indicador apresenta uma melhora significativa devido ao aumento da vigilância do território.

Fatores de destaque foram: 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.

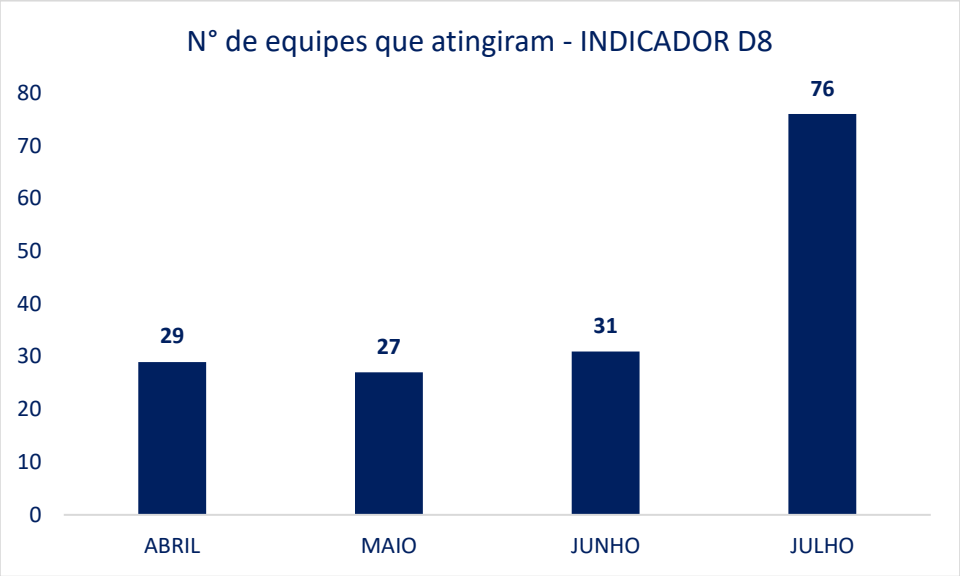


As equipes adotaram estratégias para melhorar a cobertura de primeira consulta com menos de 15 dias, como: visita domiciliar semanal nas gestantes nas últimas semanas, considerando a Data Provável de Parto (DPP); realização de grupos educativos para gestantes abordando a importância do acolhimento mãe-bebê; e qualificação do cadastro do recém-nascido pelo agente de saúde em seu primeiro acesso à unidade, garantindo a inclusão adequada à família e, assim, contabilizando para os indicadores desde o primeiro atendimento.

Podemos também mencionar a planilha de apoio disponibilizada pela Gerência de Qualidade IDEIAS que sinaliza as mulheres com Datas Prováveis de Parto para 45 dias a frente e orienta que as equipes reforcem sua vigilância e frequência de Visitas Domiciliares pelos ACS, de modo a captar oportunamente o binômio mãe-bebê.

A Supervisão de Território IDEIAS estimulou as equipes a realizarem também o acolhimento mamãe-bebê no domicílio das usuárias com maior vulnerabilidade, tal estratégia auxiliou quanto à melhoria do indicador e do cuidado.

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



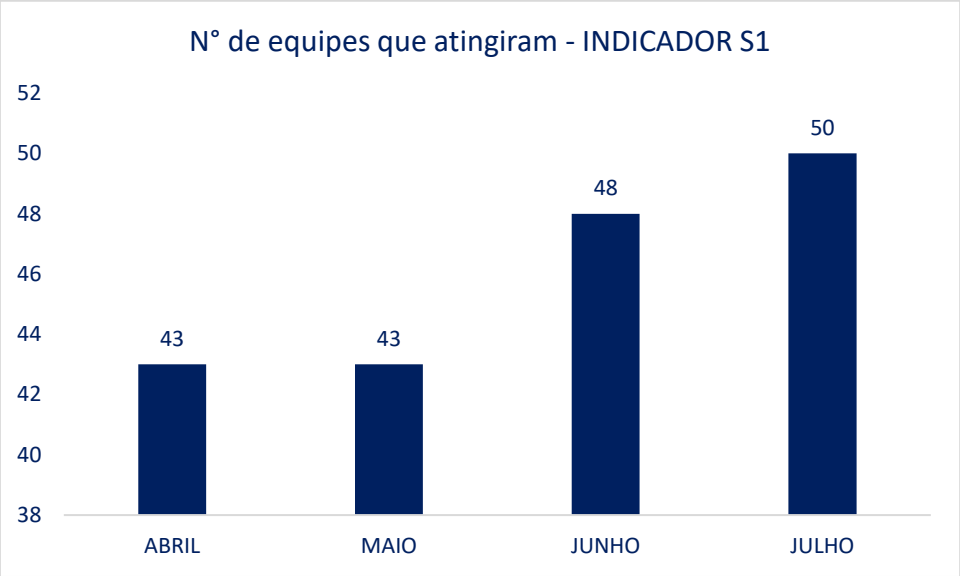
Neste indicador destaca-se a orientação realizada às unidades quanto à melhoria dos fluxos de atendimento das equipes de saúde bucal, tendo como estratégia a realização de mais procedimentos odontológicos em uma única consulta. Essa estratégia possibilita a alta do paciente em menos consultas.

Outra estratégia que destacamos é a sensibilização do lançamento das primeiras consultas e altas corretamente no prontuário eletrônico e ações em grupo de saúde bucal.

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”.

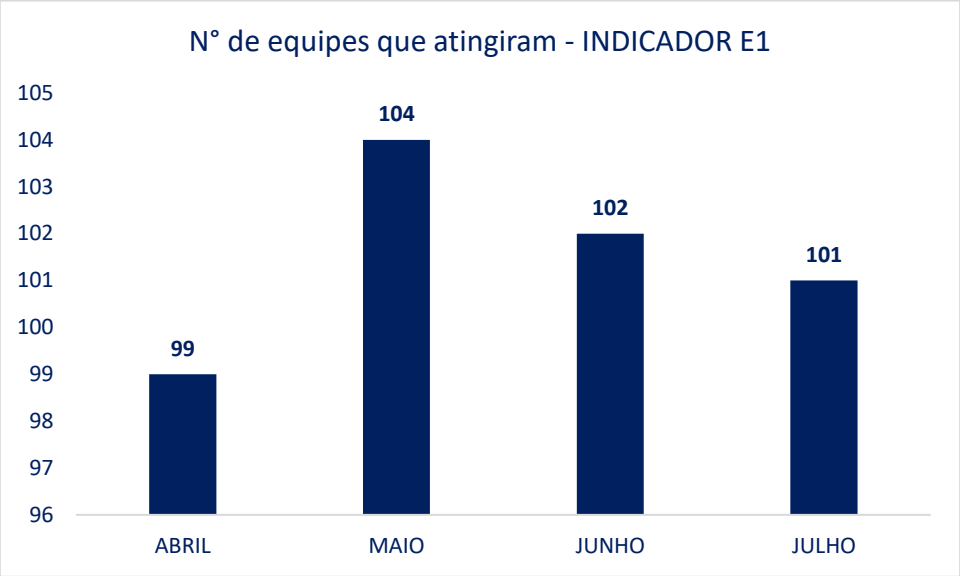


Durante as visitas institucionais, avalia-se o funcionamento e o uso do tablet nas Unidades de Atenção Primária. A importância da avaliação é reforçada junto às equipes e foi pactuado que o profissional escalado para o “Posso Ajudar” deve ficar responsável pelo apoio ao uso dessa ferramenta pelos usuários do serviço de saúde.

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

No mês de agosto será reforçado em reunião com os gestores sobre o fluxo para avaliação da satisfação dos usuários.

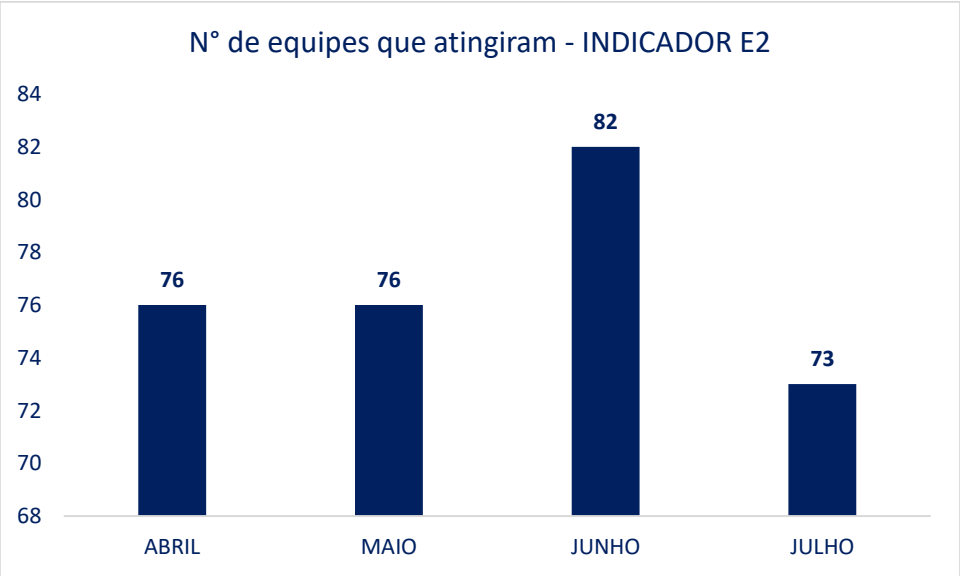
2.1.17 Indicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário.



As estratégias adotadas pelas unidades para cumprimento do indicador são: educação permanente com a equipe médica; definições de fluxos; avaliação de pedidos externos de pacientes que acompanham na rede particular.

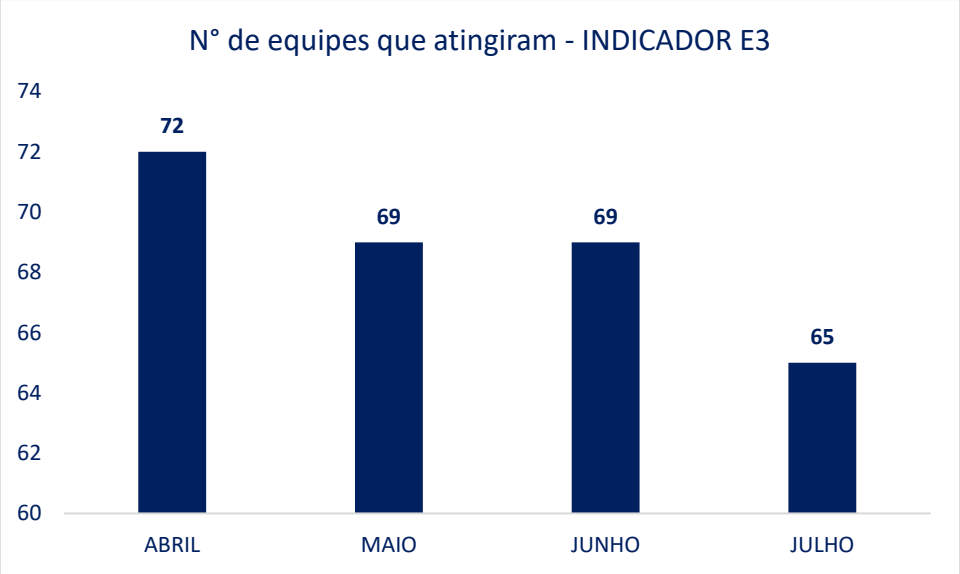
As reuniões de RT têm sido uma estratégia importante de sensibilização quanto à importância de prescrição adequada no prontuário eletrônico.

2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.



Alguns profissionais recém contratado demandam sensibilização quanto à prescrição em campo específico. Uma estratégia utilizada para apoiar neste processo e alcance do indicador é o treinamento da equipe médica quanto à prescrição de medicamentos REMUME no campo adequado (estruturado), e não em campo livre.

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:

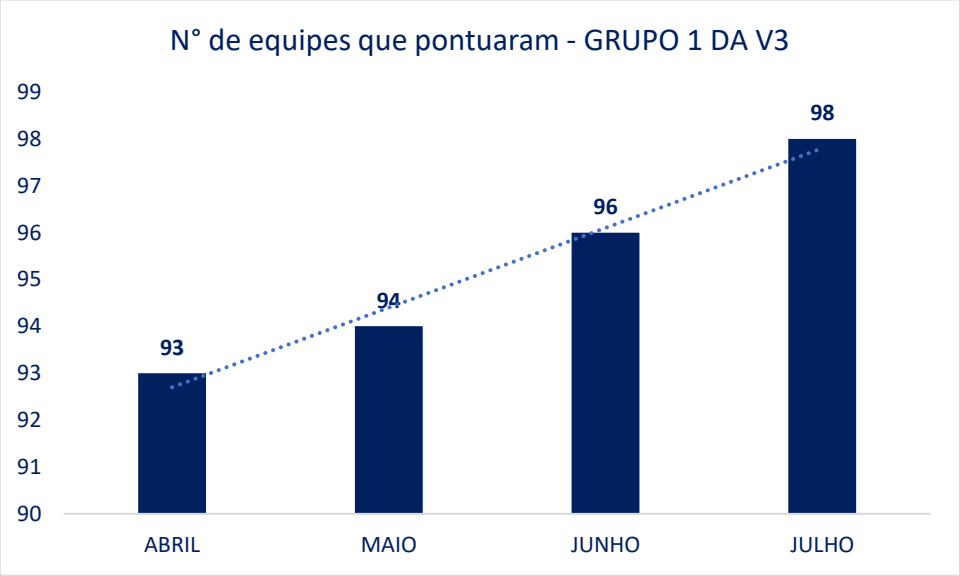
GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	Acompanhamento anual do planejamento familiar, de mulher em idade fértil	01
02	Acompanhamento anual do planejamento familiar, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura tubária	03
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento 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

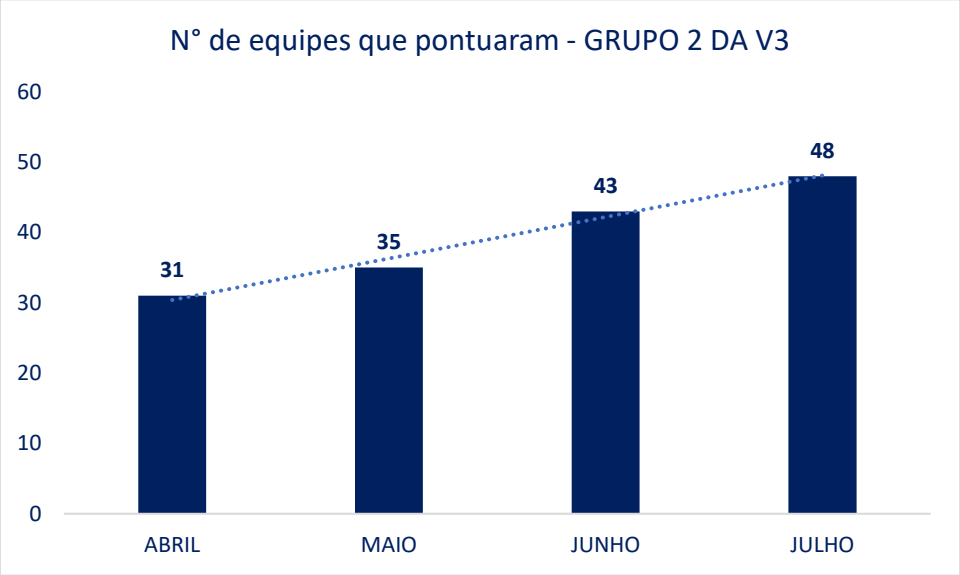
A seguir, apresentamos o número de equipes que pontuaram em cada grupo de ação no mês de julho de 2023, trazendo um histórico dos meses do último trimestre.

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

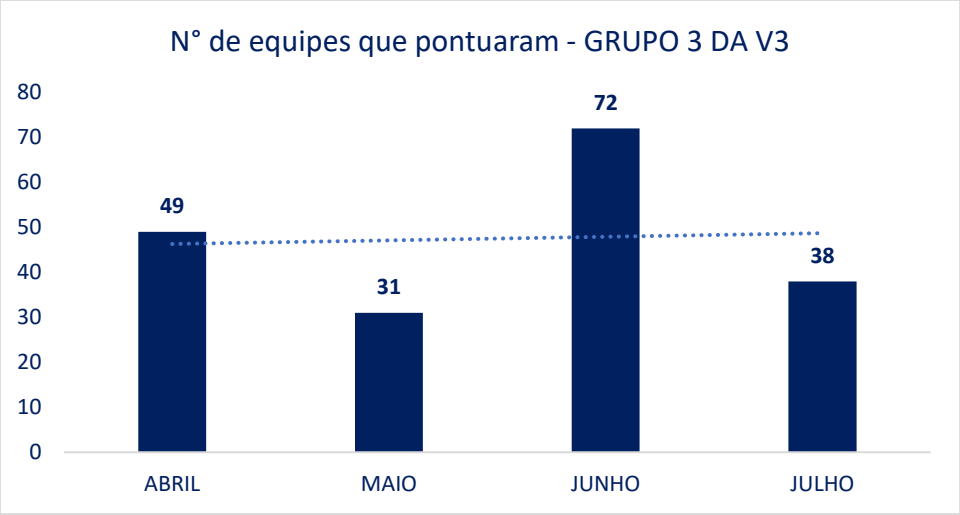
Em se tratando do **Grupo 1, 'Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano'**, a área como um todo apresenta evolução no número de equipes que pontuam neste grupo, como pode ser visualizado no gráfico abaixo. No mês em análise, 87,5% das equipes da área pontuaram, enquanto no último mês foram 85,7%.



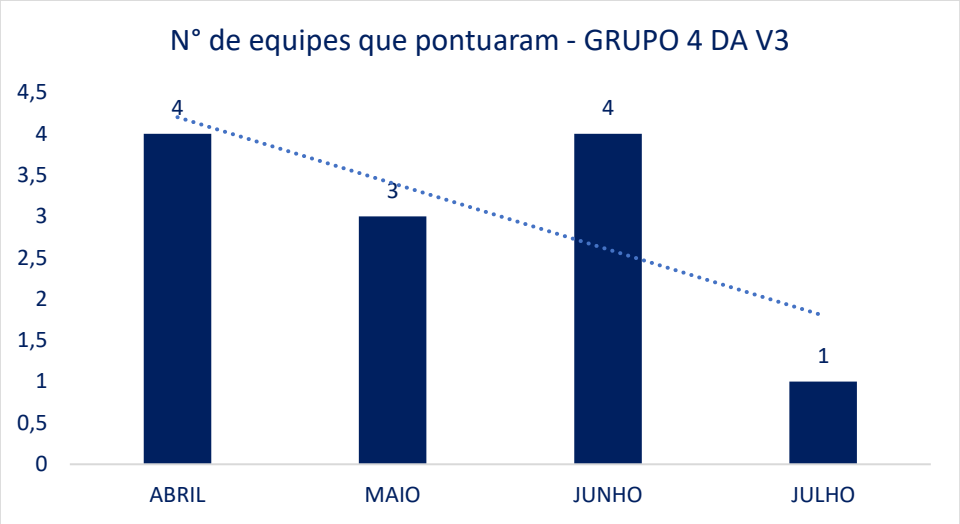
Quando observamos o gráfico a seguir, que trata do **Grupo 2, 'Acompanhamento anual do planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura'**, nota-se também um aumento de equipes pontuando. No mês objeto de avaliação deste relatório foram 42,8% de equipes pontuando, um aumento de 4,5% em comparação ao último mês, que apresentou 38,3% das equipes pontuando.



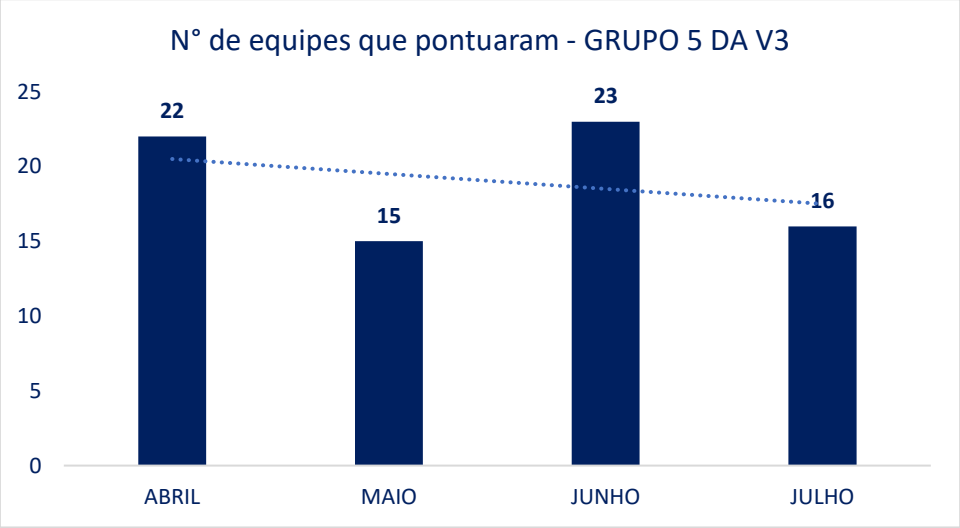
Já o **Grupo 3, 'Acompanhamento de uma gravidez'**, teve uma queda em seu resultado comparando julho com junho de 2023. Foram 34 equipes a menos. Em junho eram 64,2% de equipes pontuando e no mês analisado neste relatório, 33,9%. Orientações e apoio às equipes estão sendo fornecidos para superar as maiores dificuldades neste acompanhamento.



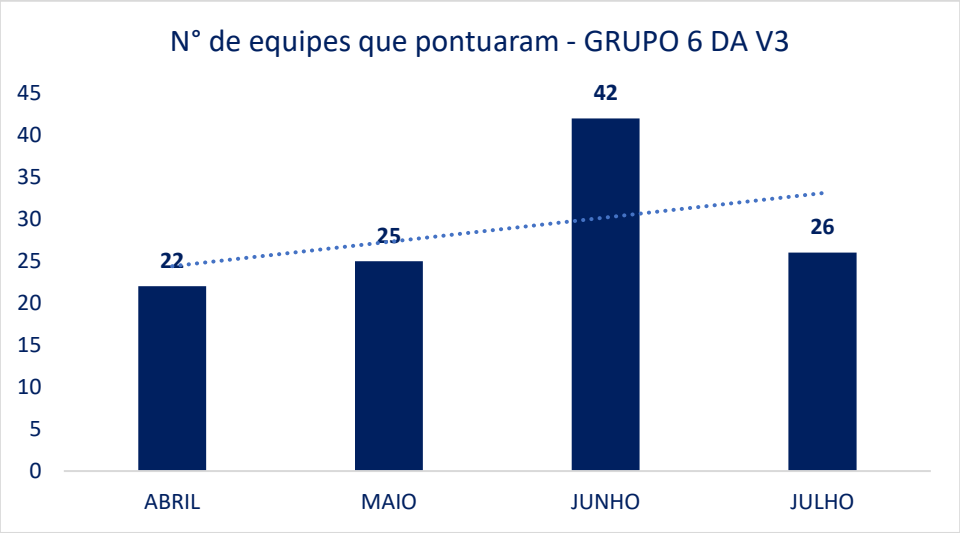
O **Grupo 4, 'Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano'**, também teve uma queda em seu resultado comparando julho aos meses que compõem o último trimestre. Em relação a junho de 2023, foram 3 equipes a menos.



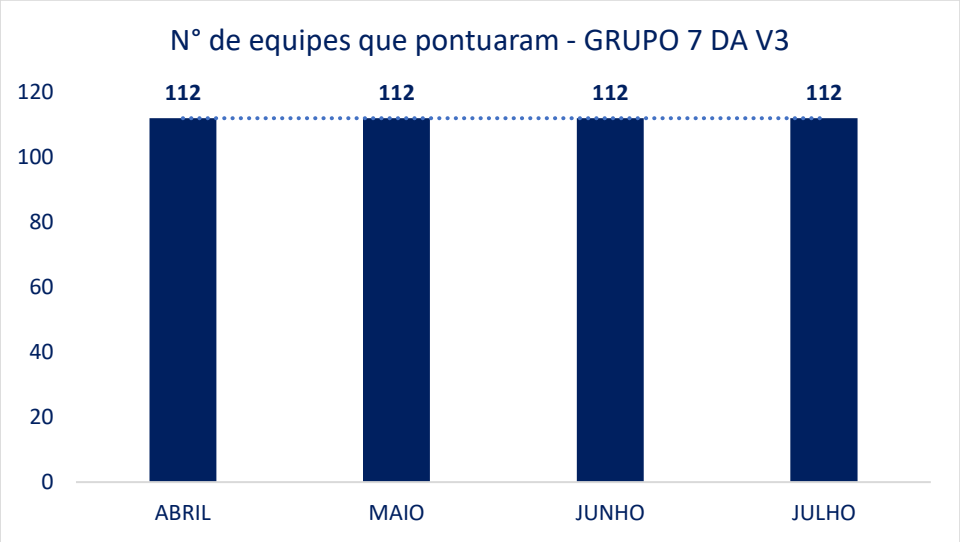
No **Grupo 5, 'Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano'**, acompanhando a tendência observada no grupo 4, foram 7 equipes a menos pontuando em julho quando comparado a junho.



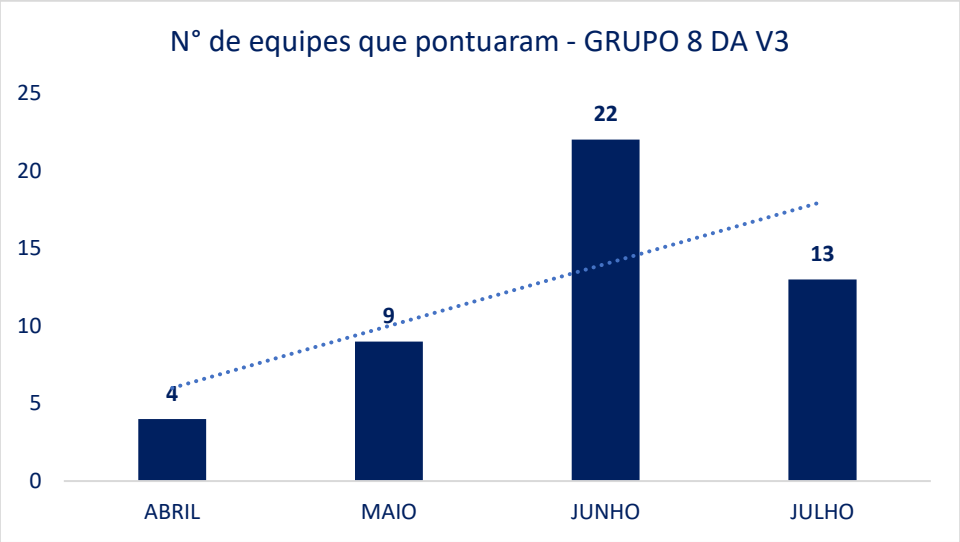
No **Grupo 6, 'Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano'**, foram 26 equipes pontuando no mês de julho, 16 a menos do que no mês passado, entretanto, mantendo a tendência dos dois primeiros meses do último trimestre.



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.

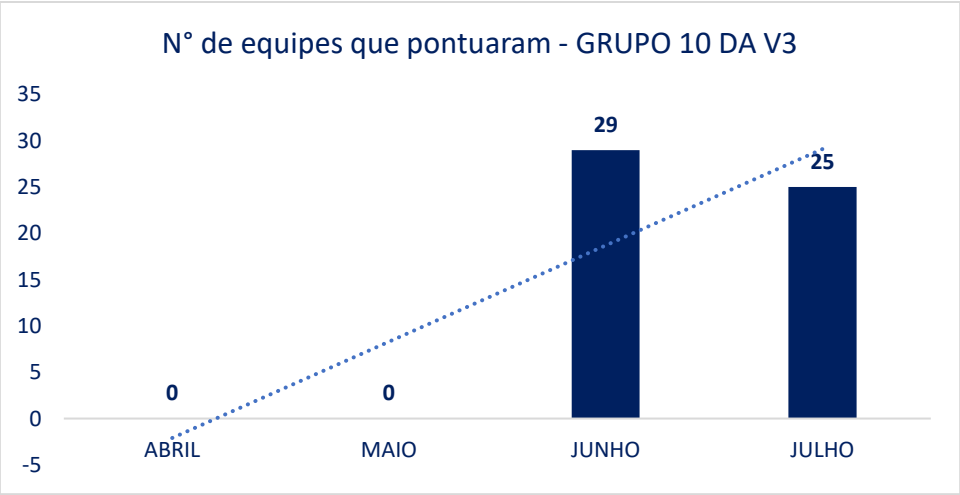


O **Grupo 8, 'Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose'**, apresentou 13 equipes pontuando em julho, enquanto em junho foram 22 equipes.

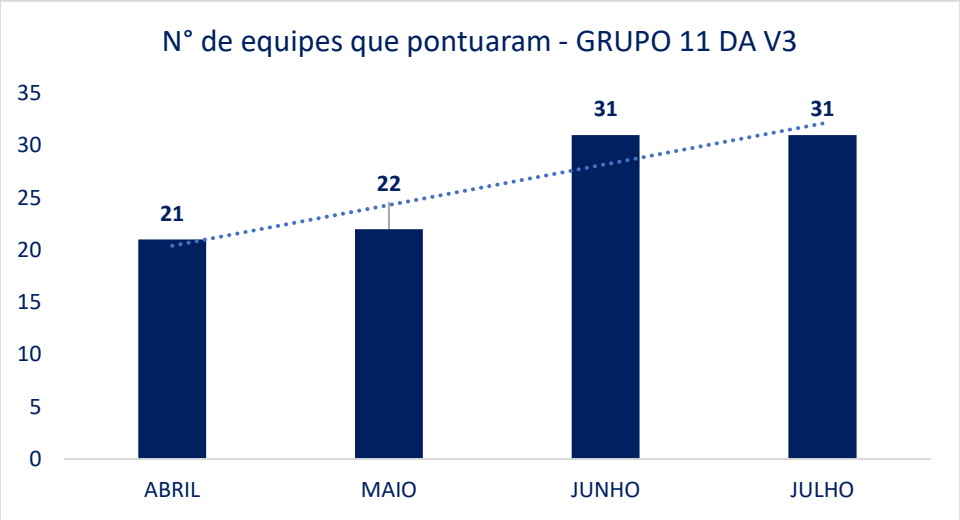


O **Grupo 9, 'Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase'** não apresentou nenhum usuário pontuando no mês de julho.

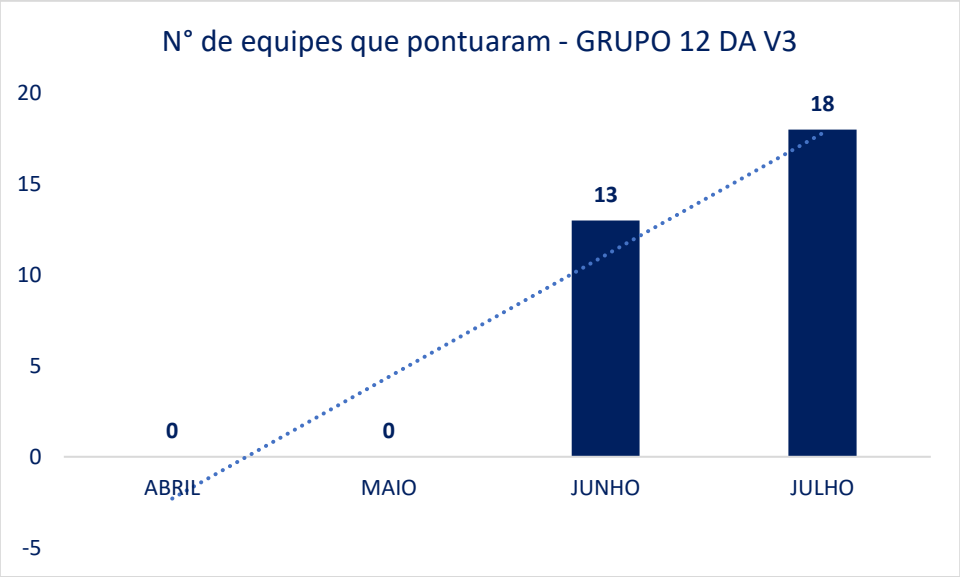
O **Grupo 10, 'Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas'**, começou a pontuar no mês de Junho, mantendo em julho praticamente o mesmo resultado do último mês.



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



No **Grupo 12, 'As equipes com residentes (equipe docente-assistencial)'**, observa-se melhoria no resultado pois nos meses anteriores o sistema apresentou inconsistência neste indicador. Uma vez ajustada, o mês de julho apresenta 18 equipes pontuando.



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 realizadas pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS no mês de julho.

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
11/07/2023	Encontro com Gerentes e Diretores SUBPAV	Experiência Exitosa na Gestão – apresentação da CAP 3.2/IDEIAS	Gerentes de APS do MRJ	Cidade das Artes
Participantes:	Gerência de Qualidade IDEIAS e CAP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
10 e 11/07/2023	Curso para gerentes	Qualificação para gerentes de APS no Rio de Janeiro	Gerentes de APS do MRJ	PINEL
Participantes:	Rodrigo Rodriguez (Supervisão de Território IDEIAS) como um dos facilitadores do curso			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
14/07/2023	Reunião equipe Qualidade e Supervisão de Território	Fechamento Relatório OSINFO ref. Trim Abr Mai Jun	-	IDEIAS
Participantes:	Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
26/07/2023	Curso para gerentes	Tutoria para confecção de portfólio e *Accountability*	Gerentes de APS do MRJ	PINEL
Participantes:	Rodrigo Rodriguez (Supervisão de Território IDEIAS) como um dos facilitadores do curso			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
17/07/2023	Reunião pré CTA	Resultados indicadores Trim Abr Mai Jun	CAP e OSS	CAP 3.2
Participantes:	Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS e CAP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
20/07/2023	Reunião com SUBAPV	Integração laboratório x PEP	OSS e VitaCare	Online
Participantes:	Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
28/07/2023	Reunião com SUBAPV	Alinhamento de fluxos - informes	DICAs, OSS e VitaCare	CAP 5.2
Participantes:	Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS e CAP 3.2			

EDUCAÇÃO PERMANENTE

A gestão do IDEIAS entende a Educação Permanente como importante ferramenta cotidiana para a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho, buscando orientar-se pela melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão dos seus projetos.

No âmbito da AP 3.2, tem havido um considerável investimento nas ações voltadas para a Educação Permanente, no sentido de qualificação contínua das atividades desenvolvidas. Abaixo seguem os detalhes das atividades desenvolvidas no mês de julho.

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
5, 12, 19 e 26/07/2023	Reunião com Gerentes	Temas diversos para qualificação dos gerentes da AP 3.2	Gerentes da AP 3.2.	OTICS CAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território (IDEIAS) e CAP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
25/07/2023	FOCO na Tuberculose	Continuação do primeiro FOCO na Tuberculose. ILTB, apresentação de experiências exitosas por UAP da área	Pontos Focais de Tuberculose das unidades da AP 3.2.	CMS Rodolpho Rocco
Participantes:	Clara e Rodrigo (IDEIAS) e Ticiana (CAP 3.2)			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
27 e 28/07/2023	14ª Convenção Brasileira de Hospitais	Gestão, qualificação e acreditação dos hospitais para o desenvolvimento do Setor Saúde	Gestores hospitalares, lideranças institucionais e governamentais	Expo Mag
Participantes:	Mônica Carmo e Nerusa Grisolia (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. No mês de julho, aconteceram os seguintes encontros:

Visitas iniciais

Unidade	Data da visita	Turno	Responsável
CMS Antenor Nascentes	05/07/2023	Manhã	Rodrigo

Visitas de avaliação dos planos traçados

Unidade	Data da visita	Turno	Responsável
CF Emygdio Alves Costa Filho	05/07/2023	Manhã	Marianna
CF Izabel dos Santos	07/07/2023	Tarde	Marianna
CMS Aquidabã	17/07/2023	Manhã	Clara
CF Carioca	19/07/2023	Tarde	Marianna

CF Bibi Vogel	20/07/2023	Tarde	Rodrigo
CMS Ariadne Lopes de Menezes	20/07/2023	Manhã	Rodrigo
CMS Cesar Pernetta	25/07/2023	Tarde	Clara
CMS Carlos Gentille de Mello	25/07/2023	Tarde	Marianna
CF Sergio Nicolau Amin	26/07/2023	Manhã	Rodrigo
CF Barbara Starfield	27/07/2023	Manhã	Rodrigo
CMS Milton Fontes Magarão	31/07/2023	Manhã	Rodrigo
CMS Antenor Nascentes	31/07/2023	Tarde	Rodrigo

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.

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. Projeto ainda em curso. Seguem alguns registros

5. ANEXO 1 – DECLARAÇÕES COMPROBATÓRIAS DA V1

SUS
Sistema
Único
de Saúde