TEIAS 3.2

COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.2

RELATÓRIO DE GESTÃO

Contrato de Gestão Nº 007/2021

Julho de 2023

Referência Trimestre Abril, Maio e Junho 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

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) 16
1.1.3 Estrutura para impressão de documentos assistenciais 17
1.1.4 Abastecimento regular das unidades 19
1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados 20
1.1.6 Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO) 21
1.1.7 Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3) 23
1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos 24
1.1.9 Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS/RJ 25
1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados 25
1.1.11 Proporção de cura de tuberculose 27
1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação 30
1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas 31
1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF) 33
1.1.15 Proporção de cadastrados definitivamente com nº único para pessoas com menos de 16 anos (DNV) 34
1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes 36
1.1.17 Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas. 37
1.1.18 Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção e assistência. 38
1.1.19 Desempenho Assistencial 39
1.2 Resultado dos Indicadores da Variável 02: incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária; 41
1.2.1 INDICADOR A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família. 42
1.2.2 INDICADOR A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos. 43
1.2.3 INDICADOR A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos. 44
1.2.4 INDICADOR A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos. 45
1.2.5 INDICADOR A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados. 46
1.2.6 INDICADOR A6 – Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico. 47
1.2.7 INDICADOR A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática. 48
1.2.8 INDICADOR D1 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos. 48
1.2.9 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. 55
1.2.10 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. 56
1.2.11 INDICADOR D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado. 57

1.2.12 INDICADOR D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado. 58
1.2.13 INDICADOR D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. 59
1.2.14 INDICADOR D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida. 60
1.2.15 INDICADOR D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. 61
1.2.16 INDICADOR S1 – Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos. 62
1.2.17 INDICADOR E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário. 63
1.2.18 INDICADOR E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME. 63
1.2.19 INDICADOR E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos. 64
1.2.20 INDICADOR E4 - Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG. 65
1.3 Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB). 66
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS 68
FATURAMENTO 84
EDUCAÇÃO PERMANENTE 85
3. REFERÊNCIAS 94
4. ANEXO 1 – Resultados da v3 1

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 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 Anthídio 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 Abril, Maio e Junho 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 e desde Maio de 2023 essas equipes compõem a unidade CMS Aquidabã. No total, são 112 eSF atualmente na AP 3.2.

Importante mencionar que para o trimestre objeto deste documento, o sistema PEP VitaCare apresentou inconsistência na agregada trimestral (inconsistência iniciada em 29.06.2023, chamado aberto desde então, porém, até o fechamento deste, sem ajuste). Puxando o relatório de 01.04.2023 a 30.06.2023, o sistema não está considerando um dos meses. Assim sendo, os resultados aqui apresentados foram calculados aplicando as fórmulas específicas de cada indicador. Por exemplo: para o indicador 1, a fórmula da agregada trimestral é 'Média/Média dos valores mensais dos 3 meses em avaliação'.

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

RESULTADO DOS INDICADORES POR VARIÁVEL

Variável 01: incentivo institucional à gestão do TEIAS;

Variável 02: incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária;

Variável 03: incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB).

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 trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional.

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	23	100,00%	Sim
			Denominador	23		
02	Acompanhamento do Cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES)	95%	Numerador	1216	97,51%	Sim
			Denominador	1247		
03	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	95%	Numerador	361	99,45%	Sim
			Denominador	363		
04	Abastecimento regular das unidades	95%	Numerador	23	100,00%	Sim
			Denominador	23		

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	23	**100,00%**	Sim
			Denominador	23		
07	**Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes**	100%	Numerador	1247	**100,00%**	Sim
			Denominador	1247		
08	**Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos**	≤ 1	Numerador	1.497.782,05	**1**	Sim
			Denominador	1.497.789,90		
09	**Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS**	95%	Numerador	857	**97,49%**	Sim
			Denominador	879		
10	**Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados**	95%	Numerador	592	**98,01%**	Sim
			Denominador	604		
11	**Proporção de cura de Tuberculose**	90%	Numerador	85	**77,27%**	Não
			Denominador	110		
12	**Acompanhamento de Sífilis na Gestação**	90%	Numerador	11	**7,48%**	Não
			Denominador	147		

13	**Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas**	80%	Numerador	548	**69,02%**	Não
			Denominador	794		
14	**Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF)**	90%	Numerador	295630	**98,19%**	Sim
			Denominador	301088		
15	**Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com menos de 16 anos (DNV)**	90%	Numerador	51445	**96,81%**	Sim
			Denominador	53139		
16	**Rotatividade de profissionais nas equipes**	≤ 5%	Numerador	19	**1,55%**	Sim
			Denominador	1228		
17	**Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas**	90%	Numerador	145	**100%**	Sim
			Denominador	145		
18	**Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência**	90%	Numerador	127	**100%**	Sim
			Denominador	127		

	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	10040	**105,32%**	Sim
			Denominador	9533		
16 INDICADORES ALCANÇADOS DE 19 NO PERÍODO.					**84 % DE ALCANCE**	

Fonte: PEP/VitaCare.

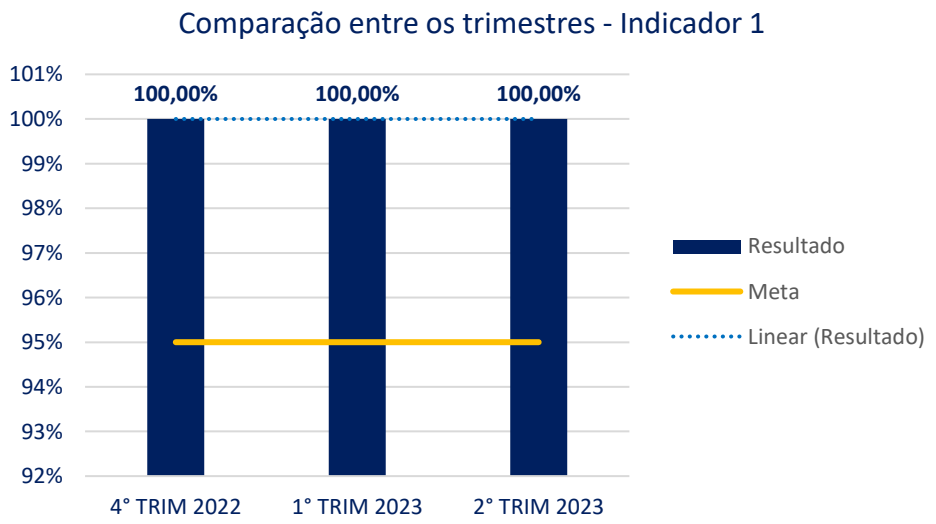
* As unidades CMS Antenor Nascentes e CMS Aquidabã são excluídas do cálculo uma vez que não possuem farmácia. A assistência farmacêutica aos seus usuários é garantida através da dispensação pela unidade CMS Carlos Gentille de Mello e CMS Milton Fontes Magarão, respectivamente.

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	Agregada TRIMESTRAL	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.

A instituição de uma Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) atende às resoluções N° 41/1992 do CREMERJ e N°1638/2002 do CFM, que tornam obrigatórias as comissões nas instituições de saúde. Segundo esta última resolução, o prontuário do paciente pode ser entendido como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. O prontuário é uma das ferramentas de avaliação da qualidade da assistência, bem como de continuidade do cuidado, apoio à tomada de decisões e está envolvido também na segurança do paciente.

Para o efetivo acompanhamento das Comissões 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. Estes roteiros estão em uso desde Outubro de 2021, início do contrato de gestão firmado com a CAP 3.2.

No mês de abril foi realizada uma reunião para discussão e avaliação desses instrumentos com participação da DAPS (Divisão de Ações e Programas de Saúde), Enfermeira e Médica Responsáveis Técnicas (RTs) da CAP 3.2 e Supervisão de Território e Gerência de Qualidade IDEIAS. Neste encontro se levantou a necessidade de reunir os profissionais das unidades para orientar quanto ao fundamento das CRP.

No mês de Maio foram realizadas as oficinas com os gerentes e responsáveis técnicos das unidades abordando a importância das reuniões enquanto instrumento de avaliação da qualidade de cuidado e oportunidade para adoção de melhores práticas gestão do cuidado. Também foram discutidos os roteiros após a aplicação dos mesmos em estudos de caso. Dividiu-se a turma em 2 a 3 grupos, cada um analisou um caso real de usuário da AP 3.2 utilizando o roteiro específico para a linha de cuidado (dados dos usuários e dos profissionais envolvidos protegidos). Depois disso, abriu-se para discussão e proposições em relação aos instrumentos. Facilitaram as oficinas profissionais da Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS, Enfermeira e Médica Responsáveis Técnicas (RTs) da CAP 3.2.

Os roteiros foram revisados, levando em consideração as sugestões e apontamentos oriundos das discussões e dos profissionais CAP e IDEIAS. O modelo de Regimento Interno também foi adequado ao preconizado no ofício Nº SMS-OFI-2023/09330, de 14 de março de 2023. Estes documentos foram enviados às unidades para iniciarem o uso a partir do próximo trimestre.

Abaixo, um infográfico criado pela GQI para orientação quanto ao fluxo de envio das informações pelas UAP.

MANUTENÇÃO DAS COMISSÕES DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS NAS UNIDADES DA AP 3.2

ALGUNS LEMBRETES

PERÍODO A SER AVALIADO

Mês anterior à reunião

Por exemplo. A reunião realizada em Maio fará análise dos atendimentos de Abril. Para orientar os pontos a serem observados, utilizar os roteiros estruturados por Linha de Cuidado.

DATA DE ENVIO

25° dia do mês

A ata da reunião deve ser registrada no VitaCare dentro do mês e enviada até o 25° dia via TomTicket: *Departamento Qualidade CAP - 3.2 >> Categoria Ata de Comissão de Prontuário*.

Nº DE PRONTUÁRIOS

De acordo o número de equipes de Saúde da Família (eSF)

O quantitativo de prontuários e as linhas de cuidado a serem revisadas correlacionam-se com o número de eSF. O mínimo vai de 4 a 10 prontuários por reunião.

COMPOSIÇÃO

Cinco membros

Deve incluir obrigatoriamente Gerente e/ou Diretor da unidade e RTs de Enfermagem e Medicina. Demais categorias recomendadas: Técnico de Enfermagem, ACS, Dentista, Farmacêutico, NASF-AB (eMulti).

PARA DEMAIS INFORMAÇÕES

OFÍCIO Nº SMS-OFI-2023/09330

Aqui estão alguns lembretes, para demais informações, consultem o Regimento Interno e Ofício da SMS.

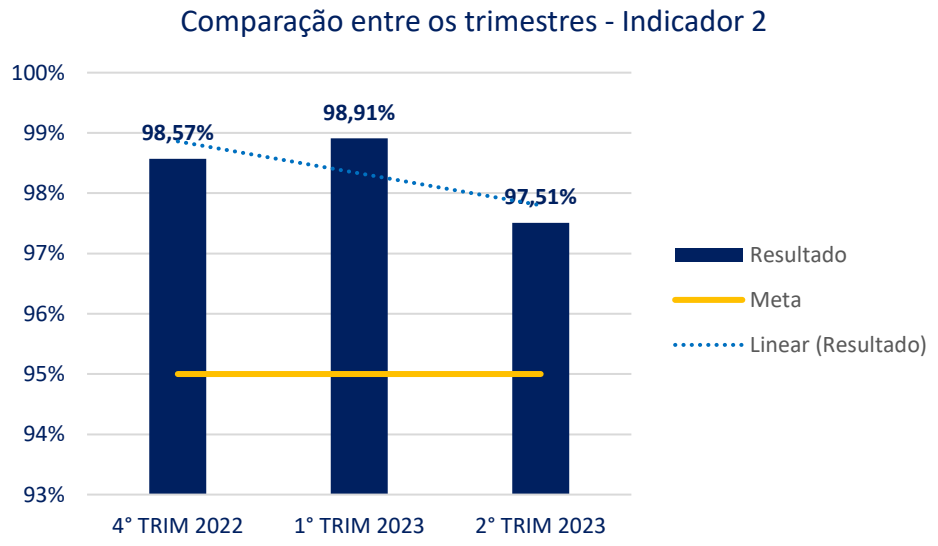
GERÊNCIA DE QUALIDADE

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL E AÇÃO SOCIAL

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

Indicador	Meta	Agregada TRIMESTRAL	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de profissionais de saúde cadastradas no SCNES.	95 %	**97,51%**	97,84%	96,02%	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

Nota: -

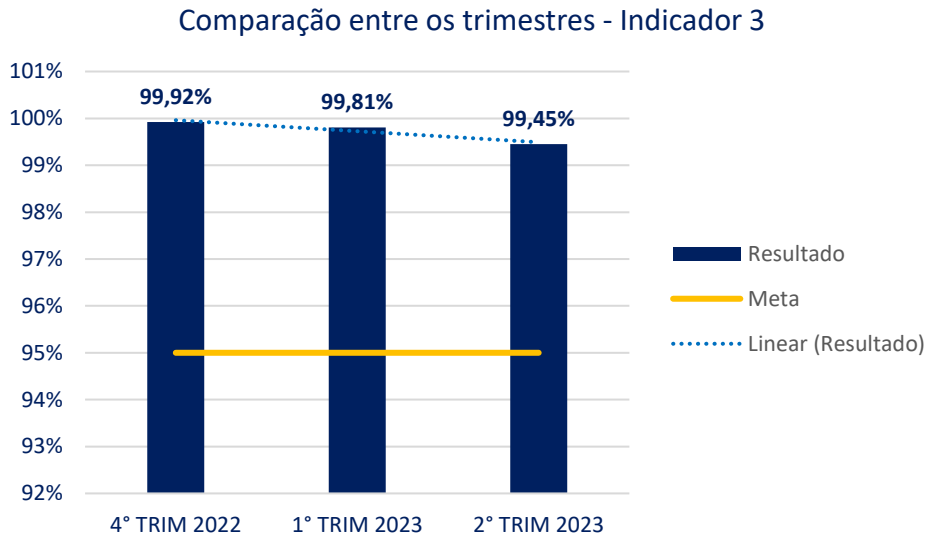
A gestão do SUS é formada por vários instrumentos visando auxiliar o gestor na tomada de decisão para a implementação das Políticas e Saúde. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) agregam ferramentas

importantes para o planejamento e a avaliação das ações em saúde, assim como dos serviços, redes e sistemas de saúde. O SCNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – é um desses sistemas e se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastro de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independente da natureza jurídica ou integração com o SUS (PELISSARI, 2019).

O indicador do contrato de gestão objetiva acompanhar e comparar se os profissionais cadastrados no sistema de prontuário eletrônico estão devidamente cadastrados no SCNES. Para que seja um instrumento de gestão e que seus dados sejam confiáveis, com a adequada distribuição e composição dos profissionais da área, 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 Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) VitaCare, visando à correção contínua das informações.

1.1.3 Estrutura para impressão de documentos assistenciais

Indicador	Meta	Agregada TRIMESTRAL	Resultados Mensais		
			ABR	**MAI**	**JUN**
Percentual de consultórios com impressora funcionando.	95%	**99,54%**	99,73%	99,18%	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.

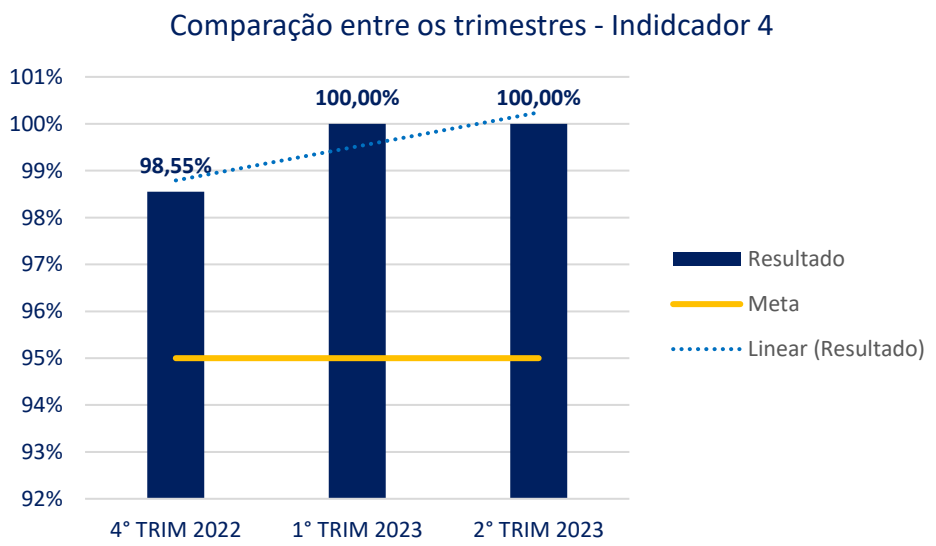
Quando se pensa em Segurança do Paciente, um dos quesitos importantes é a garantia da comunicação eficaz entre instituição/profissional e usuário do serviço, minimizar os pontos que podem gerar dúvidas ou imprecisão nessa relação é fundamental. Um dos caminhos é o cuidado com os documentos produzidos nos atendimentos, como receitas, pedidos de exames e orientações. A escrita à mão por vezes pode causar confusão, como por exemplo “cefazolina e cefalexina”. Por sua vez, uma impressão mal feita também pode gerar este tipo de contratempo e o mesmo pode ser dito aos exames e resultados.

Neste sentido, o indicador supracitado diz sobre a estrutura para impressão de documentos assistenciais. 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	Agregada TRIMESTRAL	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.

Materiais e logística são dois dos fatores cruciais para o desenvolvimento de atividades de atenção à saúde e para a excelência operacional das instituições de saúde. A regularidade do abastecimento e a devida provisão

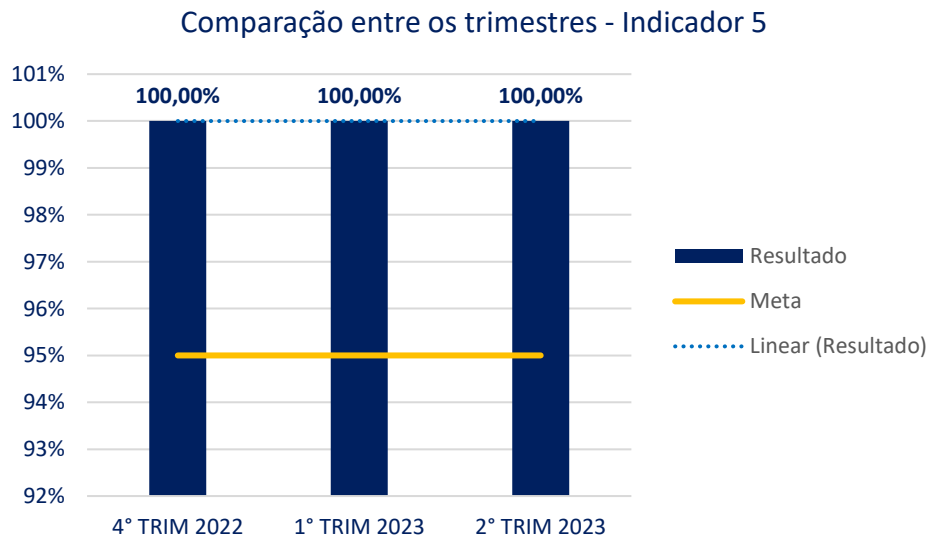
dos recursos têm significativos impactos sobre os desempenhos dos serviços de saúde e imagem junto aos profissionais e à população (INFANTE, 2007).

A equipe de gestão do projeto - IDEIAS - trabalha para manter a qualidade do serviço prestado, aprimorando processos e reforçando o compromisso com a melhoria contínua dos processos internos no que tange ao abastecimento adequado das Unidades de Atenção Primária da AP 3.2. O desfecho esperado é o resultado positivo sobre a saúde do paciente, sendo sempre o objetivo central das ações da qualidade dessa organização de saúde.

1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados

Indicador	Meta	Agregada TRIMESTRAL	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 Aquidabã são excluídas do cálculo uma vez que não possuem farmácia. A assistência farmacêutica aos seus usuários é garantida através da dispensação pelas unidades CMS Carlos Gentille de Mello e CMS Milton Fontes Magarão, respectivamente.

Para uma assistência mais integral à saúde dos usuários dos serviços de saúde do SUS, faz-se fundamental a descentralização do fornecimento de medicamentos no intuito de aproximar o serviço ao paciente com orientação e educação individualizada, com objetivo de garantir a qualidade da Atenção Farmacêutica, principalmente em territórios com Estratégia Saúde da Família.

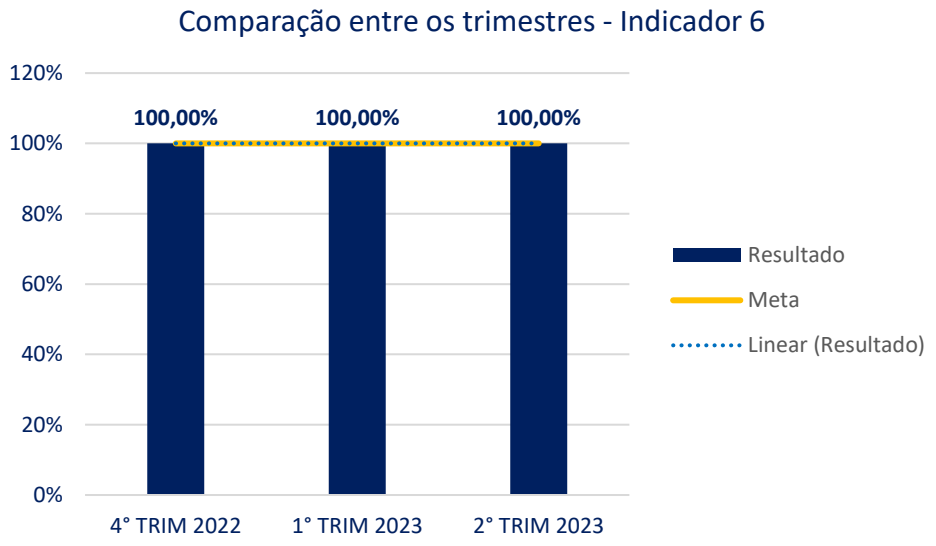
Quando se pensa em medicamentos controlados, essa descentralização se mostra mais importante, uma vez que o uso indiscriminado e sem as devidas orientações destes fármacos implicam em riscos importantes à saúde dos usuários, como intoxicação, alteração do estado mental e dependência. O profissional farmacêutico nestes casos tem a responsabilidade de orientar, rejeitar receitas inadequadas quando necessário e deve ultrapassar a barreira da dispensação, tornando-se um agente disseminador da informação e otimizador do processo propedêutico, visando à qualidade de vida do indivíduo (LIMA, 2021).

Neste sentido, assegurar o fornecimento de medicamentos controlados por profissionais farmacêuticos é um dos compromissos da gestão da área. Em 100% das unidades que possuem farmácia este serviço é ofertado. Apenas duas unidades não possuem, sendo a assistência farmacêutica aos seus usuários garantida através de unidades parceiras.

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

Indicador	Meta	Agregada TRIMESTRAL	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 Gerência de Qualidade IDEIAS acompanha a transmissão via PEC e-SUS APS dos arquivos do VitaCare que contemplam a produção das unidades de saúde (*thrifts*). Até o mês de fevereiro de 2023 esse processo era realizado semanalmente pelas unidades de Atenção Primária, e, a partir de 06/03/2023, passou a ser realizado (semanalmente) pelo VitaCare e mensalmente pelas UAP, conforme orientação da SUBPAV (reunião de 27/02/2023).

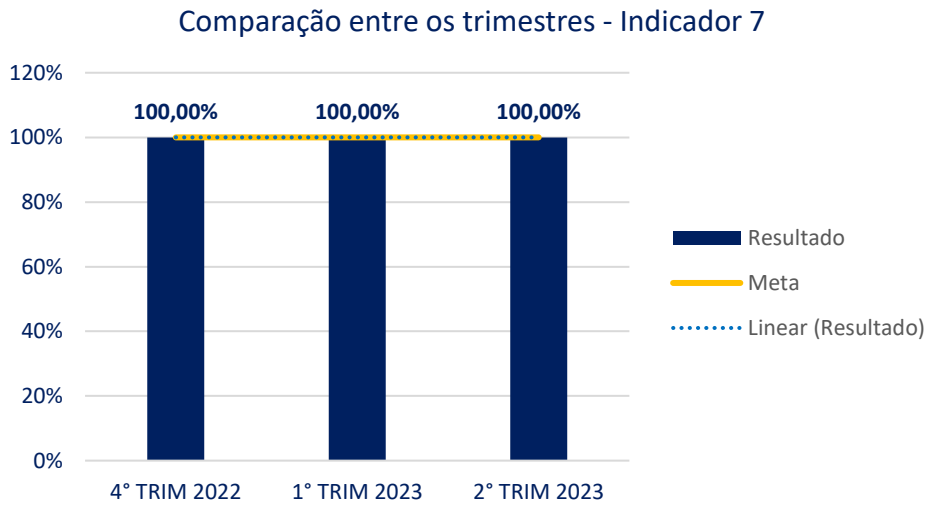
Este mecanismo garante a alimentação adequada do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). A equipe também mantém um fluxo de informação no qual recebe das UAP os arquivos de produção no primeiro dia útil de cada mês, realiza o faturamento dos procedimentos e encaminha à DICA da AP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

No último trimestre (janeiro, fevereiro e março de 2023) o resultado foi de 1.

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

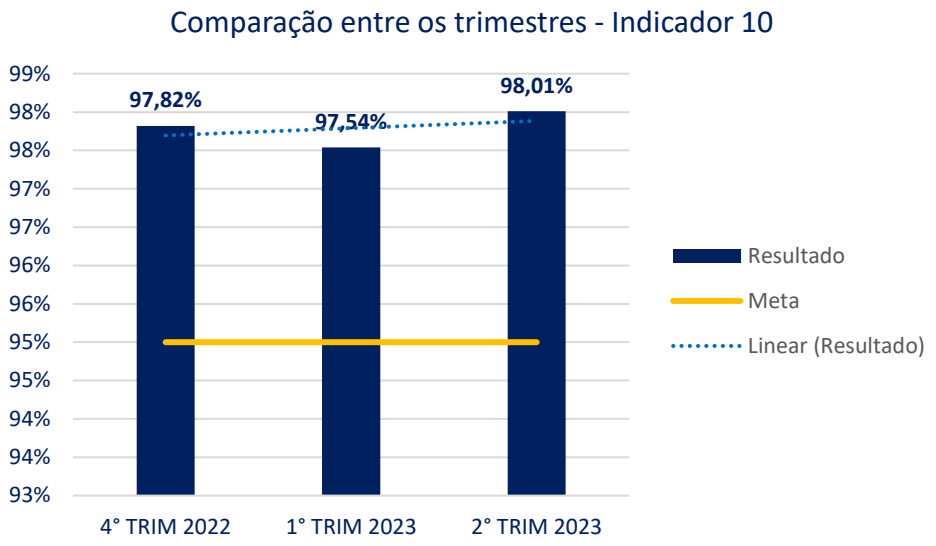
Indicador	Meta	Agregada TRIMESTRAL	Resultado Trimestre Anterior
Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS.	95%	**97,49%**	**99,54%**
Cálculo do Indicador: Total de itens comprados abaixo da média de preços / Total de itens adquiridos x 100			
Fonte: Prestação de contas			
Periodicidade da avaliação: Trimestral			
Nota: Calculado ao final do trimestre.			

No último trimestre (janeiro, fevereiro e março de 2023) o resultado foi de 99,54%.

1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

Indicador	Meta	Agregada TRIMESTRAL	Resultados Mensais		
			ABR	**MAI**	**JUN**
Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e serviços prestados.	95%	**98,01%**	96,91%	97,51%	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

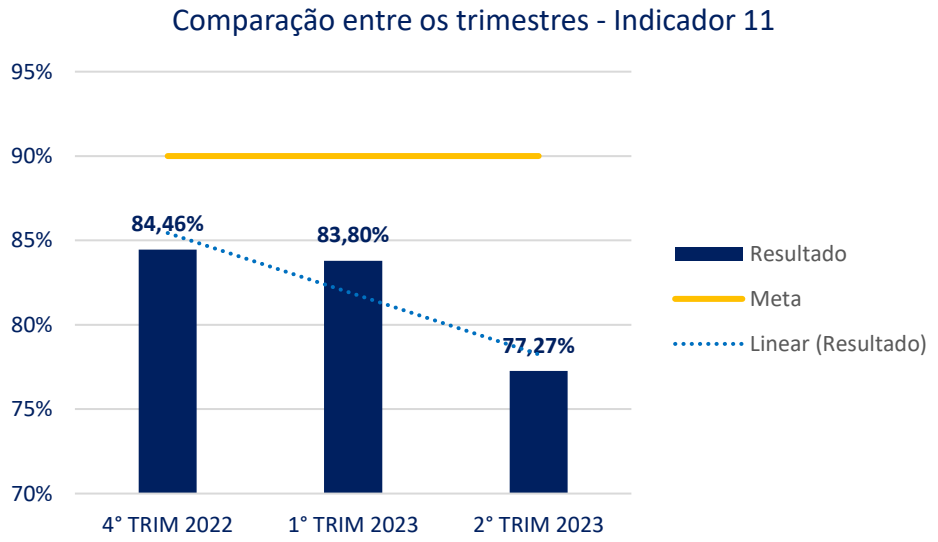
Nota:

A equipe de gestão do IDEIAS disponibiliza instrumentos de avaliação 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 usuários da área.

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose

Indicador	Meta	Agregada TRIMESTRAL	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período.	90%	**77,27%**	75,00%	70,59%	84,09%

Cálculo do Indicador: Nº de casos novos de tuberculose encerrados como cura na área no período dem 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: -

Apesar de ser uma doença antiga, a Tuberculose (TB) segue se configurando como um grave problema de saúde pública a nível nacional. Alguns fatores podem ser citados como desafios à adesão dos usuários ao tratamento, como o próprio tempo do tratamento (que pode ser de 6 meses a 1 ano), as sensações desagradáveis que os medicamentos podem acarretar, a falta de tempo em virtude de trabalhos extenuantes e o desconhecimento acerca da patologia. Outro ponto a se considerar é que a pandemia de COVID-19, apesar

de ter contribuído para o isolamento, impediu o acesso pleno aos serviços de saúde, o que, segundo Do Carmo, 2022, repercutiu negativamente na prevenção e no tratamento de doenças infecto-contagiosas. Ainda segundo esta autora, também houve aumento de casos não diagnosticados de TB, além da redução dos índices vacinais de BCG.

Quando olhamos para o município do Rio de Janeiro (MRJ), na Tabela abaixo, observamos que a partir do ano de 2020, início da pandemia por Covid-19, realmente houve uma queda diferenciada na percentagem de curas de casos novos pulmonares.

Tabela 1 - Principais indicadores de tuberculose por ano, MRJ, 2012-2023.

Ano	Coinfecção TB/HHIV (%)	Testes HIV (%)	Contatos examinados (%)	TB pulmonar positiva (%)	Cura de CNPP (%)	Abandono de CNPP (%)	Cultura em retratamento (%)
2012	10.5	68.2	47.4	63.5	68.1	14.0	28.2
2013	10.4	75.8	52.2	58.7	68.2	14.1	32.7
2014	11.1	81.1	54.1	60.1	70.3	13.3	34.6
2015	11.1	84.7	57.4	70.6	68.7	12.0	42.7
2016	9.3	84.2	63.1	69.2	70.5	12.6	44.9
2017	10.1	79.5	58.8	64.2	68.8	12.7	49.0
2018	9.5	82.3	54.4	63.7	68.4	14.0	49.4
2019	7.6	81.2	28.2	59.2	68.8	15.0	61.7
2020	7.9	81.6	28.8	59.5	63.7	17.0	54.8
2021	8.7	85.4	41.5	61.5	65.4	14.5	40.6
2022	8.7	89.3	29.3	64.7	48.5	10.5	44.1
2023	8.5	84.7	21.4	71.0	0.2	1.8	25.9

Fonte: GeoTB, SUBPAV. 2023. CNPP = Casos novos pulmonares positivos.

Comparando os resultados da AP 3.2 tanto no trimestre atual (75,41%) quanto nos trimestres anteriores aos resultados do MRJ ao longo dos anos de 2012 a 2022, observa-se um maior percentual de cura na AP 3.2.

Conhecer os fatores que podem influenciar para o abandono do tratamento é de fundamental importância para subsidiar o planejamento de ações em saúde e intervenções de controle e enfrentamento da TB na área. Neste sentido, realiza-se ao longo do mês análise dos casos das diferenças nas unidades - usuários que não cumpriam os requisitos para alcance do indicador. São avaliados os prontuários destes usuários, objetivando entender os motivos dos abandonos ou outros motivos de alta.

Em todos os casos é feita devolutiva aos gestores das unidades. Desde o mês de Abril de 2023 esses feedbacks passaram a ser enviados também aos profissionais “pontos focais” para um acompanhamento mais próximo e capilarização facilitada dentre as equipes. Solicita-se avaliação por parte da equipe técnica e orienta-se quanto à abertura de chamado ao PEP para correção de eventuais inconsistências do sistema.

Com a realização dessas análises, foi possível identificar a necessidade de reforçar com as equipes sobre a vigilância em saúde, tendo como pontos principais os protocolos que abordam o tratamento à pessoa com Tuberculose e também os indicadores de saúde voltados ao processo de trabalho.

Um desdobramento e plano de ação pensado pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS foi o projeto Café com IDEIAS, que teve início no mês de Maio de 2023. Este projeto contempla visitas às unidades para conversas sobre vigilância em saúde junto aos gerentes e pontos focais e RTs. A prioridade é abordar duas linhas de cuidado e três indicadores do contrato de gestão, estando entre eles a linha de TB e o indicador 11, ‘Proporção de cura de tuberculose’. Objetiva-se fomentar a discussão, a construção coletiva de estratégias para qualificação do cuidado e melhorias no cuidado. Ainda em curso, o projeto já resultou em potentes matrizes de intervenções realizadas pelas equipes.

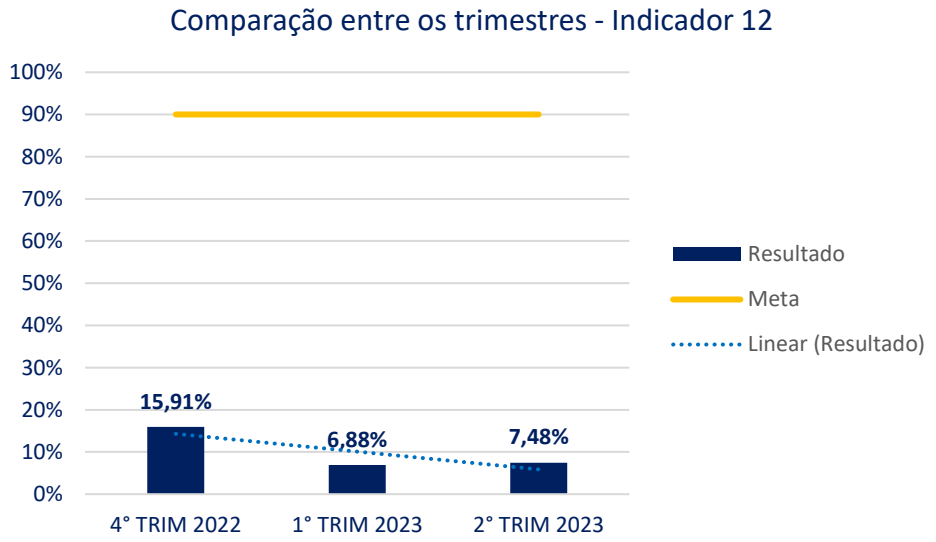
Outro produto foi o encontro de Educação Permanente em Saúde denominado FOCO na Tuberculose e foi pensado em parceria com a apoiadora da Linha de Cuidado (DAPS). O público alvo são os profissionais pontos focais em TB das unidades da AP 3.2. Planejado para acontecer em um único momento, que se deu em Junho de 2023, acabou ampliando para dois, devido à grande troca ocorrida entre os profissionais. O segundo encontro ficou pactuado para o mês de Julho de 2023, com dinâmica diferente do primeiro e com planejamento de apresentação de experiências exitosas de duas unidades da área.

Nestes espaços, abordou-se com as equipes a importância da revisão dos diagnósticos antigos ainda ativos, como por exemplo, CIDs de 2020 que não foram encerrados. Estes fechamentos interferem no indicador atual, entretanto, visam limpar o banco para os próximos trimestres. Com os encontros e discussões realizadas, espera-se uma evolução nos próximos resultados.

1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação

Indicador	Meta	Agregada TRIMESTRAL	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de notificações de sífilis na gestação com tratamento adequado.	90%	**7,48%**	8,89%	7,69%	6,00%

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

Nota: -

Realizou-se análise constante ao longo do mês, com base nos casos das diferenças nas unidades - usuárias que não cumpriam os requisitos para alcance do indicador. Foram avaliados os prontuários destas usuárias, objetivando entender os motivos. Em todos os casos foi feita devolutiva aos gestores das unidades. Solicitou-se avaliação por parte da equipe técnica. Desde o mês de Abril esses feedbacks passaram a ser enviados

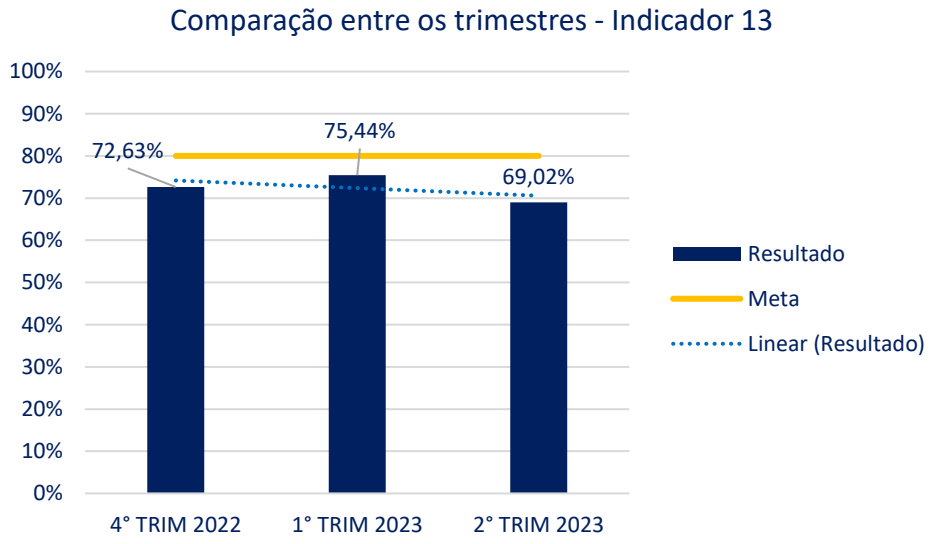
também aos profissionais “pontos focais” para um acompanhamento mais próximo e capilarização facilitada dentre as equipes.

Um desdobramento e plano de ação pensado pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS foi o projeto Café com IDEIAS, que teve início no mês de Maio de 2023. Este projeto contempla visitas às unidades para conversas sobre vigilância em saúde junto aos gerentes e pontos focais e RTs. A prioridade é abordar duas linhas de cuidado e três indicadores do contrato de gestão, estando entre eles a linha de Saúde da Mulher e o indicador 12, ‘Acompanhamento de Sífilis na Gestação’. Objetiva-se fomentar a discussão, a construção coletiva de estratégias para qualificação do cuidado e melhorias no cuidado. Ainda em curso, o projeto já resultou em potentes matrizes de intervenções realizadas pelas equipes.

Planeja-se para o próximo trimestre um encontro online objetivando o esclarecimento de dúvidas quanto ao preenchimento adequado dos campos no prontuário eletrônico, contando com a participação da equipe do sistema de PEP VitaCare.

1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas

Indicador	Meta	Agregada TRIMESTRAL	Resultados Mensais		
			ABR	**MAI**	**JUN**
Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal registradas no PEP.	80%	**69,02%**	67,35%	67,91%	72,41%
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

Nota: -

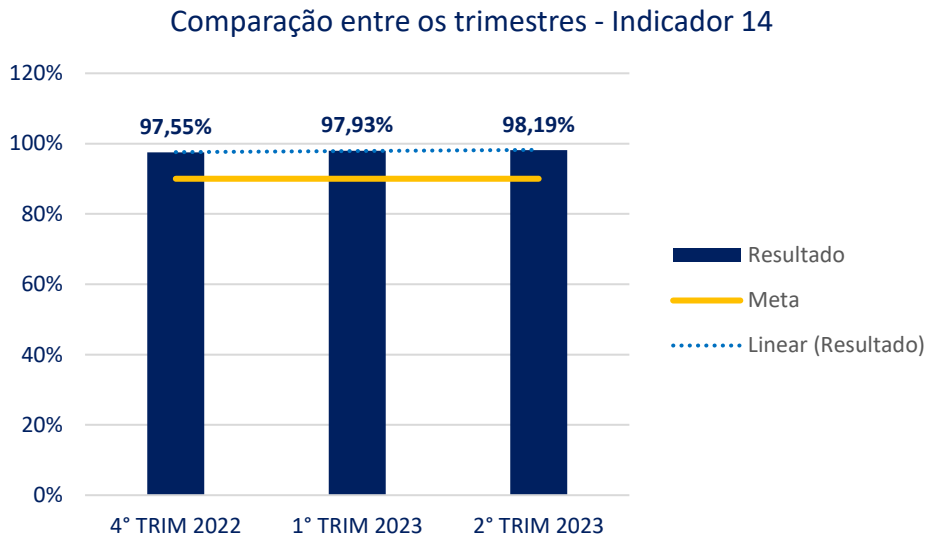
Instrumentos de monitoramento visam ao apoio e alcance deste indicador, com disponibilização de listas de gestantes com sinalização da Data Provável do Parto, chamando atenção às gestantes com DPP para 45 dias ou menos; e listas de gestantes ativas com 42 semanas ou + de gravidez, solicitando feedback 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 dentre as equipes.

Um desdobramento e plano de ação pensado pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS foi o projeto Café com IDEIAS, que teve início no mês de Maio de 2023. Este projeto contempla visitas às unidades para conversas sobre vigilância em saúde junto aos gerentes e pontos focais e RTs. A prioridade é abordar duas linhas de cuidado e três indicadores do contrato de gestão, estando entre eles a linha de Saúde da Mulher e o indicador 13, 'Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas'. Objetiva-se fomentar a discussão, a construção coletiva de estratégias para qualificação do cuidado e melhorias no cuidado. Ainda em curso, o projeto já resultou em potentes matrizes de intervenções realizadas pelas equipes.

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

Indicador	Meta	Agregada TRIMESTRAL	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%	**98,19%**	98,16%	98,19%	98,21%

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

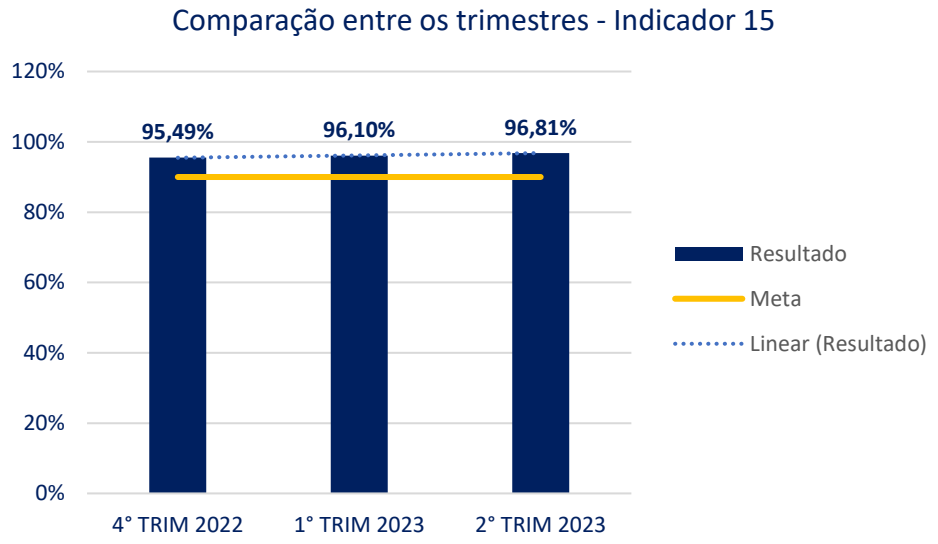
Nota:

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	Agregada TRIMESTRAL	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%	**96,81%**	96,81%	96,81%	96,80%
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

Nota:

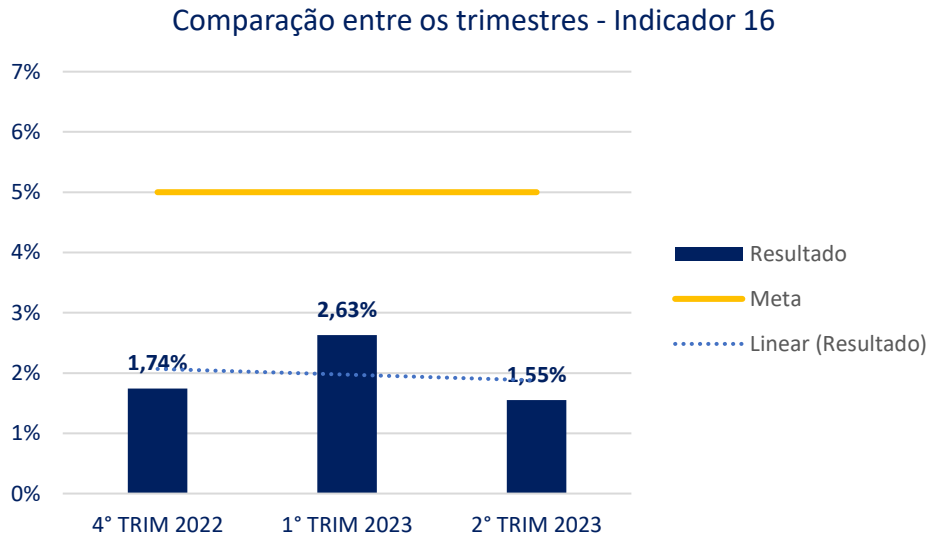
Desde o início do contrato, oficinas foram realizadas e instrumentos de monitoramento implementados visando ao apoio e alcance deste indicador, como listas de usuários sem CPF e listas de Completude de Dados, retornando para as unidades suas evoluções. Também foi solicitado às unidades que fizessem escalas 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	Agregada TRIMESTRAL	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família.	Menor ou igual 5%	**1,55%**	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

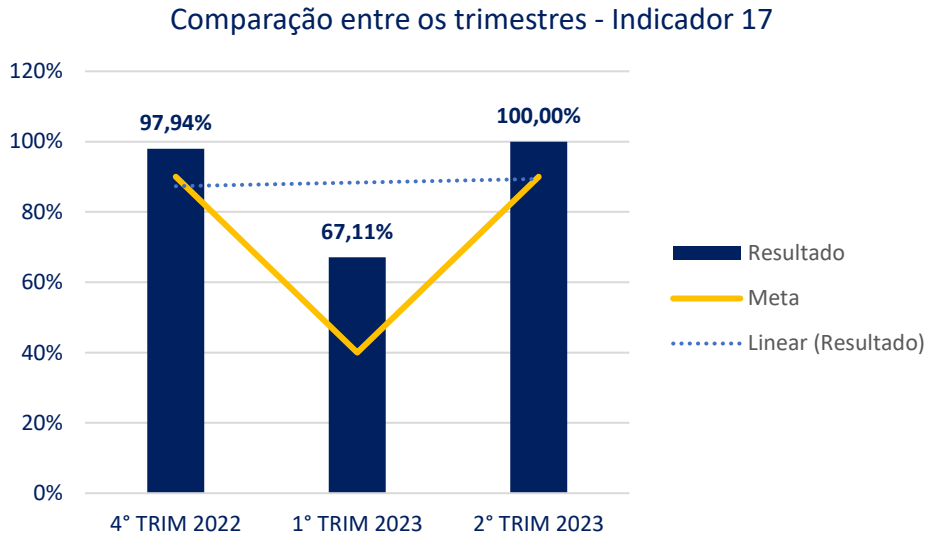
Periodicidade da avaliação: Trimestral

Nota:

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

Indicador	Meta	Agregada TRIMESTRAL	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Nº de crianças e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiárias.	60%	**100,00%**	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

Nota:

As políticas sociais de base territorial, como o programa Bolsa Família e o Cartão Família Carioca, são elementos de agregação de ações junto a famílias em situação de vulnerabilidade social, na perspectiva de ampliação do acesso aos serviços e redução dos fatores geradores da desigualdade e exclusão social (GUADAGNIN, 2019). A Estratégia Saúde da Família é um locus privilegiado para o acompanhamento das condicionalidades de saúde dessas famílias.

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	Agregada TRIMESTRAL	Resultados Mensais		
Proporção de escolas e creches cobertas na área da UAP	90%	**100,00%**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
			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: -					

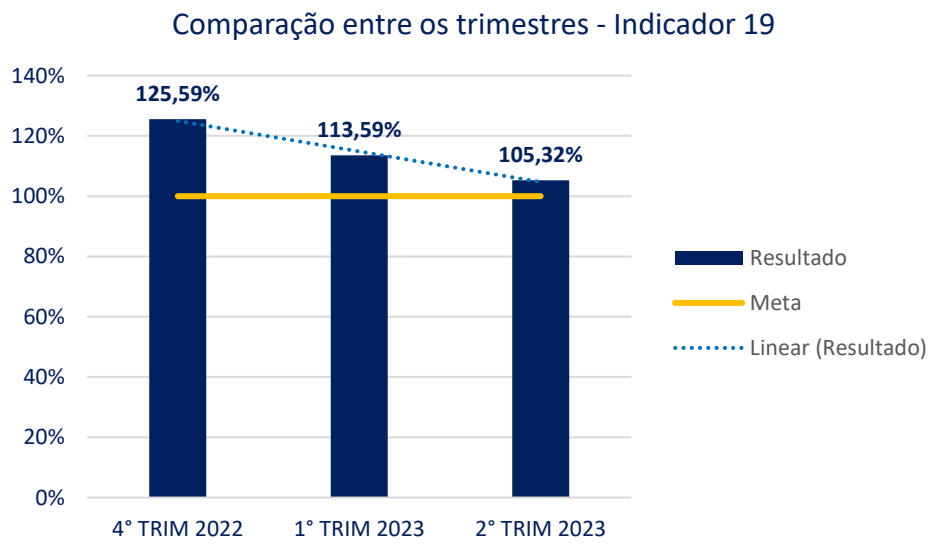
Foram elaborados e implementados pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS instrumentos de monitoramento, visando ao apoio e alcance deste indicador, como solicitação do planejamento mensal das atividades a serem realizadas. Este deve acontecer até o 5° dia útil de cada mês. A Gerência 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	Agregada TRIMESTRAL	Resultados Mensais		
			ABR	MAI	JUN
Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral entre as famílias beneficiárias de programa de incentivo.	100%	**105,32%**	19,21%	29,22%	55,78%
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
Nota: -

Em relação ao resultado do indicador de entrega de kits de higiene oral entre as famílias beneficiárias de programa de incentivo, observa-se um número superior a 100% neste e em outros trimestres. Estes achados podem ser explicados através de algumas situações que seguem abaixo, identificadas após estudo realizado pela equipe de Gerência de Qualidade:

1) Pela regra do indicador, descrita em documento orientador enviado pela equipe do VitaCare (GESTÃO DE PRODUTO | FSPEC - INDICADORES VARIÁVEL 1 - VITACARE-SMS-RJ-INDICADORES GESTÃO VAR1-2022-V1.0 - VERSÃO 1.0 | MAIO 2022), o cálculo da Agregada TRIMESTRAL deve ser feito da seguinte maneira:

Agregada trimestral: Soma/ Média dos valores mensais dos 3 meses em avaliação

Desta forma, o denominador final pode ser inferior ao numerador, o que faz o percentual ser superior a 100. Segue um exemplo:

Se uma unidade de saúde inicia o trimestre com 100 famílias e entrega os kits a todas essas no primeiro mês; cadastra mais 20 famílias no segundo mês, já fazendo as entregas; e cadastra mais 30 famílias no terceiro mês, realizando as entregas, o cálculo do trimestre fica da seguinte forma:

	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	TRIMESTRE
Numerador (entrega de kits)	100	20	30	150 (soma)
Denominador (famílias beneficiárias)	100	120	150	123 (média)
Resultado	100%	16%	20%	122%

2) Outro ponto levantado durante as análises do indicador ao longo dos meses foi a eventual entrega à mesma família em mais de um mês. Isso aumenta o numerador, uma vez que o prontuário eletrônico, em seu resultado, não considera somente a última entrega.

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.

1.2 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%.

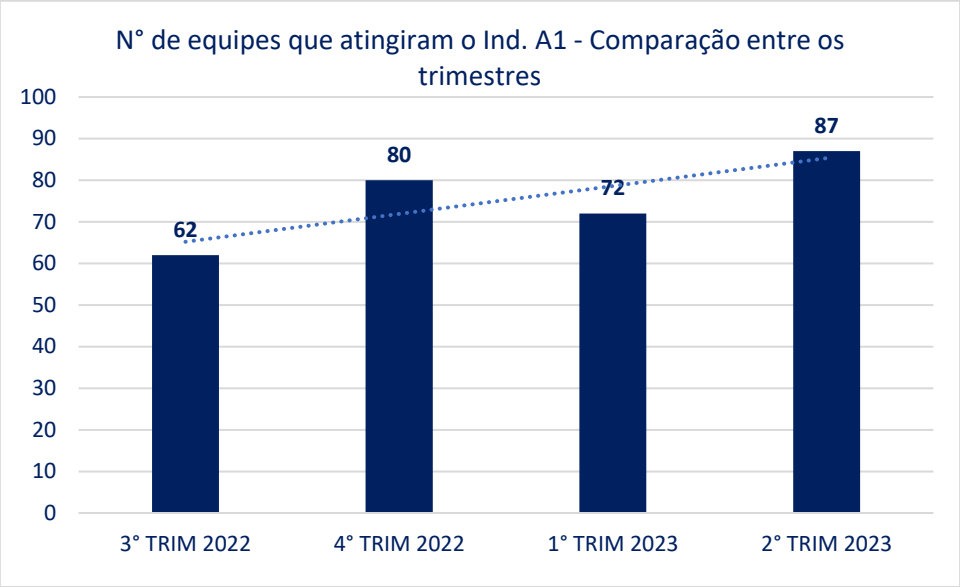
Da mesma forma, as unidades que atingiram as metas de 12 a 16 indicadores só receberão 50% do repasse se a completude das Fichas de Cadastro for de 90% ou mais. Caso seja menor que 90%, o repasse será de apenas 25%.

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.

1.2.1 INDICADOR A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador A1 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.

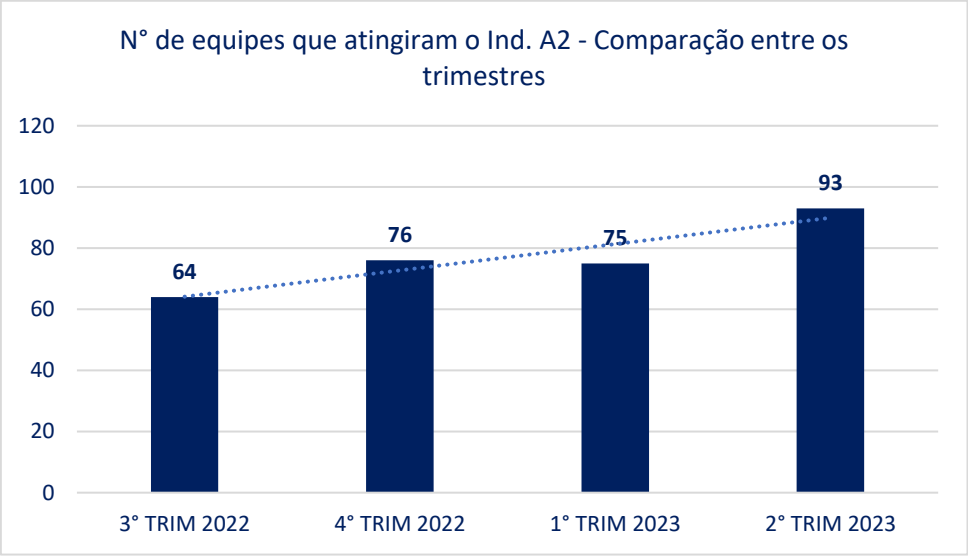


Avaliando o indicador de atendimento pelo próprio médico, percebe-se que a reorganização do processo de trabalho; a avaliação das agendas dos médicos nas equipes; e a organização das demandas tiveram um impacto positivo. Podemos destacar que nesse trimestre tivemos um aumento no alcance de 15 equipes de saúde da família nesse indicador comparando com o ultimo trimestre.

Há vacância médica em algumas unidades como: CF Erivaldo Fernandes Nobrega; CF OIga Pereira Pacheco; CMS Milton Fontes Magoarão; CMS Ariadne Lopes de Menezes; impactando diretamente no indicador. Tais vagas estão sendo trabalhadas pelo RH do IDEIAS.

1.2.2 INDICADOR A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador A2 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.

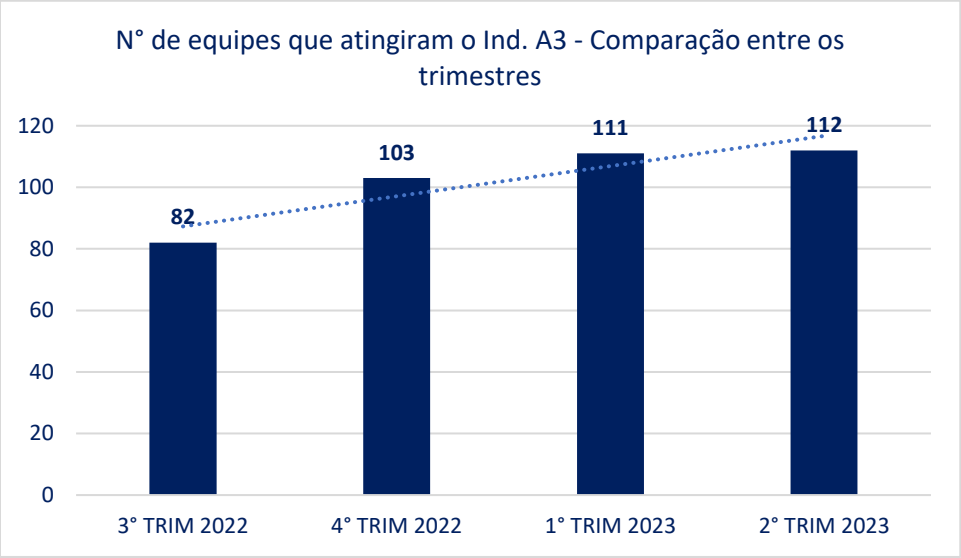


Nesse período podemos observar uma melhora significativa no indicador. Foram 18 equipes a mais alcançando o indicador em comparação ao último trimestre. Algumas unidades como CF Herbert José de Souza e CF Bibi Vogel possuem algumas fragilidades. Seus territórios de abrangência não possuem unidades de emergências, fazendo com que as equipes tenham um aumento expressivo de demandas espontâneas.

A equipe da Supervisão tem realizado visitas nestas unidades para apoiar na educação permanente e estimular o agendamento de consultas nas equipes mais frágeis.

1.2.3 INDICADOR A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.

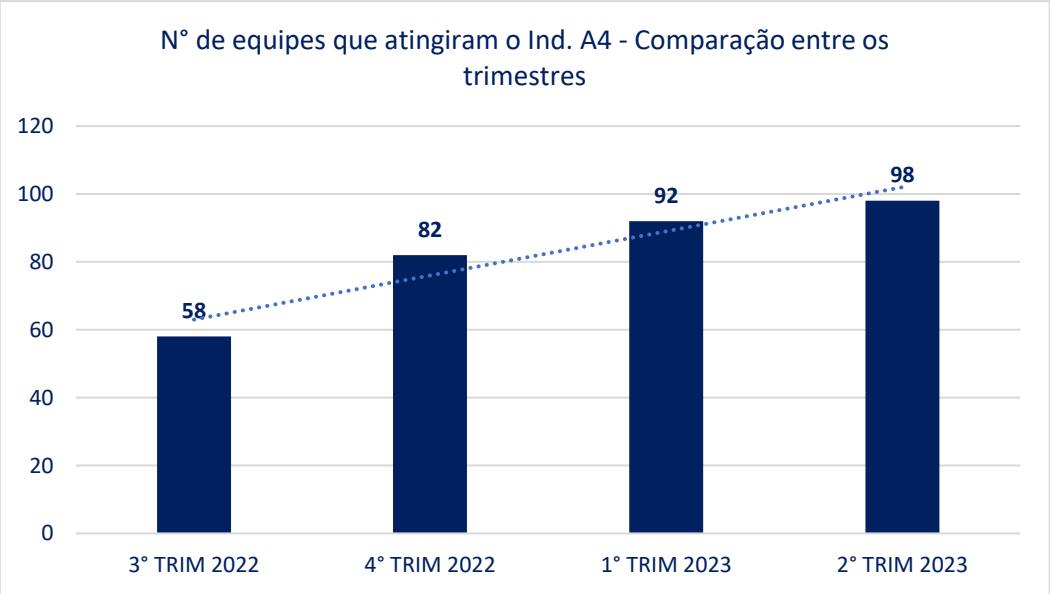
O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador A3 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.



Nesse trimestre todas as equipes alcançaram o indicador A3. Podemos destacar como fator positivo as diminuições de vacâncias de profissionais, organização das agendas padrões e treinamentos das equipes nas visitas domiciliares.

1.2.4 INDICADOR A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador A4 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.



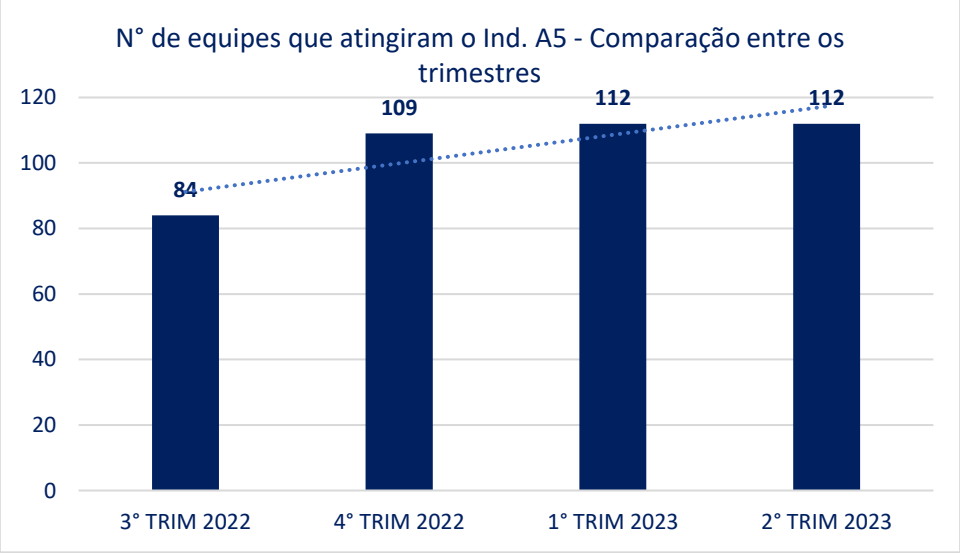
No período em análise tivemos um aumento de 6 equipes alcançando o indicador quando comparado ao último trimestre. Essa evolução pode ser associada à diminuição de vacância nas unidades, adequações nos processos de trabalho das equipes e intensificação das atividades educativas em salas de espera.

Outro fator que podemos destacar é o aumento de ações de grupos na unidade e atividades programadas de PSE - estratégias adotadas para o alcance desse indicador.

As unidades que tiveram os menores percentuais neste trimestre foram sinalizadas e justificaram a necessidade de aumento das ofertas de grupos nas unidades e a fragilidade no lançamento adequado dessas atividades no prontuário eletrônico.

1.2.5 INDICADOR A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados.

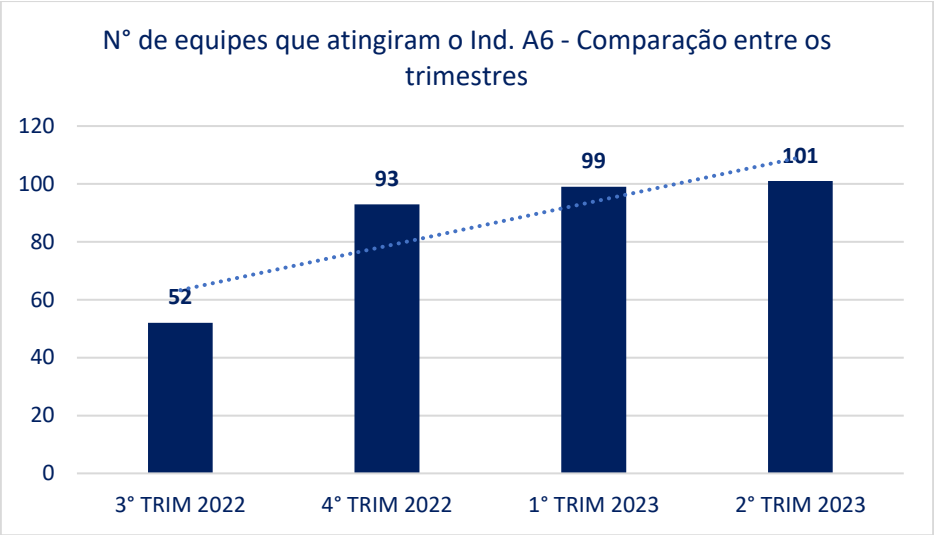
O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador A5 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.



Todas as equipes alcançaram esse indicador nos últimos 2 trimestres. Pode-se associar este resultado à diminuição das vacâncias da equipe técnica das unidades e o preenchimento adequado pelos gestores do "carteirômetro". Outro fator de destaque é a educação permanente para inserção de DIU realizada pela CAP 3.2, que é preconizada pela Carteira de Serviços.

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

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador A6 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.



Nota-se um discreto aumento no número de equipes que alcançaram este indicador, quando comparado ao último trimestre, mas pode se observar a evolução significativa desde o 3° trimestre de 2022.

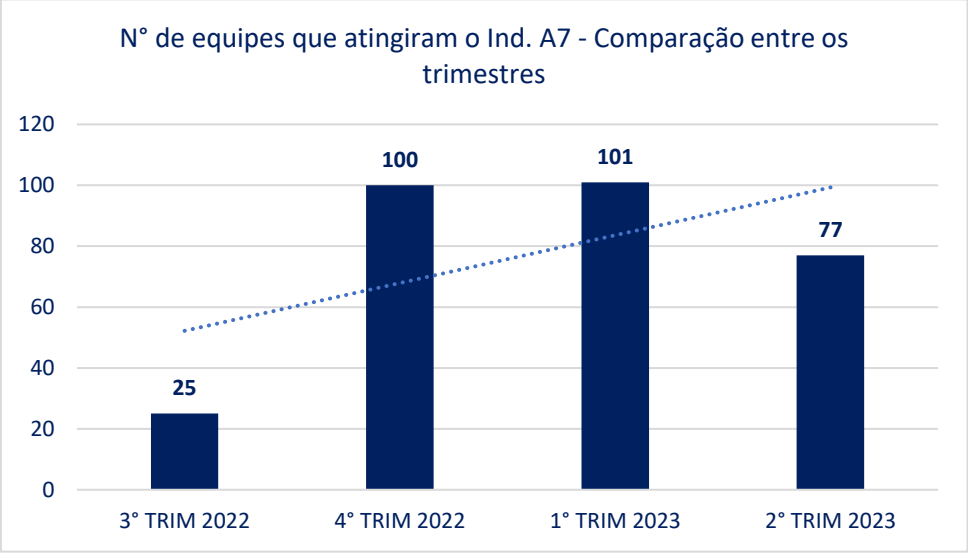
Foram realizadas orientações para sensibilização dos agentes comunitários quanto ao lançamento correto das marcações de consultas não presenciais no VitaCare. Pode-se visualizar que essa estratégia teve impacto positivo em grande parte das equipes.

Outro fator que devemos destacar é a implementação do uso institucional do *WhatsApp* por todas as equipes, o que possibilitou ao usuário um canal de comunicação digital com sua equipe de saúde da família.

As 4 equipes da CF Anthidio Dias da Silveira que não alcançaram tal indicador tiveram dificuldade de organização quanto ao lançamento correto no VitaCare e vulnerabilidade do território. A Supervisão de território discutiu estratégias com os gestores responsáveis pelas unidades com essas fragilidades.

1.2.7 INDICADOR A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador A7 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.

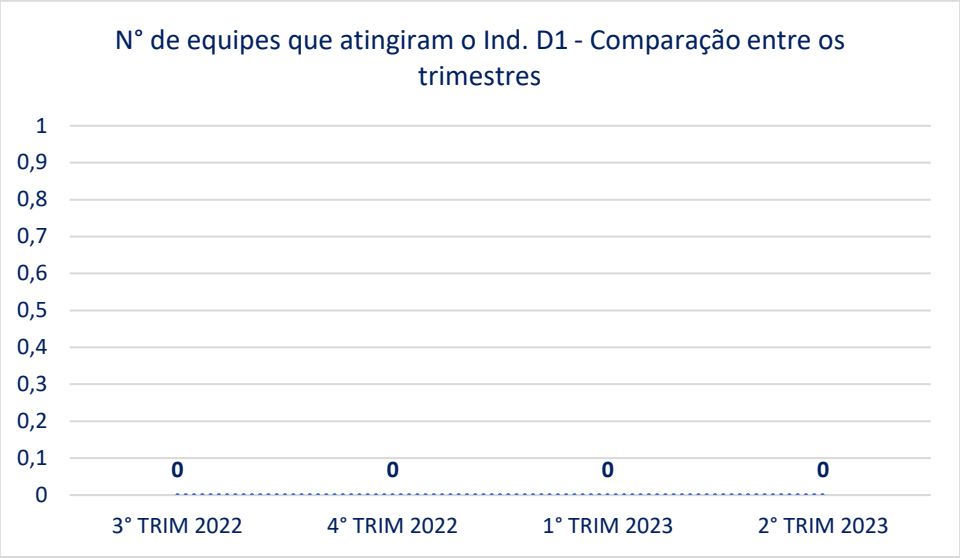


Nesse trimestre observamos uma queda no indicador de primeira consulta odontológica. Pode-se associar à rotatividade profissional que aconteceu no período e também a alguns contratempos no que tange à manutenção dos equipos. A equipe da Supervisão de Território levantou junto aos gestores as pendências, objetivando saná-las e aumentar a oferta das consultas em saúde bucal.

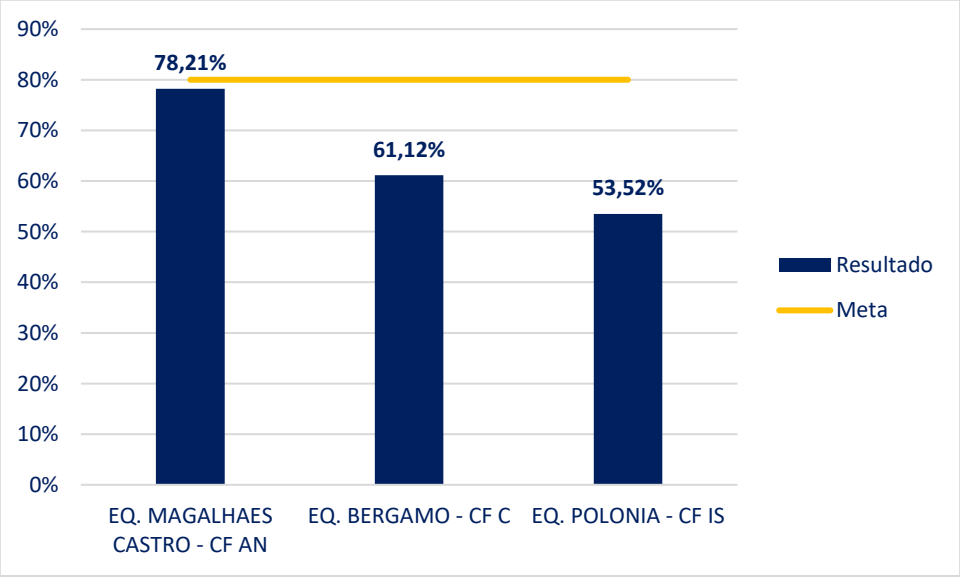
Um fator positivo é o trabalho realizado pela responsável técnica de odontologia do IDEIAS, que fez uma análise e diagnóstico situacional importante para qualificarmos os processos de trabalho das equipes de Saúde Bucal na área. As atividades realizadas podem ser visualizadas no tópico das considerações finais deste documento.

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

O gráfico abaixo se propõe a apresentar a quantidade de equipes que atingiram o indicador D1 nos últimos trimestres.



Apesar de nenhuma equipe ter alcançado este indicador ainda, algumas equipes têm se destacado e estão muito próximas do alcance. É o caso das equipes Magalhães Castro da CF Anna Nery, Equipe Bergamo da CF Carioca e Equipe Polonia da CF Izabel dos Santos. Abaixo podem ser observados seus resultados para o trimestre atual:



Para o trimestre em avaliação, conforme orientações da última CTA, foi pactuado com os gestores das unidades um aumento de, pelo menos, 10% em relação aos seus resultados do último trimestre (Jan Fev Mar). Abaixo apresentamos a evolução de cada equipe.

Unidade	Equipe	Resultado Último Trim	Meta Trim Abr Mai Jun	Resultado Trim Abr Mai Jun	ALCANÇOU?
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	CAMILA BRAVO	15,89%	**17,48%**	**17,25%**	**Meta não alcançada**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FAGUNDES VARELA	18,81%	**20,69%**	**24,64%**	**Meta alcançada**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FAZENDINHA	19,36%	**21,29%**	**24,38%**	**Meta alcançada**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FRANCISCO FRAGOSO	18,29%	**20,11%**	**18,52%**	**Meta não alcançada**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	MONTEIRO DA LUZ	16,31%	**17,94%**	**18,76%**	**Meta alcançada**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	PAU FERRO	24,60%	**27,06%**	**25,56%**	**Meta não alcançada**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	POCONE	16,93%	**18,62%**	**18,68%**	**Meta alcançada**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	SILVA BRAGA	10,84%	**11,92%**	**13,95%**	**Meta alcançada**
SMS CF ANNA NERY AP 32	ALMIRANTE ARY PARREIRAS	29,89%	**32,88%**	**32,75%**	**Meta não alcançada**
SMS CF ANNA NERY AP 32	CAMBORIU	42,90%	**47,19%**	**47,44%**	**Meta alcançada**
SMS CF ANNA NERY AP 32	DR GARNIER	31,12%	**34,23%**	**35,28%**	**Meta alcançada**
SMS CF ANNA NERY AP 32	JOSE FELIX	30,99%	**34,08%**	**32,67%**	**Meta não alcançada**
SMS CF ANNA NERY AP 32	MAGALHAES CASTRO	65,56%	**72,12%**	**78,21%**	**Meta alcançada**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	CONCORDIA	20,25%	**22,27%**	**23,96%**	**Meta alcançada**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	DARCI VARGAS	23,26%	**25,59%**	**27,74%**	**Meta alcançada**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	FAZENDINHA	27,02%	**29,72%**	**29,60%**	**Meta não alcançada**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	MIGUEL ANGELO	24,32%	**26,75%**	**27,36%**	**Meta alcançada**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	PONTILHAO	22,96%	**25,25%**	**23,57%**	**Meta não alcançada**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	VIUVA CLAUDIO	25,09%	**27,60%**	**27,29%**	**Meta não alcançada**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	XV DE AGOSTO	34,94%	**38,44%**	**37,72%**	**Meta não alcançada**
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DARKE DE MATOS	18,93%	**20,82%**	**20,42%**	**Meta não alcançada**

SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DOMINGOS DE MAGALHAES	23,61%	**25,98%**	**25,57%**	**Meta não alcançada**
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	FELIX FERREIRA	22,56%	**24,82%**	**25,48%**	**Meta alcançada**
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	PIRES DE CARVALHO	21,46%	**23,61%**	**23,97%**	**Meta alcançada**
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	VOLTA GRANDE	18,49%	**20,34%**	**19,51%**	**Meta não alcançada**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	ADHEMAR BEBIANO	24,88%	**27,37%**	**25,56%**	**Meta não alcançada**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	CANITAR	22,44%	**24,68%**	**24,59%**	**Meta não alcançada**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	HORTOLANDIA	18,62%	**20,48%**	**19,95%**	**Meta não alcançada**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MALACACHETA	19,08%	**20,99%**	**21,79%**	**Meta alcançada**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MANUEL MAURICIO	25,55%	**28,10%**	**34,46%**	**Meta alcançada**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MARECHAL CASTELO BRANCO	16,24%	**17,86%**	**18,52%**	**Meta alcançada**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MOREIA	32,81%	**36,09%**	**40,27%**	**Meta alcançada**
SMS CF CARIOCA AP 32	BERGAMO	55,39%	**60,93%**	**61,12%**	**Meta alcançada**
SMS CF CARIOCA AP 32	ITAPOA	26,68%	**29,35%**	**35,05%**	**Meta alcançada**
SMS CF CARIOCA AP 32	MOGI MIRIM	34,46%	**37,91%**	**39,46%**	**Meta alcançada**
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	ALZIRA VALDETARO	31,42%	**34,56%**	**33,74%**	**Meta não alcançada**
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	BELA VISTA	29,18%	**32,09%**	**32,94%**	**Meta alcançada**
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CERQUEIRA LIMA	17,00%	**18,70%**	**19,89%**	**Meta alcançada**
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CONSELHEIRO JOBIM	33,39%	**36,73%**	**38,15%**	**Meta alcançada**
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	MANOEL MIRANDA	18,38%	**20,22%**	**19,87%**	**Meta não alcançada**
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	SAO PAULO	9,17%	**10,09%**	**12,01%**	**Meta alcançada**
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	AGUIA DE OURO	15,56%	**17,11%**	**19,25%**	**Meta alcançada**
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ALVARO DE MIRANDA	9,06%	**9,96%**	**11,90%**	**Meta alcançada**
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ENGENHO	12,57%	**13,83%**	**15,86%**	**Meta alcançada**
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	MAJOR ADERBAL COSTA	11,38%	**12,52%**	**13,09%**	**Meta alcançada**
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	MARIO BAHIA	6,62%	**7,28%**	**9,11%**	**Meta alcançada**

SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	HERMINIA	6,80%	**7,47%**	**9,81%**	**Meta alcançada**
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	JARDIM DO MEIER	6,91%	**7,60%**	**9,46%**	**Meta alcançada**
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	MARILIA DIRCEU	7,24%	**7,96%**	**9,90%**	**Meta alcançada**
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	PRACA AVAI	7,39%	**8,13%**	**8,32%**	**Meta alcançada**
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	VISCONDE DE TOCANTINS	5,49%	**6,04%**	**7,10%**	**Meta alcançada**
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	ENGENHO DO MATO	16,05%	**17,65%**	**20,16%**	**Meta alcançada**
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	MACHADO SOBRINHO	20,43%	**22,47%**	**23,99%**	**Meta alcançada**
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	MARACA	23,43%	**25,78%**	**25,45%**	**Meta não alcançada**
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	PEREIRA PINTO	12,14%	**13,36%**	**14,68%**	**Meta alcançada**
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	SILVA VALE	11,35%	**12,49%**	**14,02%**	**Meta alcançada**
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	CEU AZUL	29,05%	**31,96%**	**30,06%**	**Meta não alcançada**
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	DOIS DE MAIO	49,02%	**53,92%**	**50,43%**	**Meta não alcançada**
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	ENGENHO NOVO	39,52%	**43,48%**	**37,81%**	**Meta não alcançada**
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	POLONIA	53,79%	**59,17%**	**53,52%**	**Meta não alcançada**
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	VEIGA BASTOS	34,62%	**38,08%**	**37,68%**	**Meta não alcançada**
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	ABOLICAO	9,44%	**10,39%**	**10,21%**	**Meta não alcançada**
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	CASEMIRO DE ABREU	10,39%	**11,43%**	**12,23%**	**Meta alcançada**
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	COIMBRA DA LUZ	14,78%	**16,25%**	**17,72%**	**Meta alcançada**
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	FERNANDO SIMONI	8,09%	**8,90%**	**10,33%**	**Meta alcançada**
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	MACEDO BRAGA	14,23%	**15,65%**	**15,52%**	**Meta não alcançada**
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	ANA QUINTAO	14,66%	**16,13%**	**17,51%**	**Meta alcançada**
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	ARTUR VARGAS	8,80%	**9,68%**	**12,09%**	**Meta alcançada**
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	CARDOSO QUINTAO	22,21%	**24,44%**	**25,85%**	**Meta alcançada**
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	PARANAPIACABA	10,95%	**12,04%**	**14,03%**	**Meta alcançada**

SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	PAULO PIRES	12,09%	**13,30%**	**13,70%**	**Meta alcançada**
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	SOLIMOES	15,70%	**17,27%**	**18,04%**	**Meta alcançada**
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	BAMBORE	13,18%	**14,50%**	**14,53%**	**Meta alcançada**
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	CHAVES PINHEIRO	13,13%	**14,44%**	**14,64%**	**Meta alcançada**
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	CONFEDERACAO SUICA	26,46%	**29,11%**	**27,19%**	**Meta não alcançada**
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	MANET	9,51%	**10,46%**	**10,32%**	**Meta não alcançada**
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	VASCO DA GAMA	13,13%	**14,44%**	**14,40%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS ANTENOR NASCENTES AP 32	PROF ANTENOR NASCENTE	29,45%	**32,39%**	**31,98%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	EMBOABA	26,24%	**28,86%**	**36,32%**	**Meta alcançada**
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	JOAO RIBEIRO	27,75%	**30,53%**	**38,80%**	**Meta alcançada**
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	LORENA	29,79%	**32,77%**	**37,68%**	**Meta alcançada**
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	TEOPHILO DIAS	21,19%	**23,31%**	**30,69%**	**Meta alcançada**
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ARAUJO LEITAO	17,98%	**19,78%**	**22,27%**	**Meta alcançada**
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BARAO DO BOM RETIRO	11,77%	**12,95%**	**13,41%**	**Meta alcançada**
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BICUIBA	17,11%	**18,82%**	**18,76%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	DONA ROMANA	11,66%	**12,83%**	**13,86%**	**Meta alcançada**
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ENCONTRO	19,15%	**21,07%**	**19,78%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	MIGUEL GALVAO	24,95%	**27,45%**	**27,50%**	**Meta alcançada**
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	HERMENGARDA	8,14%	**8,96%**	**10,57%**	**Meta alcançada**
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	LOPES DA CRUZ	6,61%	**7,27%**	**7,33%**	**Meta alcançada**
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	VENCESLAU	5,01%	**5,51%**	**5,99%**	**Meta alcançada**
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	FERNAO CARDIM	21,35%	**23,49%**	**23,15%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	HENRIQUE SCHEID	15,74%	**17,31%**	**16,60%**	**Meta não alcançada**

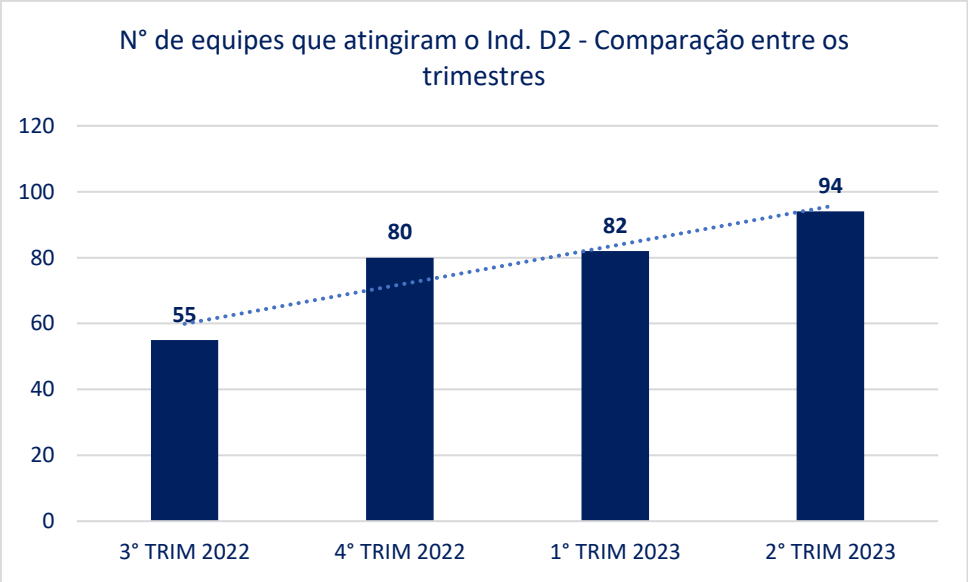
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	PIAUI	15,50%	**17,05%**	**17,08%**	**Meta alcançada**
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	ADOLFO BERGAMINI	19,57%	**21,53%**	**20,37%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	BOCA DO MATO	15,77%	**17,34%**	**38,73%**	**Meta alcançada**
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	BORJA REIS	29,36%	**32,30%**	**29,02%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	CAMARISTA	20,54%	**22,59%**	**24,94%**	**Meta alcançada**
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	MARANHÃO	3,38%	**3,71%**	**10,59%**	**Meta alcançada**
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	SANTOS TITARA	18,58%	**20,44%**	**19,06%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	AIRES CASAL	16,13%	**17,74%**	**17,40%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	ALVARES DE AZEVEDO	22,40%	**24,64%**	**25,03%**	**Meta alcançada**
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	ESPERANCA	16,02%	**17,62%**	**17,04%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	JACARE	14,06%	**15,47%**	**16,12%**	**Meta alcançada**
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	AMARO HAMATI	26,29%	**28,92%**	**28,24%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	LAGO VERDE	25,13%	**27,64%**	**25,80%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	PERIANTA	23,54%	**25,89%**	**31,75%**	**Meta alcançada**
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	SANTA LUZIA	23,79%	**26,17%**	**27,50%**	**Meta alcançada**
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TIMBO	10,17%	**11,18%**	**12,19%**	**Meta alcançada**
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TURIMA	13,68%	**15,05%**	**14,77%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS TIA ALICE AP 32	24 DE MAIO	17,93%	**19,72%**	**18,81%**	**Meta não alcançada**
SMS CMS TIA ALICE AP 32	SAO FRANCISCO XAVIER	31,37%	**34,50%**	**33,79%**	**Meta não alcançada**

Podemos destacar que as unidades: CF Carioca, CF Emygdio Alves Costa Filho, CMS Ariadne Lopes de Menezes, CMS Cesar Pernetta e CF Olga Pereira Pacheco conseguiram alcançar a meta estabelecida em todas as suas equipes. 61,61% das equipes alcançaram a meta para o trimestre (N=69) e 38,39% (N=43) não alcançaram.

A supervisão de território tem incentivado estratégias para alcance desse indicador, dentre elas: gestão de listas, busca ativa, atendimentos em demanda livre, agendamentos nos sábados, meta escalonada e sensibilização da população nas salas de espera.

1.2.9 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.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador D2 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.

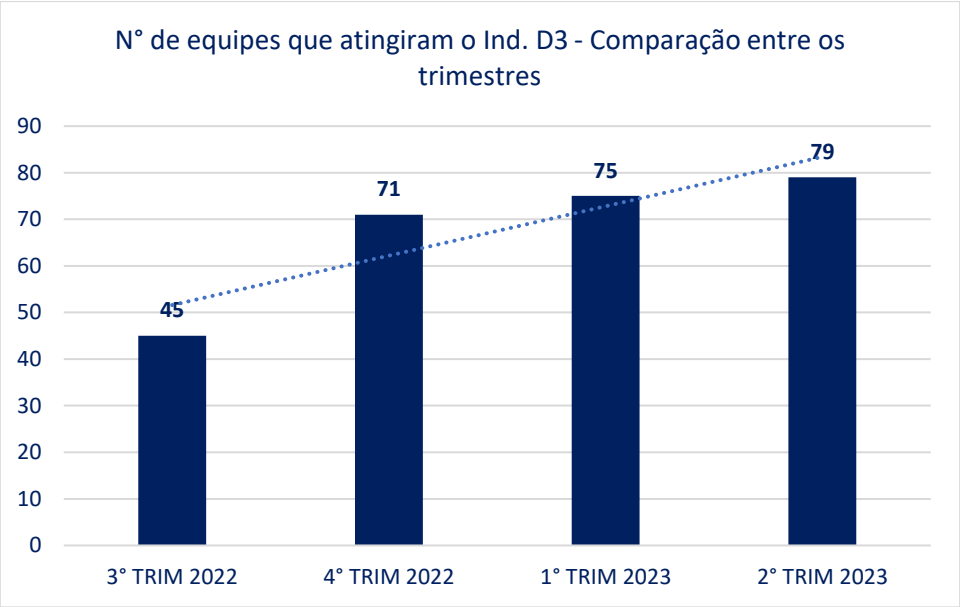


Nesse trimestre observamos um aumento no alcance nesse indicador por 12 equipes de estratégia de saúde da família a mais em comparação ao período anterior. O que podemos destacar para a melhoria desse indicador a pactuação junto às unidades da revisão dos fluxos de atendimento de usuários com diagnóstico 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 equipe de Supervisão de Território vem realizando atividades de sensibilização dos gestores no intuito de orientar quanto à gestão de listas como ferramenta de trabalho.

1.2.10 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 gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador D3 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.

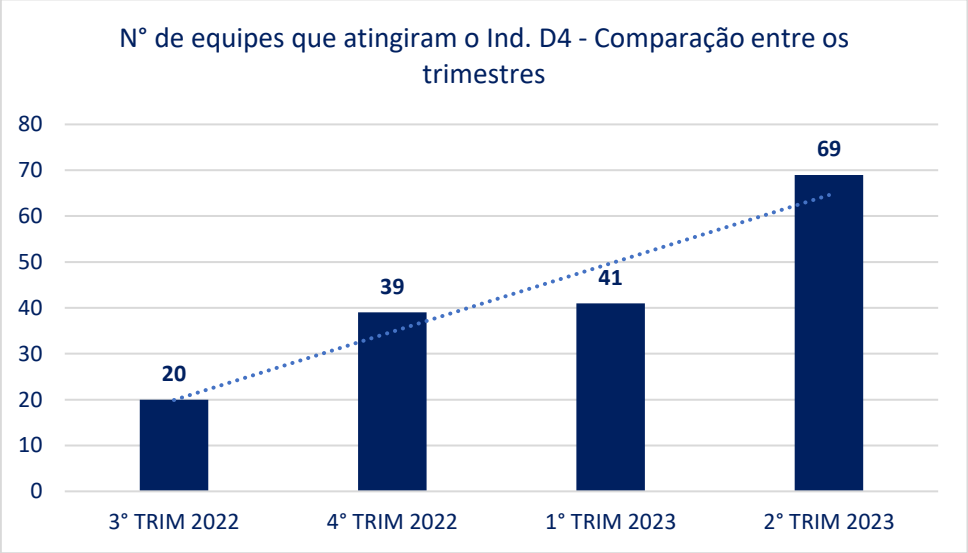


Pode-se notar um discreto aumento no número de equipes que alcançaram este indicador no trimestre em relação ao último. Podemos destacar a pactuação junto às unidades da revisão dos fluxos de atendimento de usuários com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, sempre em alinhamento com os protocolos 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.

Ainda podemos citar ações como: gestão de listas de usuários que não realizaram suas consultas pelo profissional médico ou enfermeiro; realização de grupos educativos na unidade; e visitas domiciliares estratégicas a essa população.

1.2.11 INDICADOR D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.

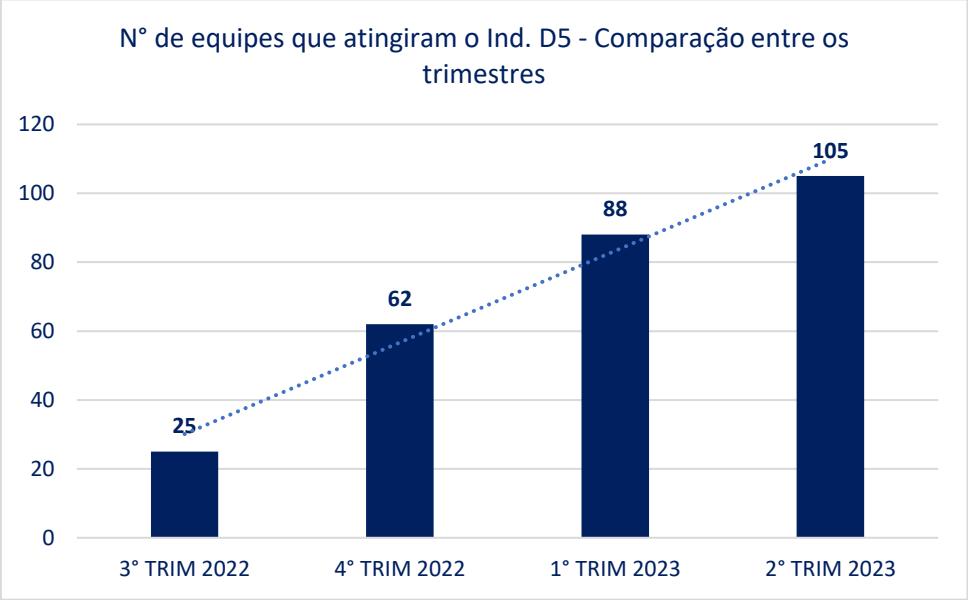
O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador D4 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.



Observa-se nesse trimestre um aumento expressivo na quantidade de equipes que alcançaram o indicador D4. São 28 equipes a mais quando comparado ao último período. Podemos atribuir essa evolução a fatores como: aumento da busca ativa das cadernetas de vacinação com o lançamento das vacinas nos campos adequados; intensificação das equipes nas gestões de listas; ações no território para verificação de cadernetas de vacinação e utilização de espaços como escolas, associação de moradores, grupos de puericultura e visitas domiciliares., utilização do GEO vacina como ferramenta de monitoramento de crianças com atrasos vacinais. 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. Além disso, foi disponibilizado aos gestores, ferramentas de gestão como: planilhas nominais com a situação vacinação das crianças moradoras dos territórios da CAP 3.2.

1.2.12 INDICADOR D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador D5 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.

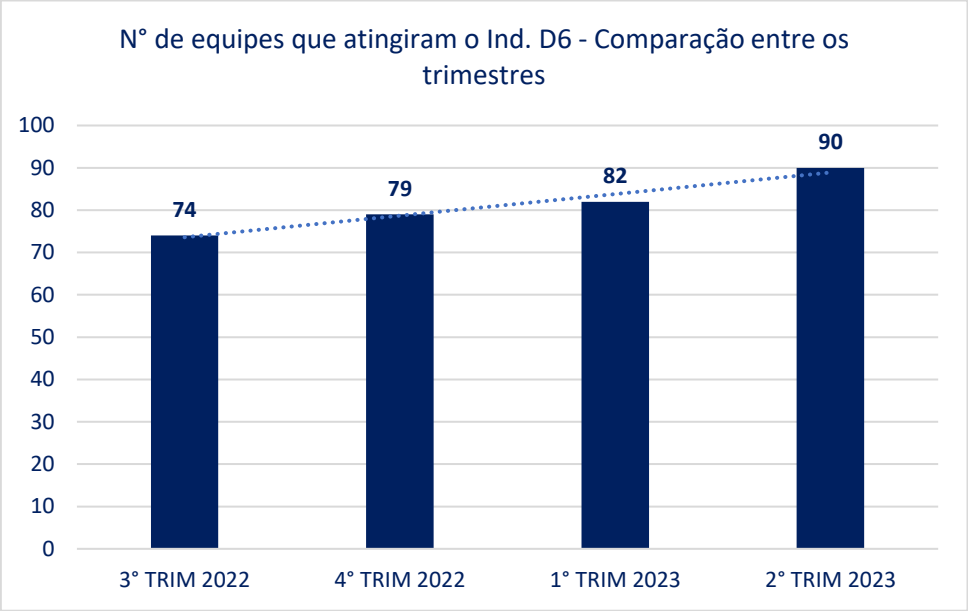


Observa-se nesse trimestre um aumento expressivo na quantidade de equipes que alcançaram o indicador D4. São 17 equipes a mais quando comparado ao último período. Podemos atribuir essa evolução a fatores como: aumento da busca ativa das cadernetas de vacinação com o lançamento das vacinas nos campos adequados; intensificação das equipes nas gestões de listas; ações no território para verificação de cadernetas de vacinação e utilização de 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. Além disso, foi disponibilizado aos gestores, ferramentas de gestão como: planilhas nominais com a situação vacinação das crianças moradoras dos territórios da CAP 3.2.

1.2.13 INDICADOR D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador D6 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.

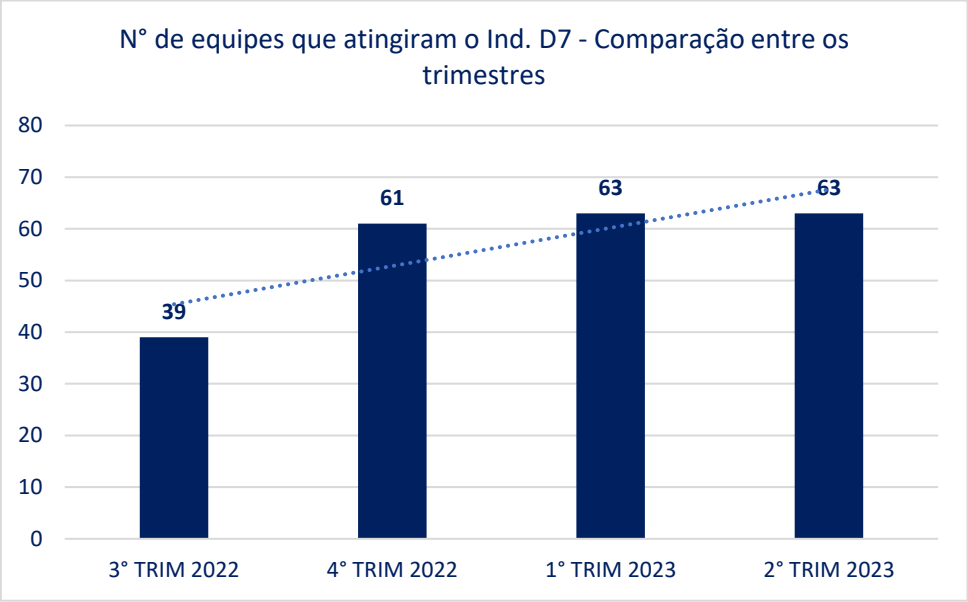


Pode-se observar um aumento de 8 equipes de saúde da família alcançando o indicador quando comparado ao período anterior. Tal evolução pode ser associada ao aumento da vigilância no território. Outros fatores de destaque: busca ativa da gestante no território através das visitas dos agentes comunitários; 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 também destacar a planilha de justificativa nominal realizada no trimestre pelos gestores/equipe das unidades, onde são avaliadas as fragilidades dos processos de trabalho e assim pactuado estratégias de intervenção.

1.2.14 INDICADOR D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador D7 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.



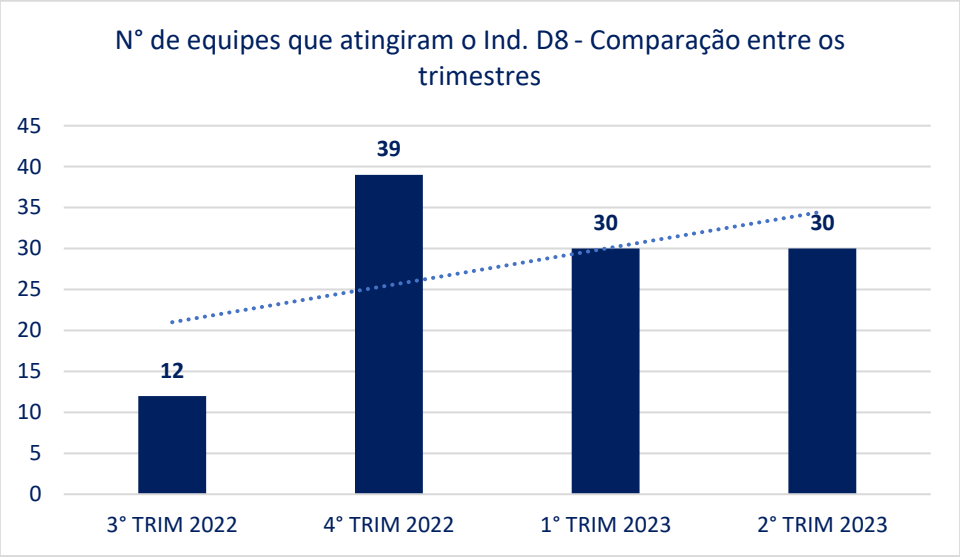
Ao analisar o comportamento deste indicador ao longo dos trimestres, podemos afirmar que o mesmo se encontra em estabilidade, pois mantêm-se 63 equipes que alcançam a meta. As equipes adotam estratégias para melhorar a cobertura de primeira consulta com menos de 15 dias, como: visita domiciliar semanal 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.

Outra estratégia está sendo a utilização do SINASC como ferramenta de trabalho, a fim de apoiar a gestão na vigilância de nascidos vivos no território.

Podemos também destacar a planilha de justificativa nominal realizada no trimestre pelos gestores/equipe das unidades, onde são avaliadas as fragilidades dos processos de trabalho e assim pactuadas estratégias de intervenção.

1.2.15 INDICADOR D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador D8 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.

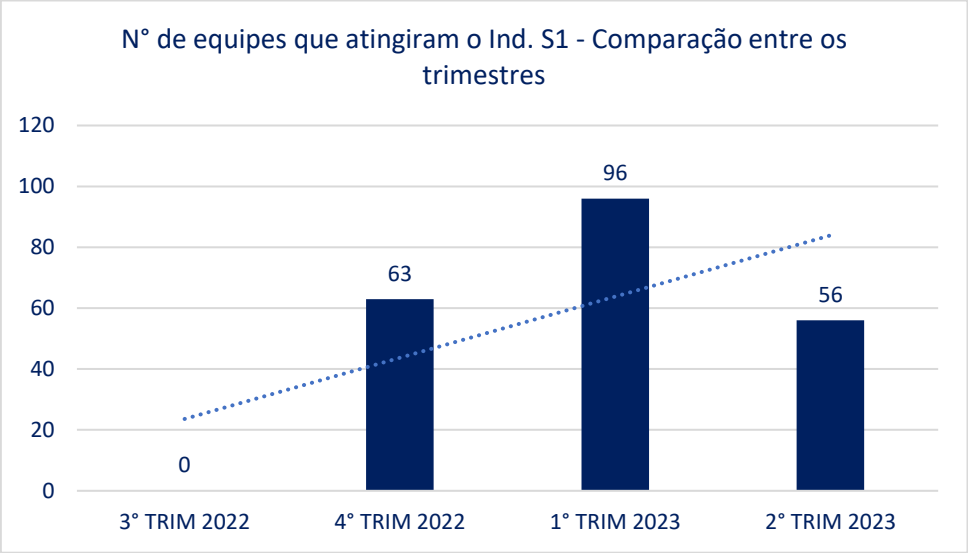


Observa-se manutenção do resultado em comparação ao último trimestre. Adota-se como estratégias para alcance: orientação às unidades quanto à melhoria dos fluxos de atendimento das equipes de saúde bucal, tendo como objetivo a realização de mais procedimentos odontológicos em uma única consulta. Essa 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.

Um fator positivo é o trabalho realizado pela responsável técnica de odontologia do IDEIAS, que fez uma análise e diagnóstico situacional importante para qualificarmos os processos de trabalho das equipes de Saúde Bucal na área. As atividades realizadas podem ser visualizadas no tópico das considerações finais deste documento.

1.2.16 INDICADOR S1 – Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador S1 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.



A partir do mês de abril de 2023 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.

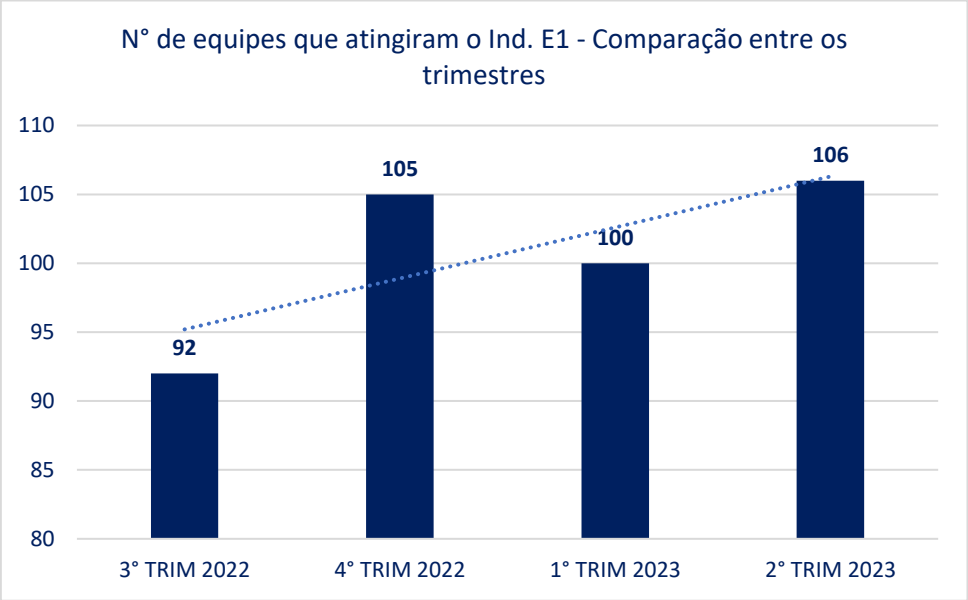
Durante as visitas institucionais, avalia-se o funcionamento e o uso do tablet nas Unidades de Atenção Primária. A importância da avaliação é reforçada junto às equipes e foi pactuado que o profissional escalado para o "Posso Ajudar" deve ficar responsável pelo apoio ao uso dessa ferramenta pelos usuários 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 abril podemos citar algumas unidades com problemas técnicos com o tablet, como: CF Amelia dos Santos Ferreira; CF Anthidio Dias da Silveira; CMS Carlos Gentile de Mello; e CMS Milton Fontes Magarão.

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

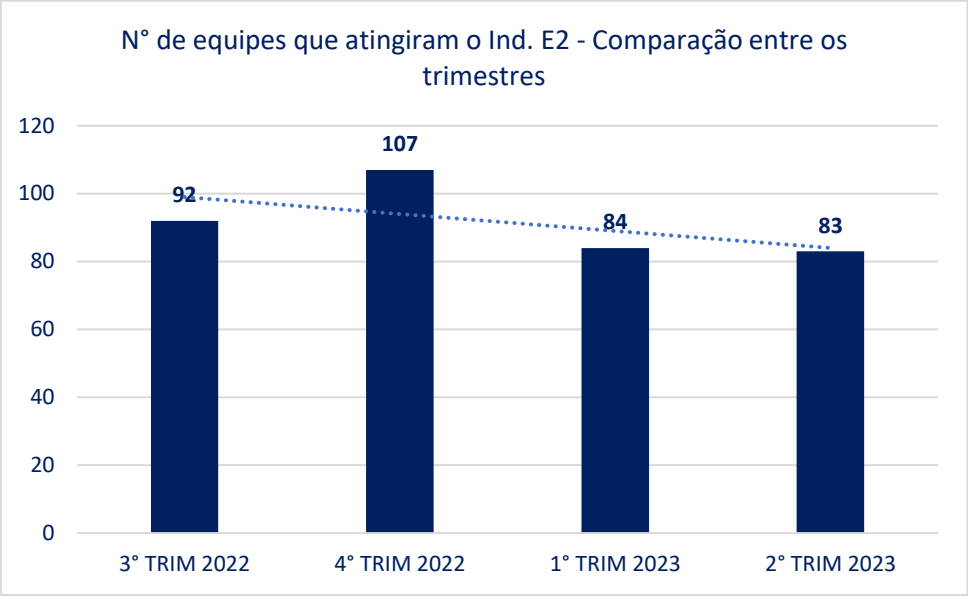
O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador E1 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.



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.

1.2.18 INDICADOR E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.

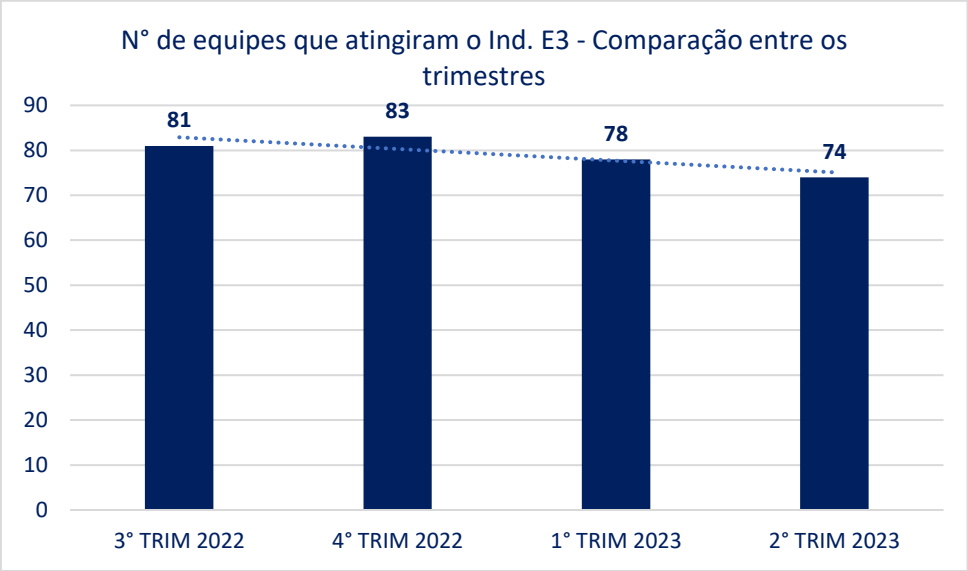
O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador E2 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.



Uma estratégia utilizada para apoiar neste processo e alcance do indicador foi o treinamento da equipe médica quanto à prescrição de medicamentos REMUME no campo adequado (estruturado), e não em campo livre.

1.2.19 INDICADOR E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de equipes que atingiram o indicador E3 nos últimos trimestres, com uma linha de tendência.



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

1.2.20 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 para a partir do próximo trimestre devido a inconsistências ao gerar o relatório do SISREG.

1.3 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.

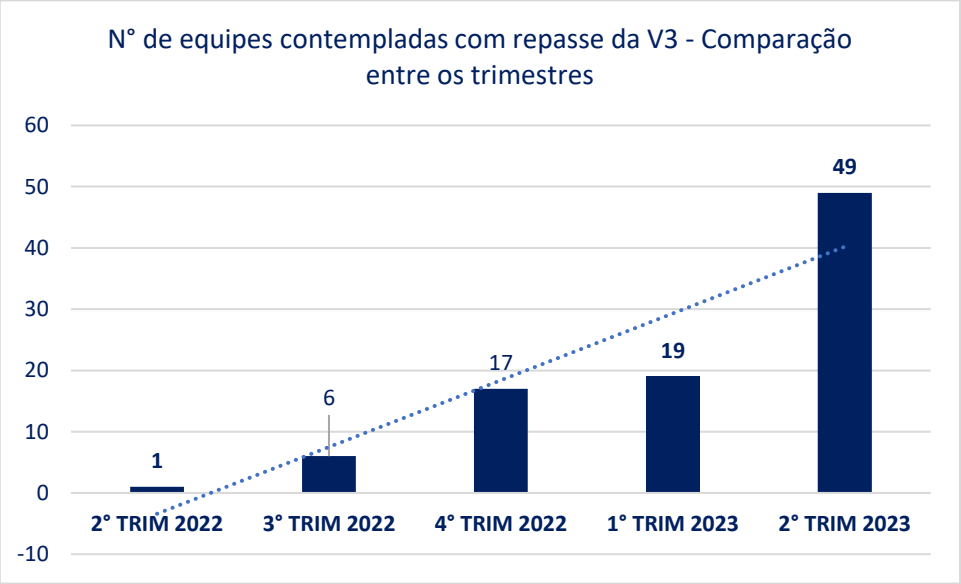
A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da S/SUBPAV/SAP, nos termos apresentados no quadro a seguir:

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

Os resultados por unidade e equipe podem ser visualizados no Anexo 1.

Abaixo, apresentamos a quantidade de equipes que foram contempladas com repasse de recurso financeiro nos últimos trimestres.



Nesse trimestre podemos observar um aumento expressivo na quantidade de equipes que contemplaram as condicionalidades para repasse de recurso financeiro. No período analisado tivemos 49 equipes que performaram positivamente, isto é, um aumento de 30 equipes em comparação ao último trimestre.

Destacamos 3 unidades de saúde (CF Carioca, CF Anna Nery e CF Barbara Starfield) em que 100% das suas equipes foram contempladas com repasse de V3. Isto nos indica evolução nos processos de trabalho e apontam que tais unidades têm adotado padronização em seus fluxos e ofertas de cuidado.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trimestre em avaliação diversas atividades foram realizadas pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território. Também se realizou um trabalho de análise e diagnóstico situacional pela Responsável Técnica de Odontologia do IDEIAS. Seguem algumas ações e considerações oriundas deste movimento:

- Realização de acompanhamento e supervisão da manutenção prestada ao serviço de odontologia nos equipamentos e infraestrutura física;
- Elaboração de Matriz de intervenção para qualificação dos processos nas unidades;
- Investir em capacitação contínua para os profissionais de ESB da APS;
- Elaborar, implantar e promover a adesão aos POPs e melhorar a integração da equipe com os sistemas PEP;
- Trabalhar acolhimento e escuta qualificada pela ESB;
- Fomentar a resolutividade dos procedimentos pelos profissionais da ESB;
- Fortalecer a supervisão e capacitação da equipe, garantindo a qualidade dos cuidados odontológicos;

Essas recomendações visam melhorar a qualidade e a eficiência do serviço de odontologia nas clínicas de saúde da família, garantindo um atendimento odontológico adequado às necessidades das famílias atendidas. A seguir são elencadas as atividades desenvolvidas pela Responsável Técnica de Odontologia:

- Elaboração de instrumento de avaliação externa paras equipes de saúde bucal;
- Visitas técnicas nas 22 unidades que possuem saúde bucal para elaboração de diagnóstico situacional nos meses de Maio e Junho;
- Elaboração de relatório sobre o panorama da esterilização nas unidades;
- Elaboração de Relatório Técnico Para Exclusão de insumos e correlatos a ser preenchido pela pelas unidades para crítica de material recebido;
- Elaboração de relatório do diagnostico situacional das unidades e proposta de melhoria.

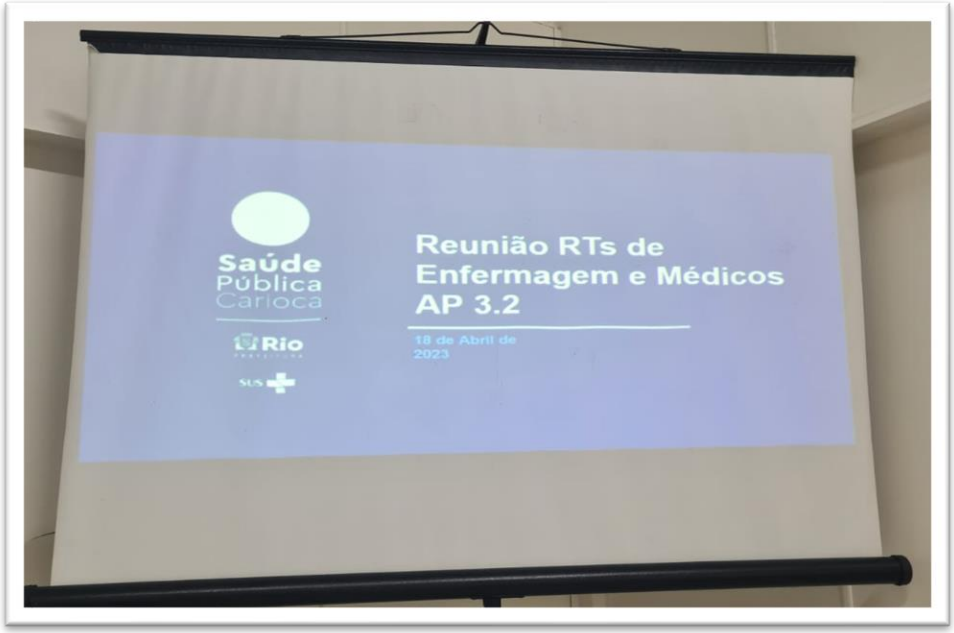
Abaixo, apresentamos atividades realizadas pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS.

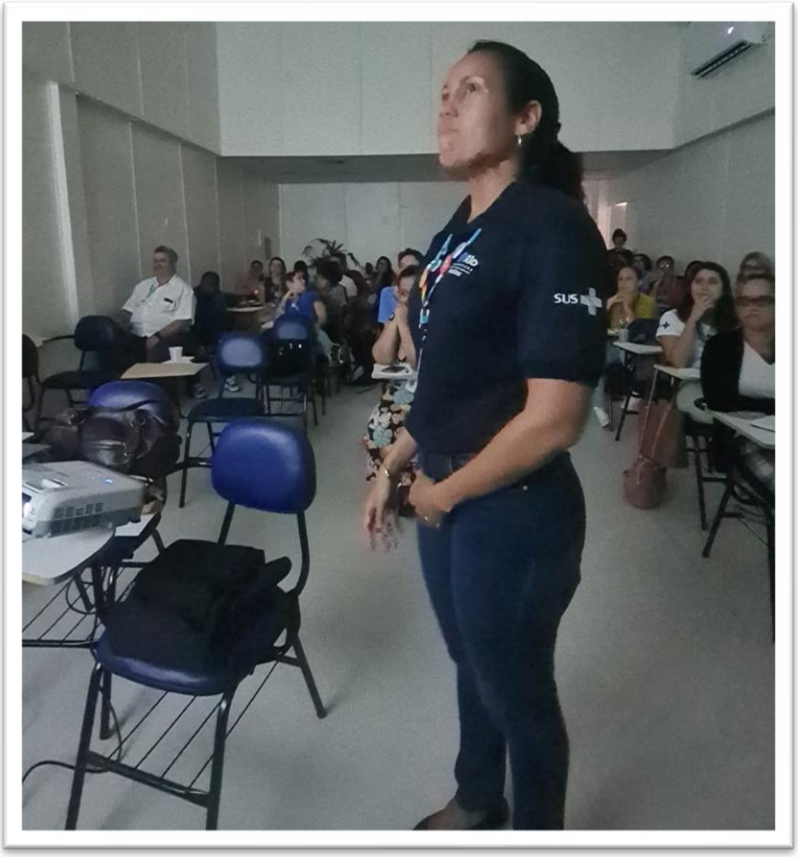
Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
03/04/2023	Feedback individual	Processo de trabalho	Gerente	CF Anna Nery
Participantes:	Marianna e Rodrigo (Supervisão de Território)			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
03/04/2023	Feedback individual	Processo de trabalho	Gerente	CF Izabel dos Santos
Participantes:	Marianna e Rodrigo (Supervisão de Território)			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
11/04/2023	Reunião equipe Qualidade e Supervisão de Território	Fechamento Relatório OSINFO ref. Março	-	IDEIAS
Participantes:	Clara (Gerência de Qualidade), Marianna e Rodrigo (Supervisão de Território); Maria Carolina, Paula e Silvana (CAP 3.2).			

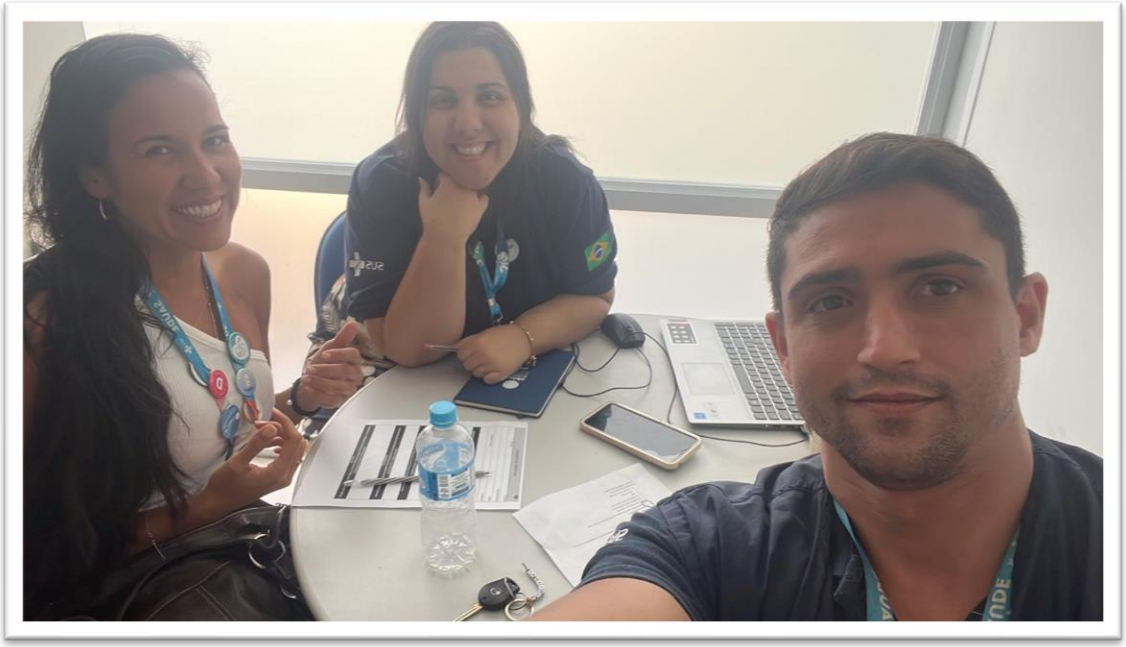
Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
18/04/2023	Reunião com RTs	Resultados Indicadores Fevereiro	Enfermeiros e Médicos Responsáveis Técnicos (RTs) das unidades da AP 3.2	CMS Rodolpho Rocco
Participantes:	Facilitadores: Clara (Gerência de Qualidade), Marianna e Rodrigo (Supervisão de Território); Maria Carolina, Paula e Silvana (CAP 3.2).			


Saúde
Pública
Carioca
Rio
SUS
Reunião RTs de
Enfermagem e Médicos
AP 3.2
18 de Abril de
2023


SUS

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
19/04/2023	Reunião com RTs da CAP	Comissão de Revisão de Prontuário	-	CAP 3.2
Participantes:	Clara (GQI), Marianna (Supervisão), Maria Carolina, Rafael e Silvana (CAP)			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
26/04/2023	Feedback individual	Processo de trabalho	Gerente	CF Cabo Edney
Participantes:	Marianna e Rodrigo (Supervisão de Território)			



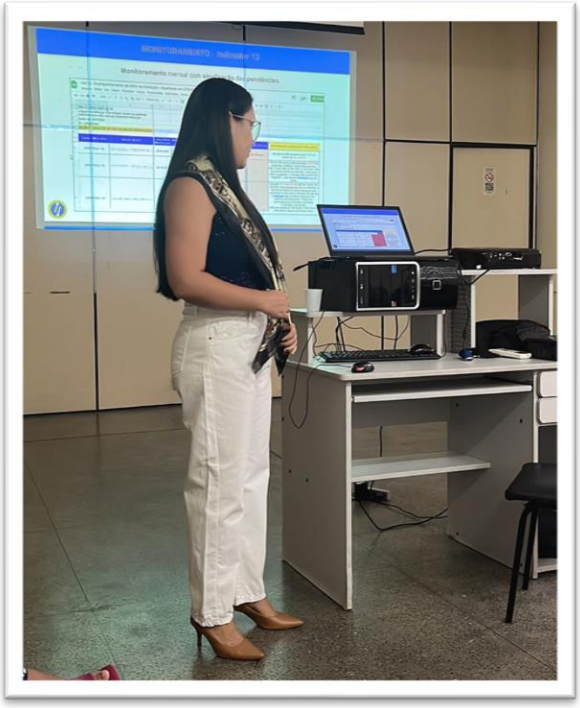
Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
28/04/2023	Reunião pré CTA ref. Março	Resultados indicadores Março	CAP e Gerentes	CAP 3.2
Participantes:	Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS e CAP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
03/05/2023	Feedback individual	Processo de trabalho	Gerente	CMS Milton Fontes Magarão
Participantes:	Marianna e Rodrigo (Supervisão de Território)			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
08/05/2023	Feedback individual	Processo de trabalho	Gerente	CF Hebert de Souza
Participantes:	Marianna e Rodrigo (Supervisão de Território)			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
15/05/2023	Feedback individual	Processo de trabalho	Gerente	CF Bibi Vogel
Participantes:	Marianna e Rodrigo (Supervisão de Território)			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
24/05/2023	Reunião pré CTA ref. Abril	Resultados indicadores Abril	CAP e Gerentes	CAP 3.2
Participantes:	Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS e CAP 3.2			

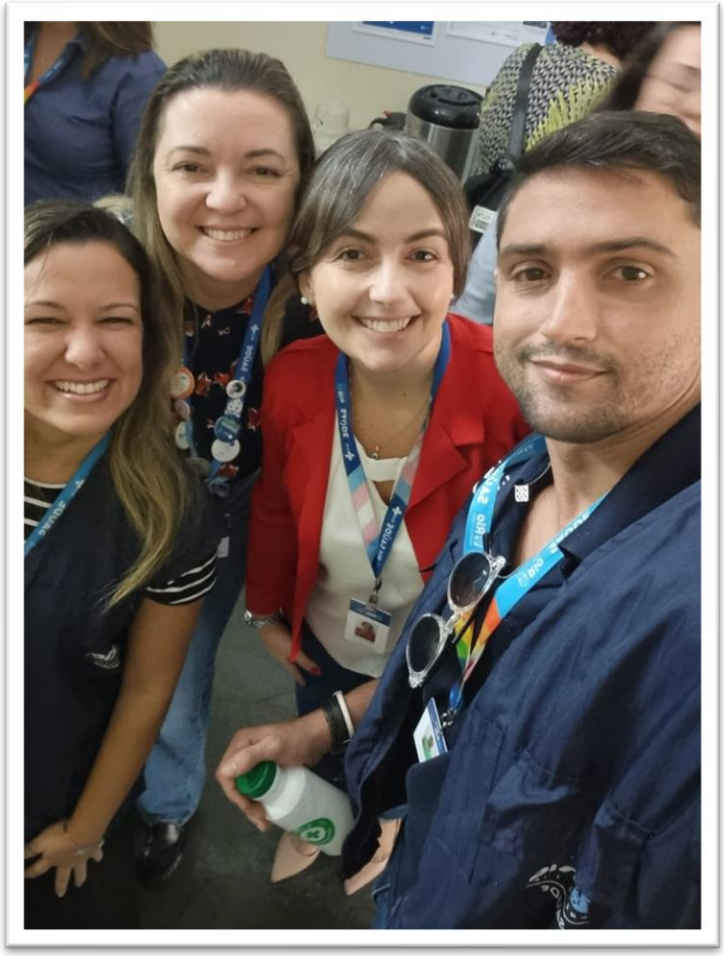


Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
31/05/2023	Reunião com SUBPAV	Cadastros e outros informes	DICAS, OSS e VitaCare	CMS Rodolpho Rocco
Participantes:	Clara (Gerência de Qualidade IDEIAS), DICA AP 3.2 e Luis, Hugo e Priscila (VitaCare)			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
05/06/2023	Feedback individual	Processo de trabalho	Gerente	CF Sergio Nicolau Amin
Participantes:	Marianna e Rodrigo (Supervisão de Território)			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
20/06/2023	Lançamento Plataforma EAD IDEIAS	Nova plataforma de EAD do IDEIAS	Profissionais e parceiros dos projetos IDEIAS	Le Monde Office
Participantes:	Gerência de Qualidade, Supervisão de Território e Gerência do Projeto 3.2 IDEIAS			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
26/06/2023	Curso para gerentes	Qualificação de gerentes de APS do MRJ fomentada pela SUBPAV	Gerentes de APS do MRJ	PINEL
Participantes:	Rodrigo Rodriguez (Supervisão de Território IDEIAS) como um dos facilitadores do curso			



FATURAMENTO

O faturamento dos procedimentos realizados pelas Unidades da AP 3.2 é realizado mensalmente pela equipe da Qualidade. São analisados, processados e conferidos com devolutivas de correção e acerto de glosas todos os procedimentos de Raio X, Ultrassonografia, Laboratório, NASF e Saúde da Família.

O quadro abaixo ilustra o quantitativo de procedimentos realizados no trimestre Abril, Maio e Junho na AP 3.2. Entretanto, o quantitativo de procedimentos referentes a Abril tem como fonte utilizada o sistema TABNET (Municipal-RJ - SMS), onde engloba o valor total após processamento pelo SIA (apresentados e aprovados). Já o quantitativo de procedimentos referentes a Maio e Junho estão contabilizados antes do processamento pelo SIA (somente procedimentos apresentados), justificando-se portanto o quantitativo mais baixo comparado a Abril.

FATURAMENTO AP 3.2 (2023)	ABRIL	MAIO	JUNHO
	APRESENTADOS (Fonte TABNET)	APRESENTADOS (PARCIAL)	APRESENTADOS (PARCIAL)
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	45659	24521	23698
CF ANNA NERY	45937	20018	19208
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	40484	15757	21832
CF BARBARA STARFIELD	37981	19294	19281
CF BIBI VOGEL	39908	21099	20381
CF CARIOCA	16524	9359	9580
CF CABO EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	16369	16800	15895
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	28216	14886	13843
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	21705	13917	12227
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	37712	16579	16668
CF IZABEL DOS SANTOS	41764	20440	19208
CF LUIZ CELIO PEREIRA	22677	19040	19244
CF OLGA PEREIRA PACHECO	31292	15515	18650
CF SERGIO NICOLAU AMIN	27666	12467	13262
CMS PROFESSOR ANTENOR NASCENTES	5170	4161	3701
CMS RODOLPHO ROCCO	16469	35023	17798
CMS TIA ALICE	7186	7052	6263
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	12600	10467	10714
CMS DR CARLOS GENTILLE DE MELLO	37574	18570	18574
CMS CESAR PERNETTA	17941	15981	15450
CMS EDUARDO ARAUJO VILHENA LEITE	9682	9166	9492
CMS MILTON FONTES MAGARÃO	14748	14477	10847
CMS RENATO ROCCO	11938	12361	15735
TOTAL	**587202**	**366950**	**351551**

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, houve 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 trimestre objeto deste relatório.

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
16/05/2023	Oficina CRP	Imortância das CRP	RTs das unidades	CMS Rodolpho Rocco
Participantes:	Facilitadoras: Clara (GQI) e Marianna (Supervisão de Território IDEIAS) e RTs CAP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
19/05/2023	Semana Integrada de Enfermagem	Gestão de Equipe e Registros de Enfermagem	Equipe de Enfermagem da AP 3.2	CF Amelia dos Santos Ferreira
Participantes:	Facilitadoras: Clara (GQI) e Marianna (Supervisão de Território IDEIAS)			

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL E AÇÃO SOCIAL
Registros de Enfermagem: O prontuário eletrônico como ferramenta de gestão do cuidado
1ª Semana de Enfermagem Integrada CMS Milton Fontes Magarão, CMS Cesar Pernetta e CF Amélia dos Santos Ferreira
12 a 19 de maio de 2023
Gerência de Qualidade

Saúde Pública Carioca
Rio
Gestão de equipe e coordenação do cuidado:
A enfermagem na tomada de decisão
Marianna Costa
Supervisora de Território Ideias/ Cap 3.2

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
31/05/2023	Reunião com Gerentes	EAD e outros	Gerentes da AP 3.2.	CAP 3.2
Participantes:	Marianna e Rodrigo (Supervisão de Território IDEIAS) e CAP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
29/06/2023	FOCO na Tuberculose	Tuberculose	Pontos Focais de Tuberculose das unidades da AP 3.2.	CMS Rodolpho Rocco
Participantes:	Clara e Rodrigo (IDEIAS) e Ticiana (CAP 3.2)			

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. Aconteceu conforme o cronograma abaixo:

Unidade	Data da visita	Turno	Responsável
CF Barbara Starfield	18/05/2023	Manhã	Rodrigo
CF Sergio Nicolau Amin	18/05/2023	Tarde	Rodrigo
CMS Eduardo A Vilhena	22/05/2023	Tarde	Marianna
CF Erivaldo Fernandes Nobrega	22/05/2023	Tarde	Rodrigo
CMS Cesar Pernetta	22/05/2023	Tarde	Clara
CMS Renato Rocco	23/05/2023	Manhã	Clara
CMS Ariadne Lopes de Menezes	23/05/2023	Manhã	Rodrigo
CF Herbert Jose de Souza	23/05/2023	Tarde	Rodrigo
CF Luiz Celio Pereira	25/05/2023	Tarde	Clara
CF Olga Pereira Pacheco	25/05/2023	Manhã	Clara
CF Izabel dos Santos	26/05/2023	Tarde	Marianna
CF Bibi Vogel	29/05/2023	Manhã	Clara
CF Anna Nery	29/05/2023	Tarde	Marianna
CF Edney Canazaro de Oliveira	31/05/2023	Manhã	Marianna
CF Amelia dos Santos Ferreira	01/06/2023	Manhã	Clara
CMS Milton Fontes Magarão	05/06/2023	Manhã	Rodrigo
CF Emygdio Alves Costa Filho	07/06/2023	Manhã	Marianna
CMS Tia Alice	14/06/2023	Manhã	Rodrigo
CF Carioca	14/06/2023	Manhã	Marianna
CF Aquidabã	15/06/2023	Tarde	Clara
CMS Rodolpho Rocco	15/06/2023	Manhã	Clara
CMS Carlos Gentille de Mello	16/06/2023	Manhã	Marianna
CF Anthidio Dias da Silveira	20/06/2023	Tarde	Clara e Marianna
CMS Antenor Nascentes	05/07/2023	Manhã	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:

Consultório
da Equipe
Céu Azul

Café com
IDÉIAS
2023

GERENTE
Sofia Nader

3. REFERÊNCIAS

DO CARMO, Isabella Abidalla et al. **Os desafios para o controle da Tuberculose no Brasil: The challenges for Tuberculosis control in Brazil**. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 6, p. 23969-23978, 2022;

INFANTE, Maria; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. **A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 945-954, 2007;

GUADAGNIN, Eduardo; NETO, Pedro Ribeiro Moreira; VIANNA, Paula Vilhena Carnevale. **Bolsa família: Potencialidades e desafios na indução de políticas públicas a partir dos territórios**. Barbarói, v. 55, p. 31-56, 2019;

LIMA, Adriano Encarnação et al. **Papel do farmacêutico no combate ao uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma revisão de literatura**. Research, Society and Development, v. 10, n. 15, p. e304101522886-e304101522886, 2021;

PELISSARI, Marcia Regina. **CNES como instrumento de gestão e sua importância no planejamento das ações em saúde**. Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 2, n. 1, p. 159-165, 2019.

4. ANEXO 1 – RESULTADOS DA V3

SUS
Sistema
Único
de Saúde