TEIAS 3.2

COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.2

RELATÓRIO DE GESTÃO

Contrato de Gestão Nº 007/2021

Janeiro de 2024

Referência: trimestre outubro, novembro e dezembro de 2023

EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Gerente de Projeto

Liz Lutterbach

Gerente de Qualidade

Mônica do Carmo

Analista de Qualidade

Clara Gouveia

Assistentes de Qualidade

Jéssica Ximenes e Victor Zäni

Supervisão de Território

Marianna Costa e Rodrigo Rodriguez

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 5

1. PARTE 1 8

1.1 Resultado dos Indicadores da Variável 01: Incentivo à Gestão do TEIAS 10

1.1.1 Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades 10

1.1.2 Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) 12

1.1.3 Estrutura para impressão de documentos assistenciais 12

1.1.4 Abastecimento regular das unidades 13

1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados 14

1.1.6 Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO) 15

1.1.7 Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3) 16

1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos 17

1.1.9 Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS/RJ 18

1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados 18

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose 19

1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação 23

1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas 25

1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) 27

1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores 27

1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes 28

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

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

1.1.19 Desempenho Assistencial 31

2. PARTE 2 32

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

2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família. 35

2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos. 36

2.1.3 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos. 37

2.1.4 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos. 38

2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados. 39

2.1.6 Indicador A6 – Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico. 41

2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática. 42

2.1.8 Indicador D1 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos. 43

2.1.9 Indicador D2 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses. 44

2.1.10 Indicador D3 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses. 46

2.1.11 Indicador D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado. 47
2.1.12 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado. 48
2.1.13 Indicador D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. 50
2.1.14 Indicador D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida. 51
2.1.15 Indicador D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. 52
2.1.16 Indicador S1 – Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos. 53
2.1.17 Indicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário. 55
2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME. 56
2.1.19 Indicador E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos. 57
2.1.20 Indicador E4 - Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG. 58
3. PARTE 3 58
3.1 Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB). 58
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 65
EDUCAÇÃO PERMANENTE 67
5. REFERÊNCIAS 69
ANEXO 1 – OFÍCIO Nº SMS-OFI-2023/31321 70
ANEXO 2 – E-MAIL SUBPAV SOBRE INDICADOR 12 – SÍFILIS NA GESTAÇÃO 1
ANEXO 3 – DECLARAÇÕES COMPROBATÓRIAS DA V1 3

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

Unidade	Quantidade
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Psicossocial Torquato Neto	1
Equipes Multiprofissionais (e-Multi)	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 **outubro, novembro e dezembro de 2023**.

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

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

Em julho de 2023 houve a celebração do 2° termo aditivo ao contrato de gestão (termo Aditivo N° 010/2023), com a substituição do Anexo Técnico E – "Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os serviços de saúde – Área de Planejamento 3.2" e o estabelecimento do Anexo F – "Cronograma de Desembolso Financeiro e Metas Físicas" – para vigência a partir de setembro de 2023. Com este documento houve alterações importantes nos indicadores de desempenho assistencial, entretanto, apesar do TA valer de forma geral a partir de setembro, a SUBPAV emitiu um ofício (OFÍCIO Nº SMS-OFI-2023/31321 – anexo 1) orientando que a AP 3.2 iniciasse os indicadores nos novos moldes a partir de outubro (início do novo trimestre objeto de avaliação), exceto o indicador 12 (sífilis na gestação), que está sendo considerado com sua nova fórmula desde julho (anexo 2).

Tendo em vista o exposto, este relatório apresenta os resultados dos indicadores nos moldes do termo Aditivo N° 010/2023.

Os indicadores estão organizados em 3 partes, a saber:

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

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

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

RESULTADO DOS INDICADORES POR VARIÁVEL

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

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

A Parte Variável 03 visa ao incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal e consiste em um recurso pago 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 projeto - IDEIAS (Gerência de Projeto, 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: out, nov e dez de 2023						
Indicador		Meta	Num/Den		Resultado	Alcançado (Sim/Não)
01	**Manutenção de comissões de prontuário**	95%	Numerador	24	**100,00%**	Sim
			Denominador	24		
02	**Acompanhamento do Cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES)**	95%	Numerador	1217,68	**98,52%**	Sim
			Denominador	1236,01		
03	**Estrutura para impressão de documentos assistenciais**	95%	Numerador	369,99	**99,82%**	Sim
			Denominador	370,66		
04	**Abastecimento regular das unidades**	95%	Numerador	24	**100,00%**	Sim
			Denominador	24		
05	**Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados**	95%	Numerador	24	**100,00%**	Sim [1]
			Denominador	24		

06	**Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)**	100%	Numerador	24	**100,00%**	Sim
			Denominador	24		
07	**Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes**	100%	Numerador	1236	**100,00%**	Sim
			Denominador	1236		
08	**Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos**	≤ 1	Numerador	1.368.213,93	**1%**	Sim
			Denominador	1.381.143,86		
09	**Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS**	95%	Numerador	2002	**95,02%**	Sim
			Denominador	2107		
10	**Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados**	95%	Numerador	612,67	**98,60%**	Sim
			Denominador	621,35		
11	**Proporção de cura de Tuberculose**	90%	Numerador	118	**88,72%**	Sim
			Denominador	133		
12	**Acompanhamento de Sífilis na Gestação**	90%	Numerador	83	**43,92%**	Não
			Denominador	189		
13	**Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas**	85%	Numerador	502	**74,26%**	Não
			Denominador	676		
14	**Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)**	90%	Numerador	390949,65	**97,23%**	Sim
			Denominador	402094,32		
15	**Manutenção dos Colegiados Gestores**	95%	Numerador	24	**100,00%**	Sim
			Denominador	24		
16	**Rotatividade de profissionais nas equipes**	≤ 5	Numerador	14	**1,15**	Sim
			Denominador	1218		
17	**Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com**	80%	Numerador	193	**98,97%**	Sim
			Denominador	195		

	condicionalidades acompanhadas					
18	**Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pela eSF e eSB**	90%	Numerador	127,67	**99,74%**	Sim
			Denominador	128		
19	**Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família**	100%	Numerador	10988	**101,37%**	Sim
			Denominador	10839		
ALCANCE GERAL DA V1			**17 DE 19 INDICADORES**		**89,47 %**	

Fonte dos dados: PEP/VitaCare. Competência: 01/10/2023 a 31/12/2023.

[1] A unidade CMS Antenor Nascentes é excluída do cálculo uma vez que não dispensa medicamentos controlados. A assistência farmacêutica aos seus usuários é garantida através da dispensação pela unidade CMS Carlos Gentille de Mello.

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	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	**NOV**	**DEZ**
Proporção de UAP com Comissões de	95%	**100,00%**	100,00%	100,00%	100,00%

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

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

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	NOV	DEZ
Proporção de profissionais de saúde cadastradas no SCNES.	95%	**98,52%**	98,22%	98,78%	98,07%
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					

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	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	NOV	DEZ
Percentual de consultórios	95%	**99,82%**	100,00%	100,00%	99,46%

com impressora funcionando.					
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.

No trimestre avaliado, apenas no mês de dezembro houve sinalização de problemas com impressoras, questão sendo resolvida pela equipe de Gestão do projeto - IDEIAS.

1.1.4 Abastecimento regular das unidades

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	**NOV**	**DEZ**
Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente	95%	**100,00%**	100,00%	100,00%	100,00%

abastecidas pelo diretor/gerente.					
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 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	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	**NOV**	**DEZ**
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.

Para uma assistência mais integral à saúde dos usuários dos serviços do SUS, torna-se essencial descentralizar a distribuição de medicamentos. Esse processo visa estreitar a relação entre os serviços de saúde e os pacientes, proporcionando orientação e educação personalizadas. O objetivo é assegurar a qualidade da Atenção Farmacêutica, especialmente em áreas cobertas pela 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 na AP 3.2 este serviço é ofertado. Apenas uma unidade não possui farmácia, 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	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	**NOV**	**DEZ**
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 supervisiona a transmissão das informações originadas nas unidades de saúde da AP para o Ministério da Saúde. Este procedimento ocorre por meio de arquivos compactados pelo sistema VitaCare, abrangendo a produção das unidades, denominados "*thrifts*", por meio do PEC e-SUS APS. Esse sistema é o Prontuário Eletrônico do Cidadão para a Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. Até o mês de fevereiro de 2023 esse processo era realizado semanalmente pelas unidades e, a partir de março de 2023, passou a ser realizado semanalmente pelo VitaCare e mensalmente pelas UAP, conforme orientação da SUBPAV (reunião de 27/02/2023).

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

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

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

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	**NOV**	**DEZ**
Proporção de profissionais da eSF e eSB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o envio	100%	**100,00%**	100,00%	100,00%	100,00%

do resultado de indicadores de desempenho (V2 e V3), de sua equipe.					
Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário / nº total de profissionais de ESF e ESB na área x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: meta alcançada no período em análise. Considera-se para este indicador as declarações emitidas pela DICA da AP 3.2 e relatório emitido pelo PEP VitaCare.					

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

1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos

Indicador	Meta	Resultado Trimestre
Razão do gasto administrativo em relação ao total de gasto.	≤ 1	XXX
Cálculo do Indicador: Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS - OSS no trimestre / Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS - OSS no trimestre.		
Fonte: Prestação de contas		
Periodicidade da avaliação: Trimestral		
Nota: Calculado ao final do trimestre.		

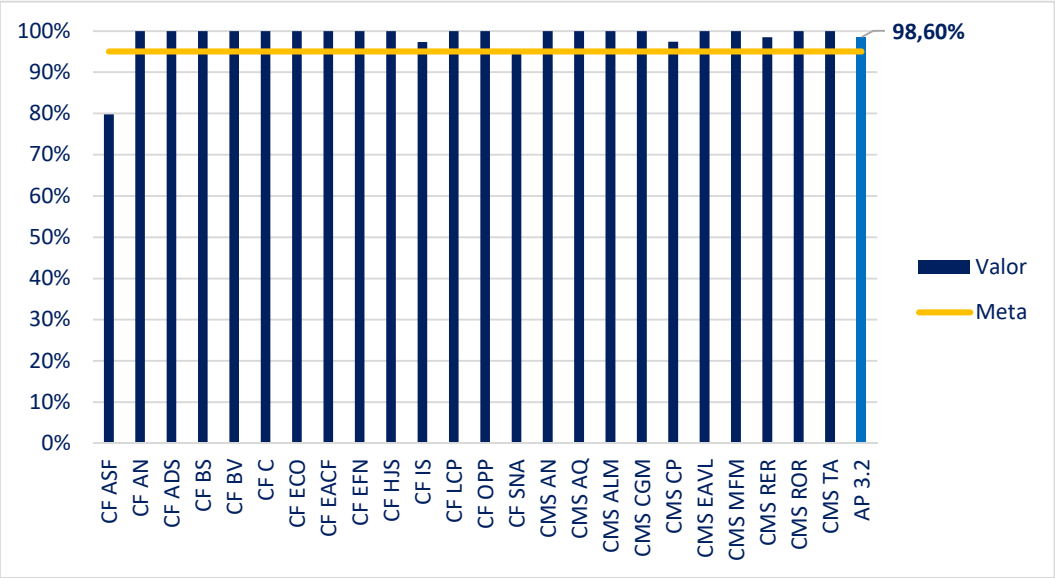
1.1.9 Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS/RJ

Indicador	Meta	Resultado Trimestre
Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS.	95%	**95,02%**
Cálculo do Indicador: Total de itens comprados abaixo da média de preços / Total de itens adquiridos x 100		
Fonte: Prestação de contas		
Periodicidade da avaliação: Trimestral		
Nota: Calculado ao final do trimestre.		

1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	**NOV**	**DEZ**
Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e serviços prestados.	95%	**98,60%**	98,70%	97,90%	99,21%
Cálculo do Indicador: Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade do período de análise / Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise (D=32) x 100.					

Fonte: PEP VitaCare



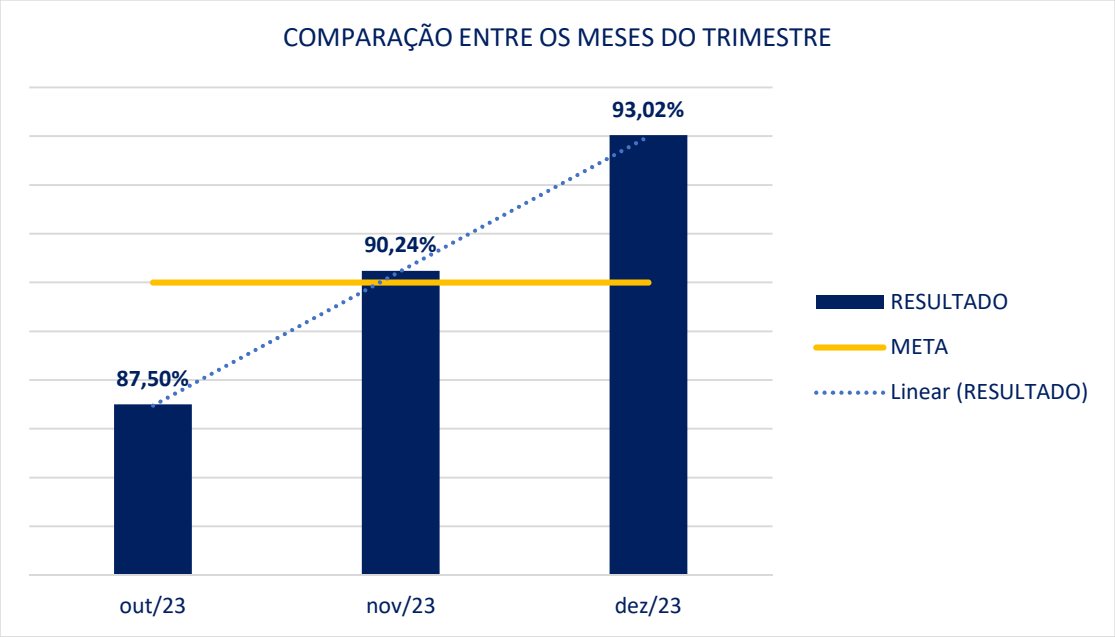
Periodicidade da avaliação: Trimestral

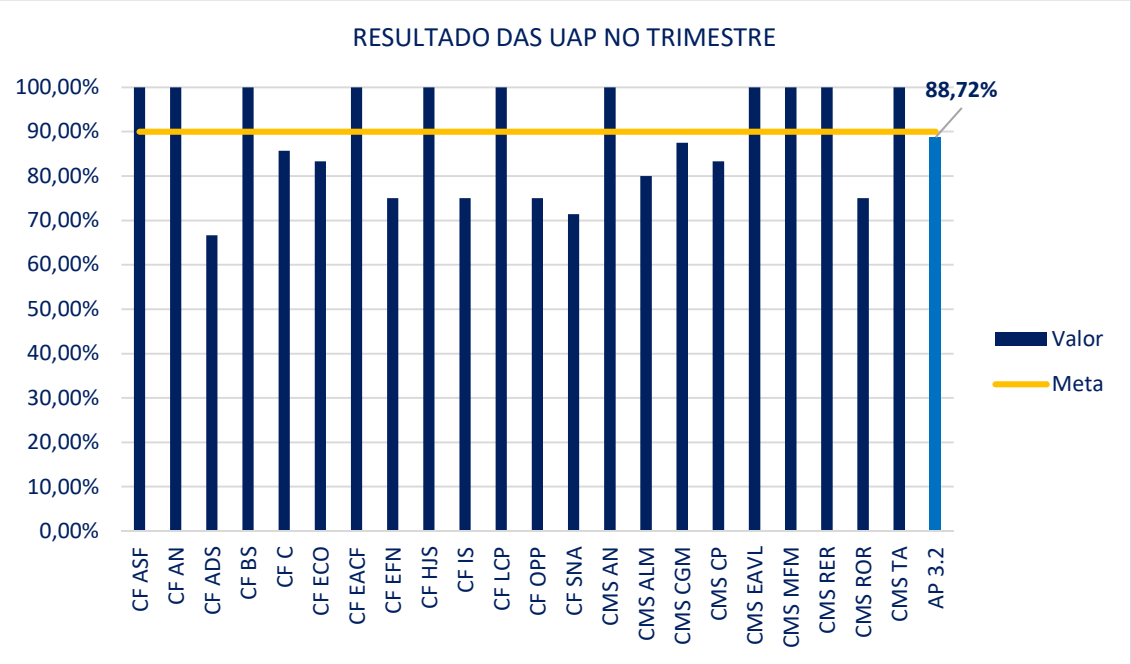
A equipe de gestão do projeto – IDEIAS - acompanha as avaliações que são feitas pelos gestores das UAP em relação aos itens fornecidos e serviços prestados às unidades com objetivo de ter o feedback da qualidade dos mesmos. São realizadas medidas de correção de processos continuamente, visando manter o bom funcionamento dos serviços de saúde e cuidado aos profissionais e usuários da área.

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	NOV	DEZ
Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período.	90%	**88,72%**	87,50%	90,24%	93,02%

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





Fonte: PEP Vitacare

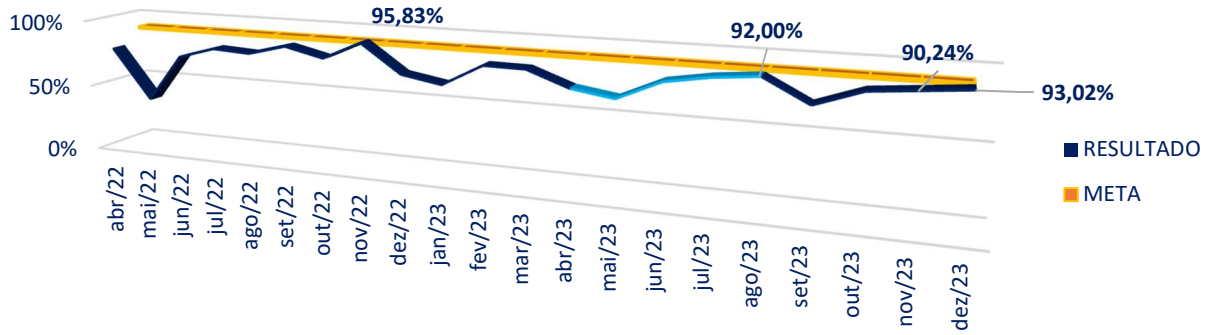
Periodicidade da avaliação: Trimestral

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

Apesar de ser uma doença antiga, a Tuberculose (TB) segue se configurando como um grave problema de saúde pública a nível nacional. 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 dos meses análise dos casos das diferenças nas unidades - usuários que não cumprem 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 e também aos profissionais "pontos focais" para um acompanhamento mais próximo e capilarização facilitada entre as equipes. Solicita-se avaliação por parte da equipe técnica e orienta-se quanto à abertura de chamado ao PEP para correção de inconsistências.

Um desdobramento e plano de ação pensado pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS foi o projeto Café com IDEIAS, que foi implementado de maio a agosto de 2023. Este projeto contemplou visitas às unidades para conversas sobre vigilância em saúde junto aos gerentes e pontos focais e RTs. A prioridade era abordar duas linhas de cuidado (saúde da mulher e tuberculose) e três indicadores do contrato de gestão, estando entre eles o de 'Proporção de cura de tuberculose'. Objetivou-se fomentar a discussão, a construção coletiva de estratégias para qualificação do cuidado e melhorias no indicador. Nestes encontros, matrizes de intervenção foram formuladas e diversas estratégias pensadas e colocadas em prática até o mês de agosto. Os produtos estão sendo compilados e analisados. Abaixo, pode-se observar o gráfico com os resultados do indicador desde o início do segundo termo aditivo (abril de 2022), estando sinalizados os meses em que o indicador foi alcançado e em azul mais claro os meses em que as visitas pelo projeto Café com IDEIAS estavam acontecendo.

Série histórica indicador 11 – abril de 2022 a dezembro de 2023



Outro produto importante 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 foi 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 ocorreu no mês de julho de 2023, com dinâmica diferente do primeiro e com apresentação de experiências exitosas de duas unidades da área: CF Barbara Starfield e CMS Renato Rocco.

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.

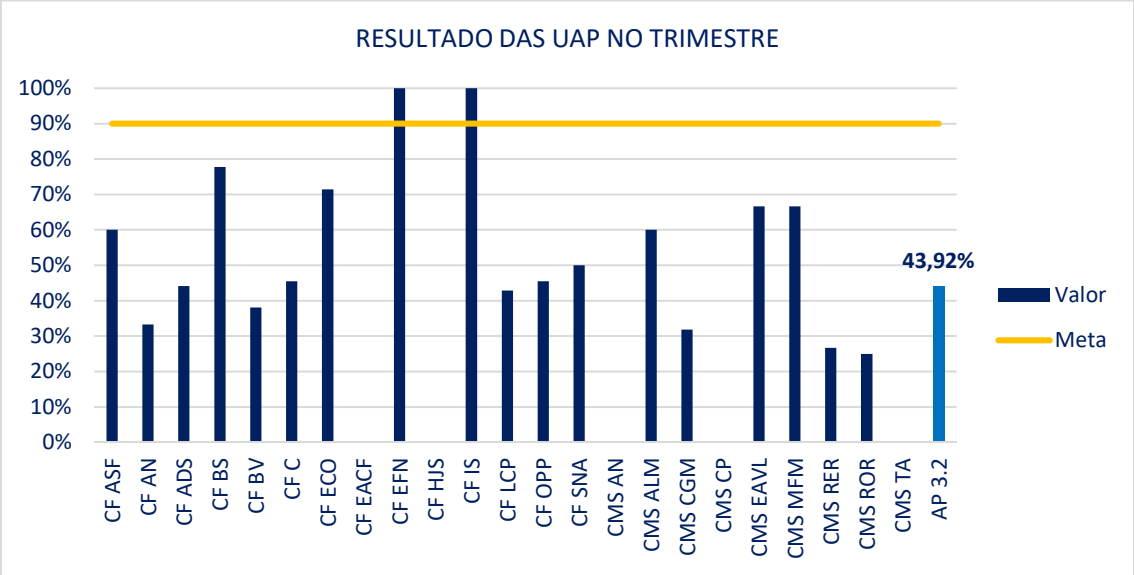
Ao final de todo trimestre de avaliação, levantávamos junto às unidades as justificativas nominais para os indicadores assistenciais da V1 (tuberculose, sífilis na gestação e gestantes com 7 ou mais consultas). Desde outubro, após uma pactuação entre Gerentes das UAP e Supervisão de Territórios IDEIAS, em reunião de gerentes, o instrumento para justificativas passou a ficar disponibilizado ao longo de todo o trimestre, para alimentação contínua. A planilha de justificativas é uma ferramenta valiosa para avaliar as fragilidades dos processos de trabalho e elaborar planos de intervenção. Isso ajuda a abordar os desafios específicos enfrentados pelas equipes. Importante mencionar que os usuários são mencionados através de inicias dos nomes, só sendo possível a identificação por profissionais com acesso autorizado ao sistema de PEP. Todas as justificativas estão disponíveis para acesso da CTA através do link https://drive.google.com/drive/folders/1_u8ZWnS7prq3tTD3wwOvVZw4P9vV2MvQ?usp=drive_link. A visualização será liberada quando do primeiro pedido de acesso por esta comissão – através de e-mail institucional.

A evolução nos resultados desse indicador é nítida, e vale ressaltar os empenhos direcionados a essa área do cuidado em saúde. A parceria da Gerência de Qualidade e da Supervisão de Território IDEIAS com a linha de cuidados da CAP 3.2 tem sido extremamente satisfatória, recebendo reconhecimento tanto por parte dos gestores quanto dos profissionais da assistência.

1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	NOV	DEZ
Proporção de notificações de sífilis na gestação com tratamento adequado*	90%	**43,92%**	53,52%	37,50%	37,50%

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



Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

* Um apontamento importante é que com o 2° Termo Aditivo (010/2023) ao Contrato de Gestão, firmado em 18 de julho de 2023 para início em 01 de setembro de 2023, houve alterações importantes nos indicadores. Apesar do TA valer de forma geral a partir de setembro, a SUBPAV emitiu um ofício orientando que o indicador 12 poderia valer a partir do mês de julho (e-mail da SUBPAV – anexo 2). As mudanças neste indicador foram: não mais considerar o tratamento do parceiro e a possibilidade de estender para até 9 dias o intervalo entre as doses da gestante.

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

Tem sido realizado um levantamento e enviado para as unidades a listagem de usuárias com alguma falta de registro de dose e/ou do número de notificação no SINAN para que as equipes avaliem e façam as adequações nos registros e identifiquem possíveis lacunas no cuidado, o que pode interferir positivamente no resultado do indicador.

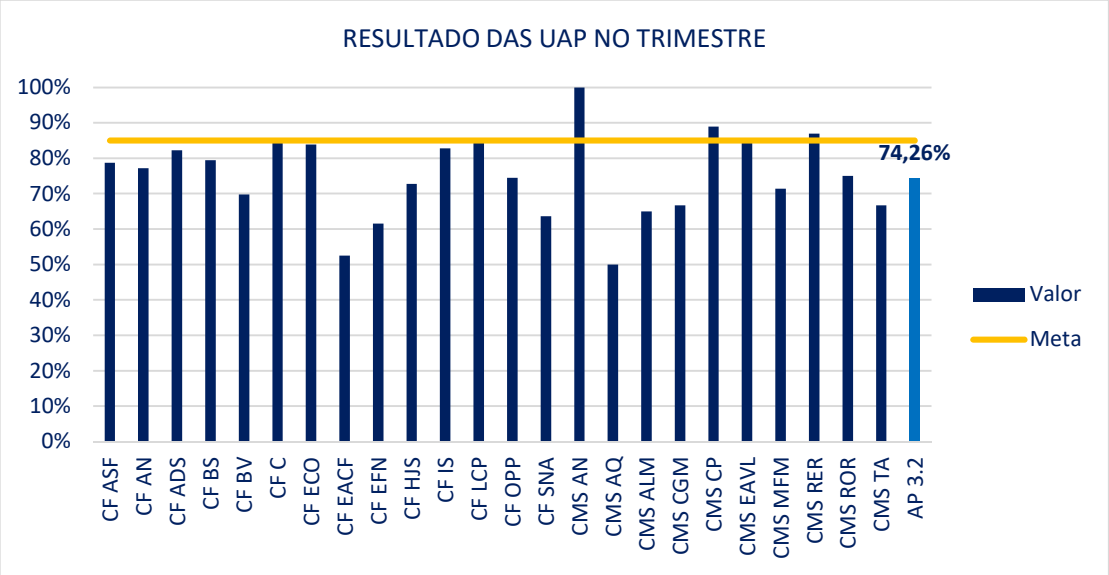
Ao final de todo trimestre de avaliação, levantávamos junto às unidades as justificativas nominais para os indicadores assistenciais da V1 (tuberculose, sífilis na gestação e gestantes com 7 ou mais consultas). Desde outubro, após uma pactuação entre Gerentes das UAP e Supervisão de Territórios IDEIAS, em reunião de gerentes, o instrumento para justificativas passou a ficar disponibilizado ao longo de todo o trimestre, para alimentação contínua. A planilha de justificativas é uma ferramenta valiosa para avaliar as fragilidades dos processos de trabalho e elaborar planos de intervenção. Isso ajuda a abordar os desafios específicos enfrentados pelas equipes. Importante mencionar que os usuários são mencionados através de inicias dos nomes, só sendo possível a identificação por profissionais com acesso autorizado ao sistema de PEP. Todas as justificativas estão disponíveis para acesso da CTA através do link https://drive.google.com/drive/folders/1_u8ZWnS7prq3tTD3wwOvVZw4P9vV2MvQ?usp=drive_link. A

visualização será liberada quando do primeiro pedido de acesso por esta comissão – através de e-mail institucional.

1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	NOV	DEZ
Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal registradas no PEP.	85%*	**74,26%**	80,79%	71,86%	73,44%

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

* Com o 2° Termo Aditivo (010/2023) ao Contrato de Gestão, firmado em 18 de julho de 2023 para início em 01 de setembro de 2023, a meta deste indicador sofreu alteração, passando de 80% para 85%.

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

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

Ao final de todo trimestre de avaliação, levantávamos junto às unidades as justificativas nominais para os indicadores assistenciais da V1 (tuberculose, sífilis na gestação e gestantes com 7 ou mais consultas). Desde outubro, após uma pactuação entre Gerentes das UAP e Supervisão de Territórios IDEIAS, em reunião de gerentes, o instrumento para justificativas passou a ficar disponibilizado ao longo de todo o trimestre, para alimentação contínua. A planilha de justificativas é uma ferramenta valiosa para avaliar as fragilidades dos processos de trabalho e elaborar planos de intervenção. Isso ajuda a abordar os desafios específicos enfrentados pelas equipes. Importante mencionar que os usuários são mencionados através de inicias dos nomes, só sendo possível a identificação por profissionais com acesso autorizado ao sistema de PEP. Todas as justificativas estão disponíveis para acesso da CTA através do link https://drive.google.com/drive/folders/1_u8ZWnS7prq3tTD3wwOvVZw4P9vV2MvQ?usp=drive_link. A visualização será liberada quando do primeiro pedido de acesso por esta comissão – através de e-mail institucional.

1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
Proporção de cadastros definitivos com n° único (CPF) *	90%	**97,23%**	**OUT**	**NOV**	**DEZ**
			97,04%	97,16%	97,30%
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					

* Com o 2° Termo Aditivo (010/2023) ao Contrato de Gestão, firmado em 18 de julho de 2023 para início em 01 de setembro de 2023, os indicadores 14 - Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF) - e 15 - Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com menos de 16 anos (DNV) - foram unificados, passando a "Proporção de cadastros definitivos com n° único (CPF)".

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 Manutenção dos Colegiados Gestores

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais

Manutenção dos Colegiados Gestores *	95%	100,00%	OUT	NOV	DEZ
			100,00%	100,00	100,00%
Cálculo do Indicador: Número de unidades com colegiados gestores com atividade mensal / Número de unidades com equipes de Saúde da Família X 100.					
Fonte: PEP Vitacare					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

* Com o 2° Termo Aditivo (010/2023) ao Contrato de Gestão, firmado em 18 de julho de 2023 para início em 01 de setembro de 2023, os indicadores 14 - Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF) - e 15 - Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com menos de 16 anos (DNV) - foram unificados, passando a ser o indicador 14, "Proporção de cadastros definitivos com n° único (CPF)". O atual indicador 15 da parte variável 1 é o "Manutenção dos Colegiados Gestores".

Este é um novo indicador, mas as unidades da AP 3.2 já possuem a rotina de realização dos colegiados gestores em seus territórios. O prontuário eletrônico deve permitir ao gerente registrar no módulo de cadastro da unidade se existe colegiado gestor, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões. O mínimo de reuniões para ser considerado colegiado ativo é de 1 reunião mensal.

1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família.	≤5	**1,15**	**OUT**	**NOV**	**DEZ**
			1,99	0,78	0,70
Cálculo do Indicador: [(Nº de profissionais substituídos + nº de profissionais admitidos) /2] / Nº total de profissionais ativos no período.					

Fonte: CNES
Periodicidade da avaliação: Trimestral

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

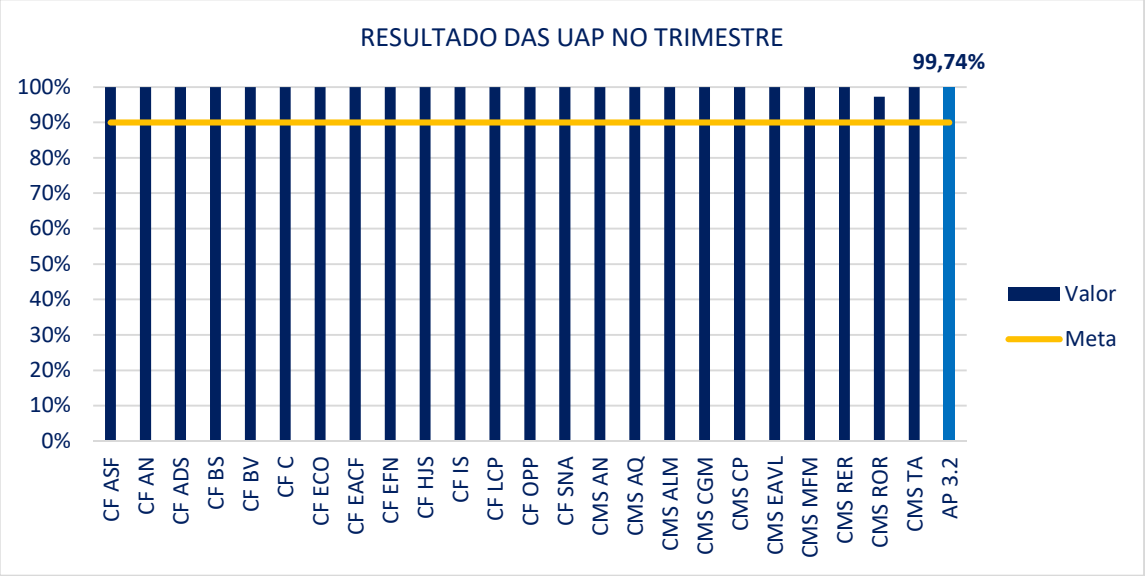
Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	NOV	DEZ
Nº de crianças e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiárias.	**Dez 90%** Nov 80% Out 60%	**98,97%**	91,59%	85,71%	98,97%
Cálculo do Indicador: Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC acompanhados / Nº total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC.					
Fonte: Portal SUBPAV					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

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 *lócus* 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	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	NOV	DEZ
Proporção de escolas e creches cobertas na área da UAP	90%	**99,74%**	100,00%	100,00%	99,22%
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: -

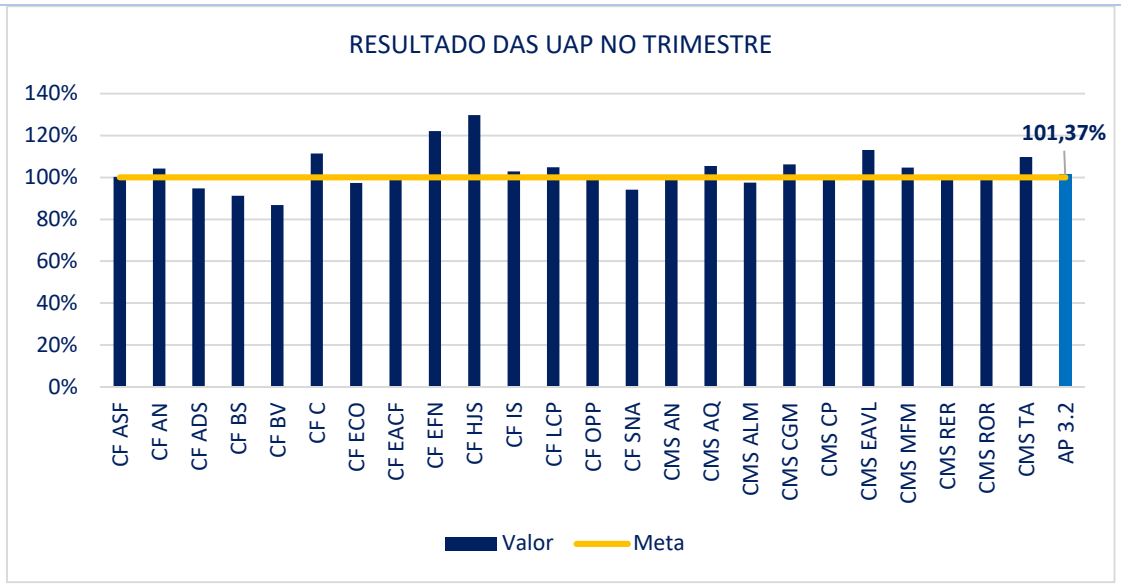
Foram elaborados e implementados pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS instrumentos de monitoramento, visando ao apoio e alcance deste indicador, como solicitação do

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	Trimestre	Resultados Mensais		
Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral entre as famílias beneficiárias de programa de incentivo.	100%	**101,37%**	**OUT**	**NOV**	**DEZ**
			16,85%	36,04%	48,12%
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 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou ESB / total de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da ESF.					
Fonte: PEP Vitacare					



Periodicidade da avaliação: Trimestral

Observa-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.

2. PARTE 2

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

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

- **COMPLETUDE DE CADASTROS**

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

Atingimento das metas pelas equipes de Saúde da Família:

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

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

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

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

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

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

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

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

Em comparação ao trimestre passado, observa-se que a CF Amelia dos Santos Ferreira, a única que possuía 90% de completude em cada um dos meses do trimestre, deixou de estar nesta categoria. Abaixo podem ser visualizados os resultados por unidade:

Unidade	% Cadastros Completos outubro	% Cadastros Completos novembro	% Cadastros Completos dezembro
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	89,79%	89,70%	89,49%
SMS CF ANNA NERY AP 32	76,62%	76,42%	80,33%
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	57,58%	61,26%	62,73%
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	26,27%	28,94%	32,34%
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	24,87%	25,19%	25,38%
SMS CF CARIOCA AP 32	68,69%	76,41%	81,22%
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	74,96%	75,04%	75,36%
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	55,34%	59,02%	64,34%
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	29,00%	29,82%	31,10%
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	34,81%	34,77%	34,91%
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	65,36%	69,86%	72,08%
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	44,58%	47,19%	47,77%
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	70,48%	70,31%	70,21%
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	39,45%	39,75%	39,74%
SMS CMS ANTENOR NASCENTES AP 32	32,46%	32,65%	33,22%
SMS CMS AQUIDABA AP 32	0,50%	0,49%	0,60%
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	5,41%	5,79%	6,19%
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	59,50%	59,39%	59,57%
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	14,26%	14,20%	14,13%
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	26,81%	27,85%	28,46%
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	45,61%	55,23%	56,32%
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	18,45%	18,91%	19,44%
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	45,96%	51,45%	53,95%
SMS CMS TIA ALICE AP 32	52,69%	53,29%	53,91%

No trimestre objeto desse relatório, foram 5 equipes alcançando até 11 indicadores; 97 alcançando de 12 a 16 indicadores; e 10 equipes alcançando 17 ou mais indicadores. Pelas regras da V2, quando pelo menos uma equipe alcança 11 ou menos indicadores, a unidade não recebe repasse. As 5 equipes que ficaram nessa categoria no trimestre objeto deste relatório são as seguintes:

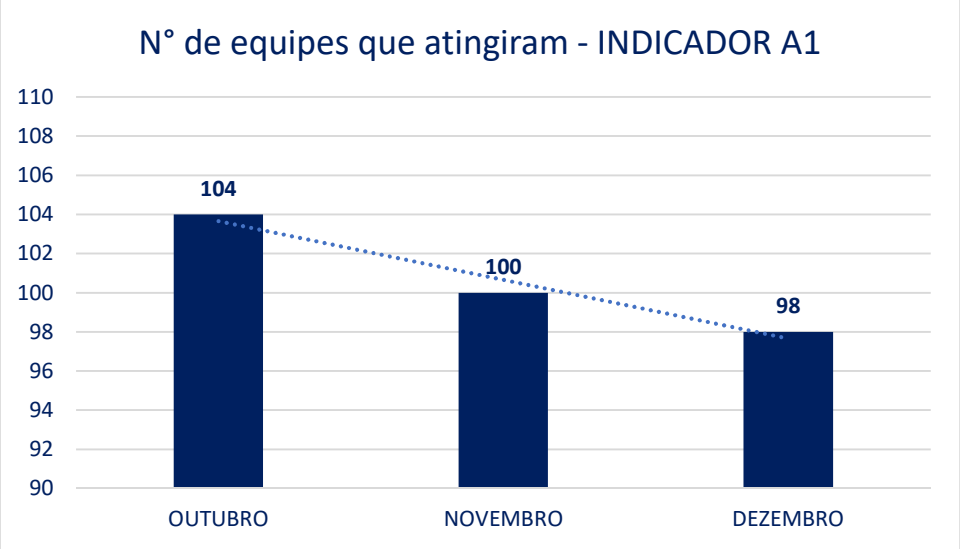
UNIDADE	EQUIPE	N° DE INDICADORES ALCANÇADOS
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	MONTEIRO DA LUZ	11 de 20 indicadores
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	HERMINIA	10 de 20 indicadores
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	MARILIA DIRCEU	10 de 20 indicadores
CMS EDUARDO A VILHENA	HENRIQUE SCHEID	11 de 20 indicadores
CMS EDUARDO A VILHENA	PIAUI	11 de 20 indicadores

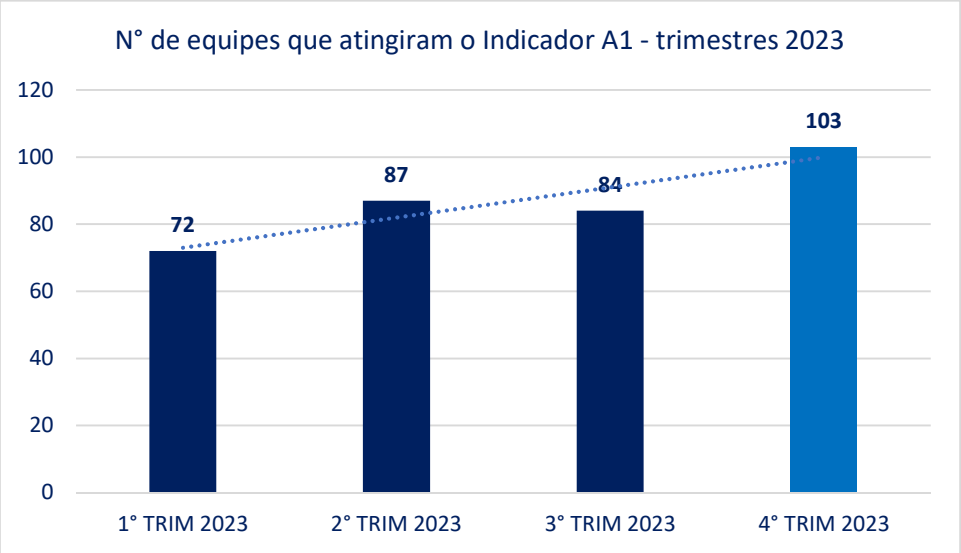
Portanto, nenhuma equipe das 3 unidades a seguir será contemplada com repasse no trimestre avaliado: CF Amelia dos Santos Ferreira, CF Erivaldo Fernandes Nobrega e CMS Eduardo Araujo Vilhena Leite.

Após a aplicação do critério acima, **restaram 96 equipes que contemplam os critérios para repasse**, estando classificadas na seguinte categoria:

- 25% de repasse: as 96 equipes estão classificadas na categoria de 25% de repasse pois, pelo menos, uma equipe atingiu menos de 17 indicadores e nenhuma dessas unidades possui 90% de Completude de Cadastros em algum dos meses do trimestre.

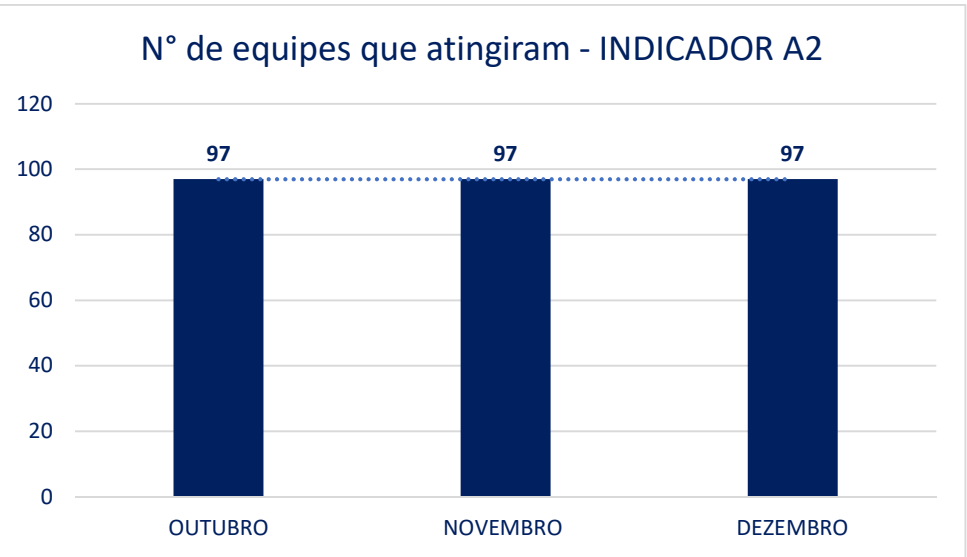
2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.

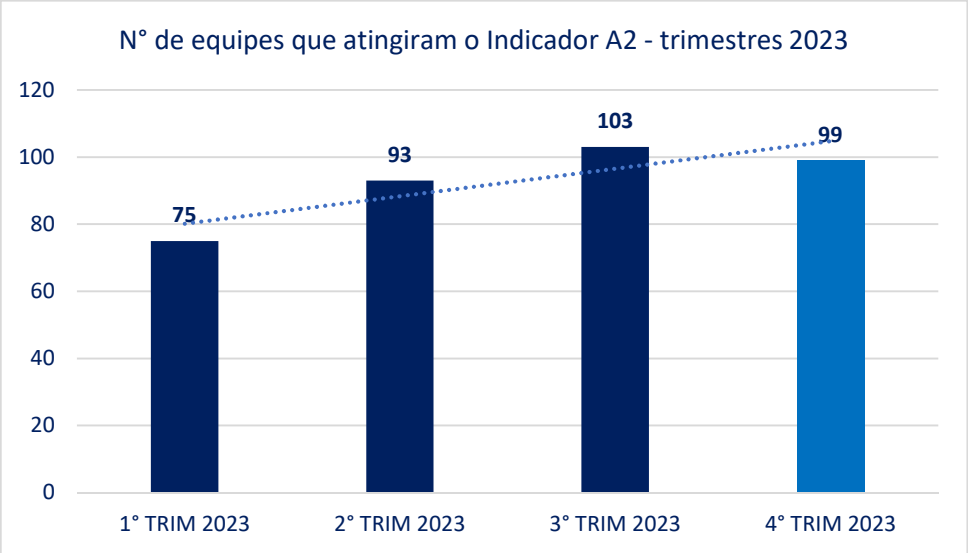




No período avaliado, 9 equipes não conseguiram atingir a nova meta de consultas diretas com médicos de família. Isso se deve à falta de profissionais, férias e licenças médicas.

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

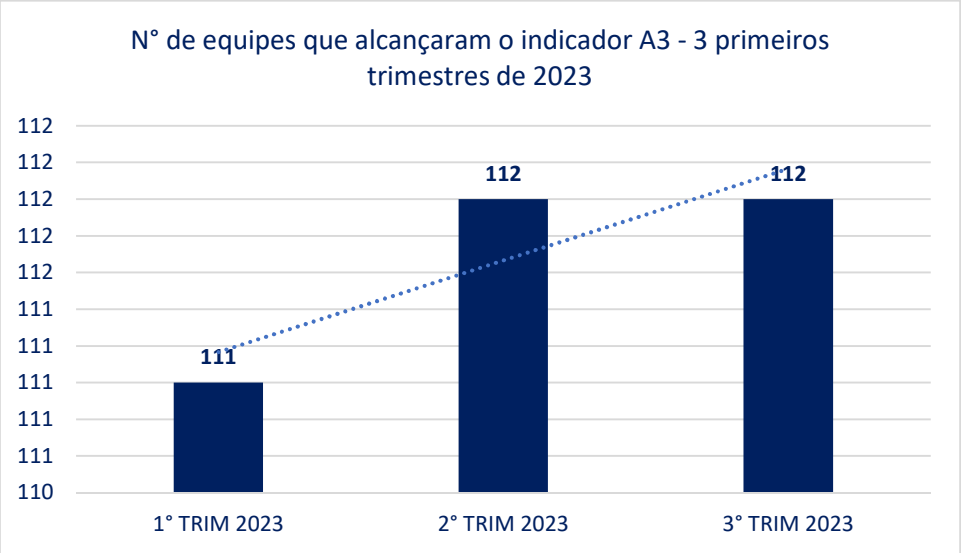




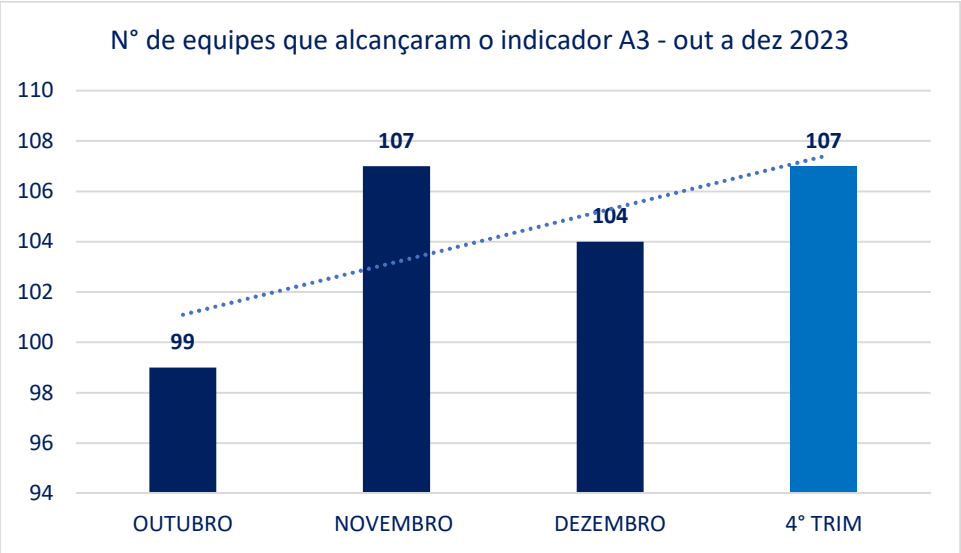
Há uma estabilidade observada no alcance do indicador de percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos aponta para um cenário consistente. É notável que somente 13 equipes não atingiram o indicador, e embora possa haver influência das vacâncias médicas ou das férias dos profissionais, outras variáveis também devem ser consideradas para compreender completamente essa diferença. A ausência temporária de membros da equipe de saúde devido a licenças ou períodos de folga pode afetar o desempenho.

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

Para a partir do mês de outubro, com o novo TA, houve uma mudança na regra deste indicador, que agora considera apenas as visitas domiciliares (VDs) realizadas pelos agentes comunitários de saúde. A meta também deixou de ser condicionada à cobertura de eSB, passando de “300/1000 sem esB e 320/1000 com eSB” a “360/1000”. No gráfico abaixo podem ser observados os resultados do indicador nos moldes do termo anterior, considerando todos os profissionais das eSF.

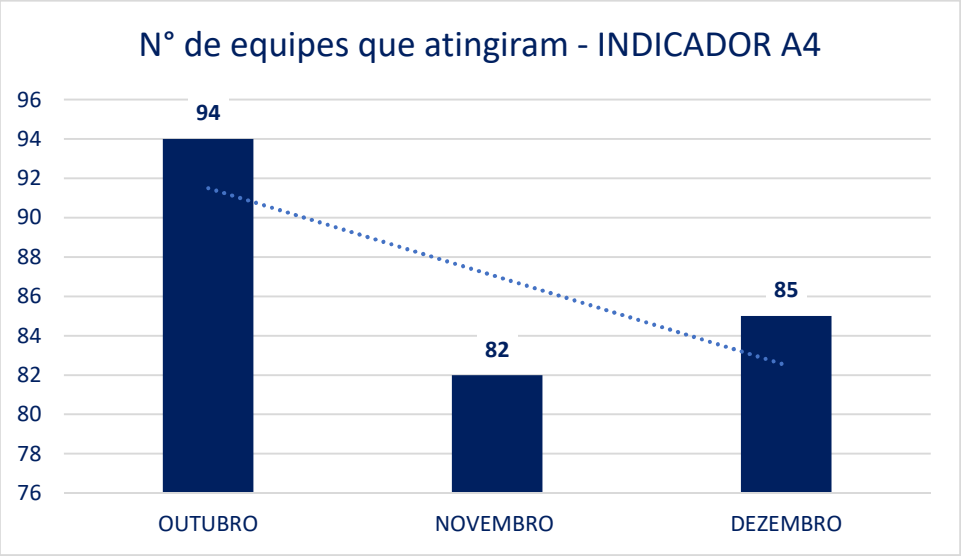


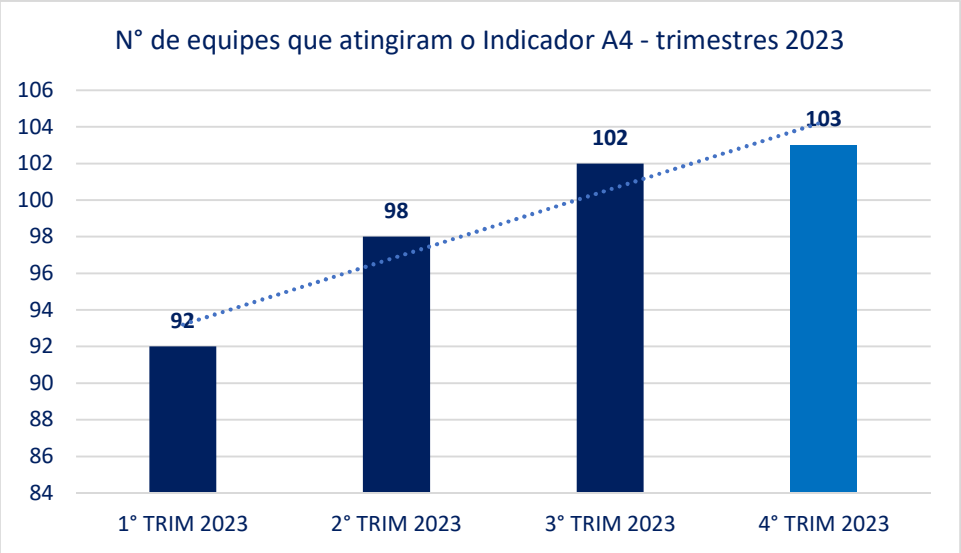
Já o gráfico a seguir mostra os resultados do indicador em cada um dos meses do trimestre objeto de avaliação referência deste relatório. Neste caso, já vale a nova regra do indicador, que agora considera apenas as VDs dos ACS. Para os meses, para fins de uma melhor parametrização, considerou-se a meta parcial (120 VDs), e para o trimestre, a meta do indicador (360 VDs).



Nota-se que novembro foi o mês do trimestre com o melhor desempenho. Os gestores das unidades que não alcançaram a métrica estabelecida para este indicador receberam feedback e foram instruídos a elaborar um plano de ação para aprimorar o desempenho da equipe nesse aspecto específico.

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

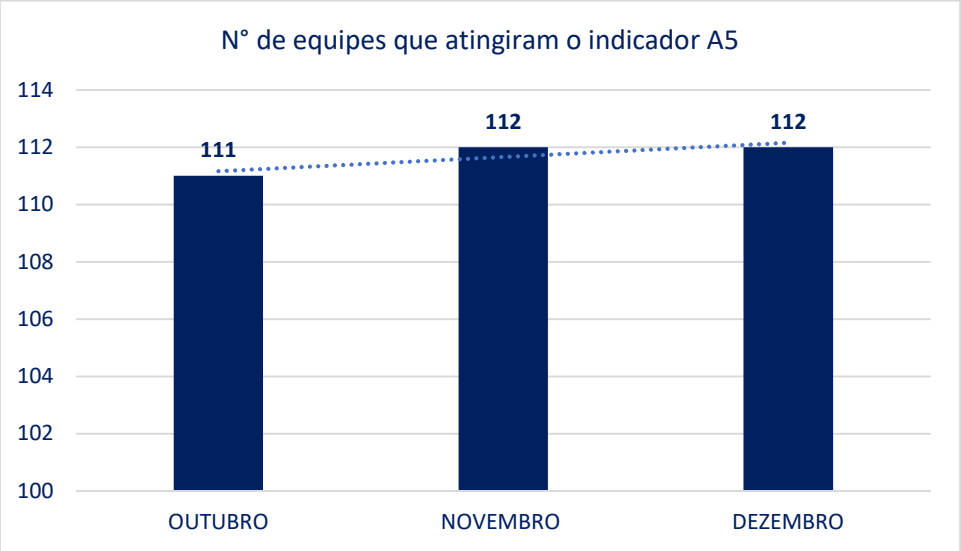


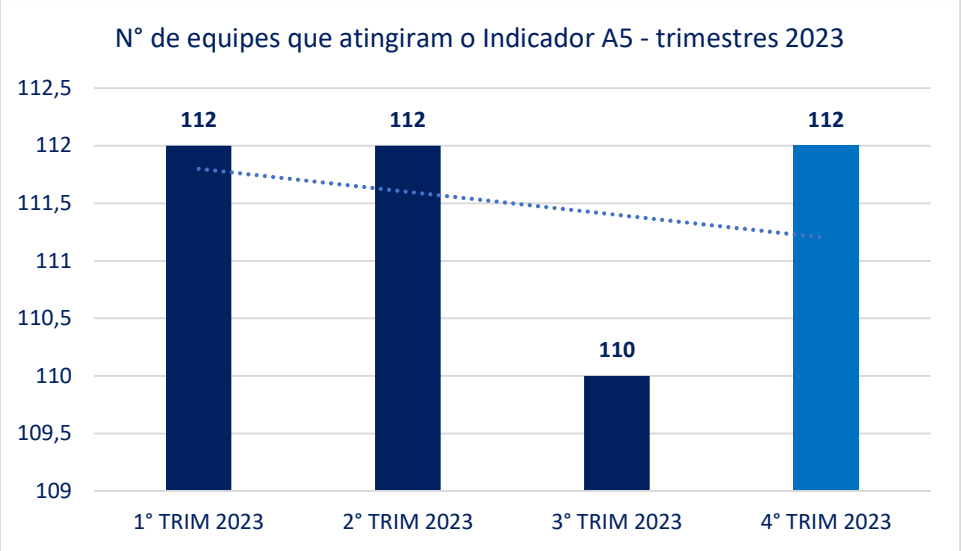


Observa-se a manutenção, praticamente, do número de equipes que atingiram este indicador no trimestre atual quando comparada ao último.

A equipe de supervisão de território realizou feedback e acordou ações de intervenção, incluindo a sugestão de aumentar salas de espera e escalas por equipe para melhorar o processo e facilitar a realização dos grupos educativos. Essas medidas visam corrigir as deficiências identificadas e promover uma maior participação dos pacientes, contribuindo para o alcance das metas estabelecidas.

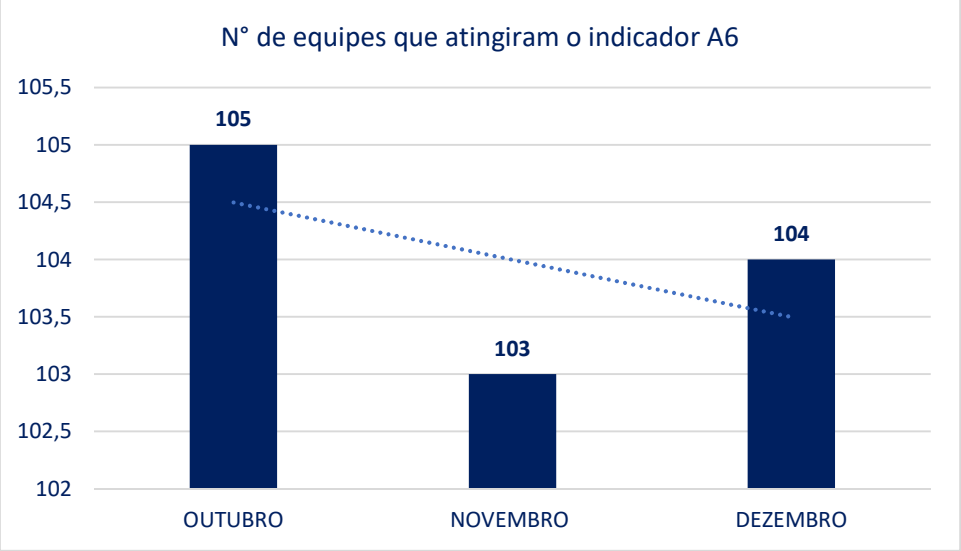
2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados.

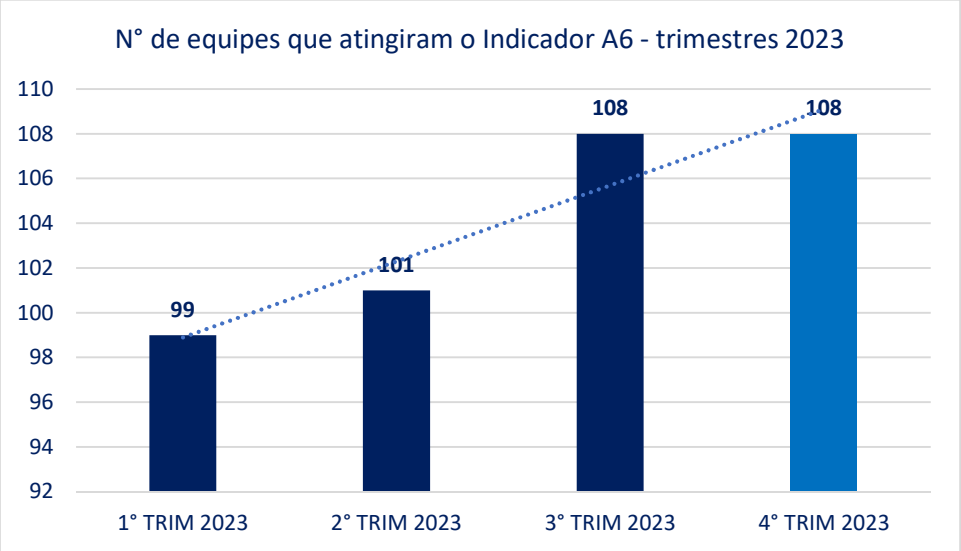




Para a partir do mês de outubro, com o novo Termo Aditivo, houve uma mudança neste indicador. Antes eram considerados os itens da carteira de serviços, de forma geral, e agora são consideradas especificamente as “ações estratégicas” da carteira de serviços. A meta também sofreu alterações e passou de 90% para 85%. No trimestre avaliado, todas as 112 equipes do território alcançaram suas metas estabelecidas. É relevante ressaltar o significativo aumento na oferta de serviços nas equipes do CMS Aquidabã, que, durante o período analisado, alcançou uma oferta de 96,15% da carteira de serviços prevista.

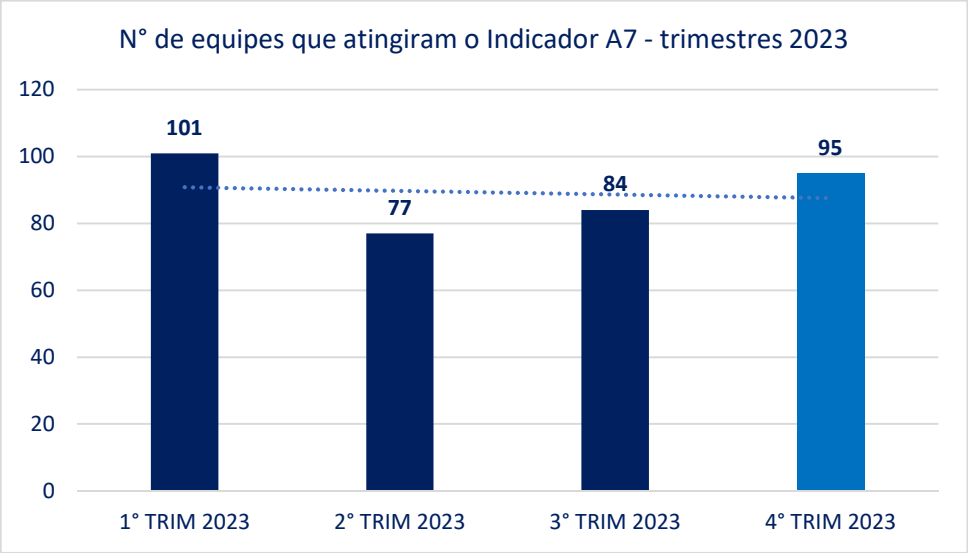
2.1.6 Indicador A6 – Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.





Observamos uma evolução no número de equipes que atingem o indicador de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataformas web. Apenas 4 equipes não alcançaram sucesso nesse indicador. Foi fornecido feedback para auxiliar na reorganização do processo de trabalho. Foram sugeridos o uso de recursos disponíveis, como os celulares das equipes, o aplicativo Minha Saúde Rio e o WhatsApp Web, visando melhorar e facilitar o agendamento de consultas não presenciais. Essas medidas têm como objetivo otimizar a utilização dos recursos tecnológicos disponíveis para garantir um melhor atendimento e aumentar a eficiência no agendamento de consultas remotas.

2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.



Podemos destacar uma breve redução no número de equipes que atingem este indicador, seguido de um aumento a partir do 3° trimestre de 2023. Com o novo termo aditivo (outubro em diante), houve uma mudança significativa no indicador de cobertura de primeira consulta odontológica. O cálculo desse indicador passou por alterações, deixando de considerar a multiplicação da população cadastrada pela divisão do número de eSB pelo número de eSF, passando a ser calculado apenas pela população cadastrada.

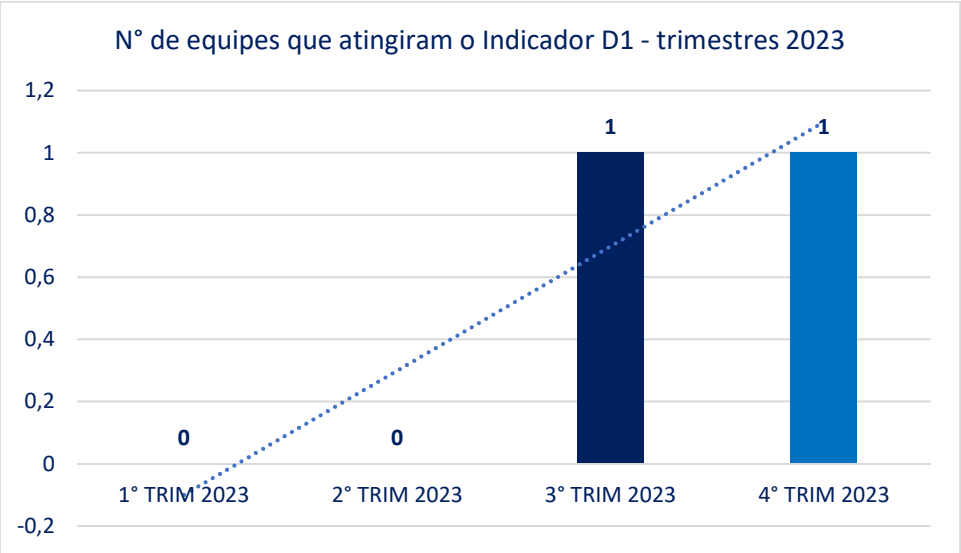
	Antes	**Agora**
Numerador	N° de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas nos últimos 3 meses	N° de primeiras consultas odontológicas programadas realizadas nos últimos 3 meses
Denominador	População cadastrada na área da unidade x (n° de eSB ÷ n° de eSF)	**População cadastrada na unidade**

Essa alteração faz com que o denominador apresente números maiores e demandará maior observância e planejamento por parte das equipes. Apesar disso, observou-se uma melhoria no resultado do trimestre objeto de avaliação neste relatório.

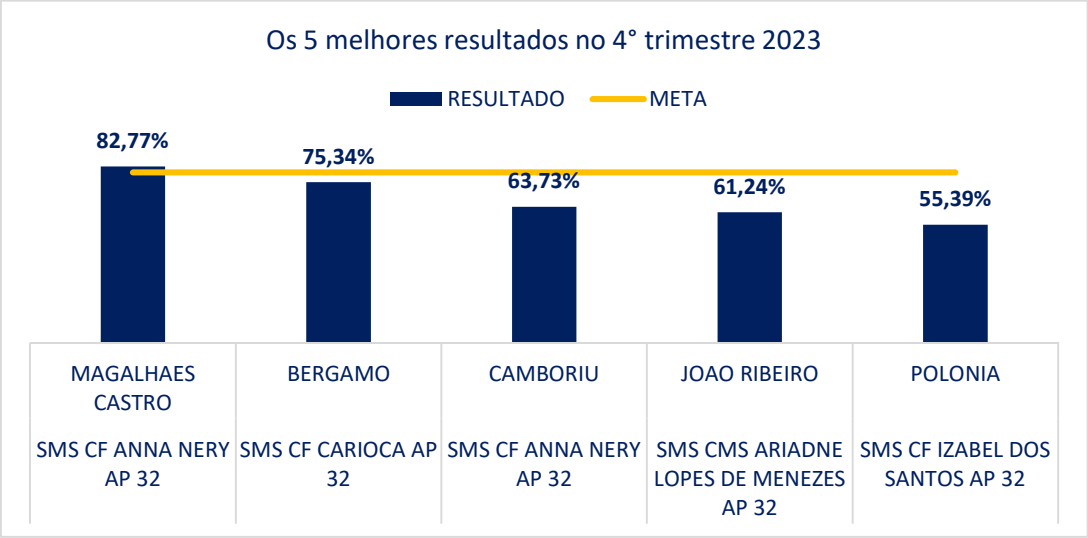
Pensando em melhorar ainda mais o alcance deste indicador, a equipe de gestão do projeto – IDEIAS - planeja realizar encontros com a linha de cuidado de saúde bucal. O objetivo desses encontros é ajustar

os processos de trabalho para aprimorar o acesso da população aos serviços de primeira consulta odontológica. Essas iniciativas visam melhorar a eficiência do atendimento e garantir um acesso mais amplo e eficaz aos serviços odontológicos para a comunidade cadastrada.

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

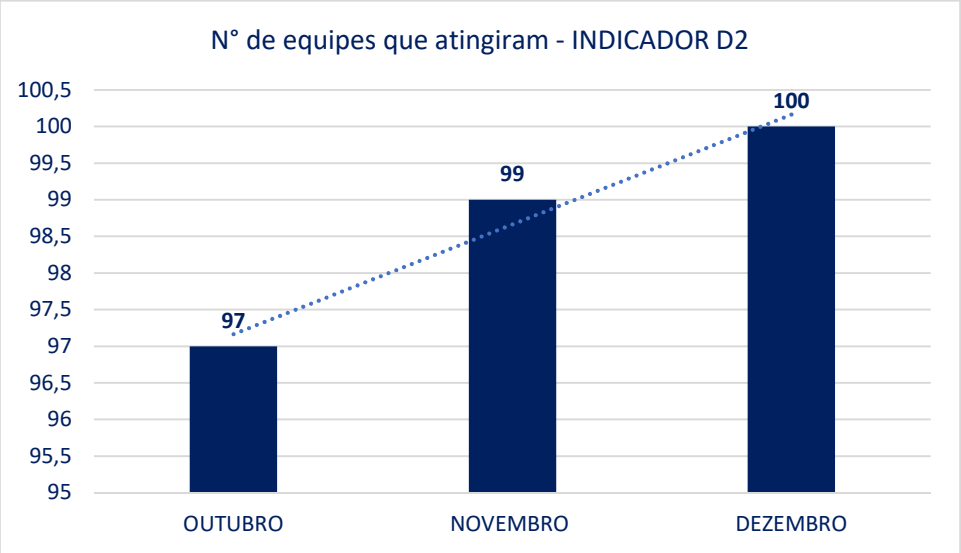


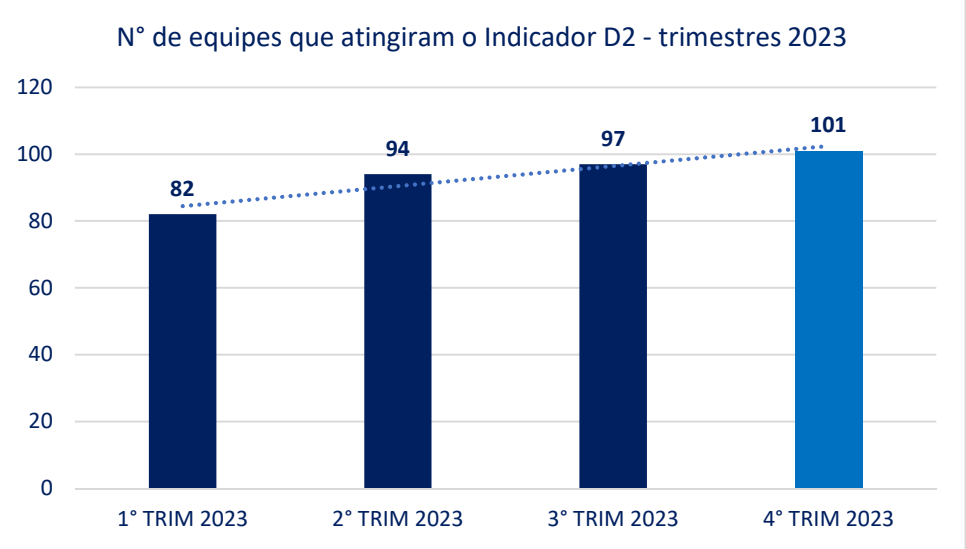
Destacam-se três equipes que, embora não tenham atingido a meta, alcançaram percentuais acima de 60%: Bergamo, da CF Carioca (com 75,34%, quase atingindo a meta); Camboriú, da unidade CF Anna Nery; e João Ribeiro, da CF Carioca.



No período, houve um acordo entre equipes e gestão (CAP e supervisão de território) para implementar estratégias que visam ampliar o acesso à coleta de exames preventivos. As unidades de saúde promoveram ações fora de seus espaços habituais e intensificaram a oferta desses exames, buscando aumentar a adesão e a realização dos exames preventivos entre as mulheres da faixa etária estabelecida. Essas iniciativas demonstram o compromisso em melhorar os índices de cobertura de exames preventivos e a importância da colaboração entre equipes e gestão para alcançar melhores resultados na promoção da saúde da população.

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

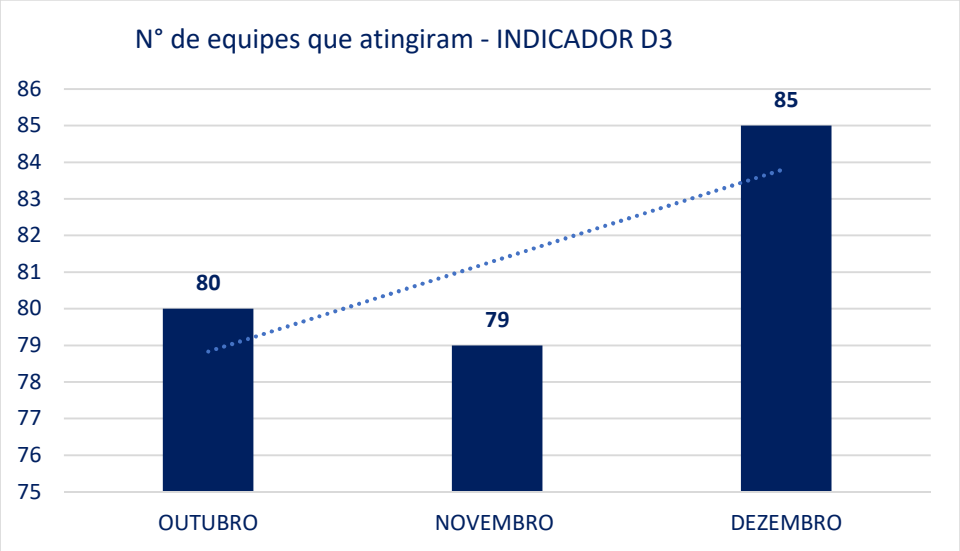


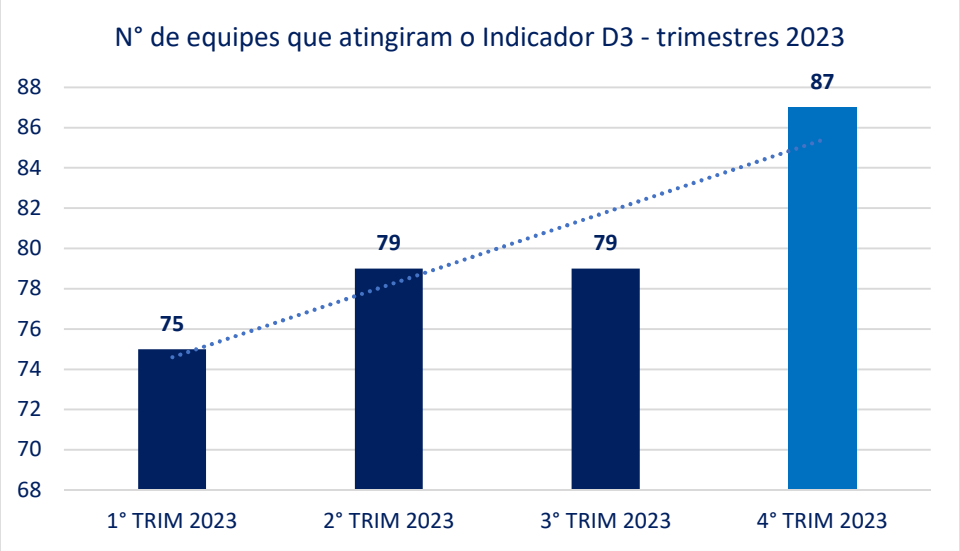


Observa-se um discreto avanço na quantidade de equipes que alcançaram o indicador de Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes, tendo ao menos duas consultas nos últimos doze meses, uma com médico e outra com enfermeiro, em comparação com o mês anterior. No entanto, a equipe de gestão do projeto – IDEIAS - identificou unidades com fragilidades nesse indicador e tem realizado feedback com seus gestores.

Os gestores das unidades que não chegaram à meta receberam orientações para estabelecer um plano de ação visando à melhoria no acesso às consultas para pacientes diagnosticados com diabetes. Essas estratégias de intervenção são fundamentais para aprimorar o processo de atendimento e garantir um cuidado mais efetivo aos pacientes com essa condição específica de saúde.

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

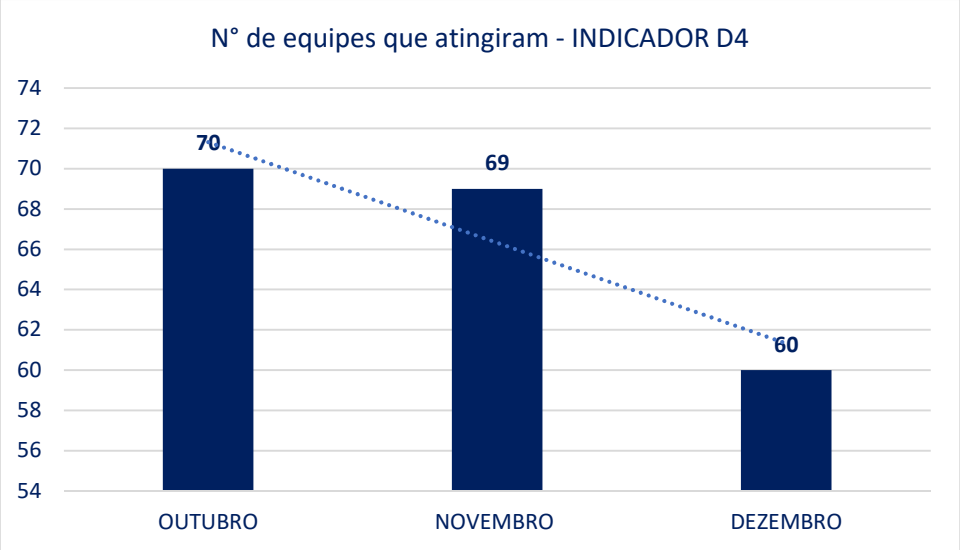


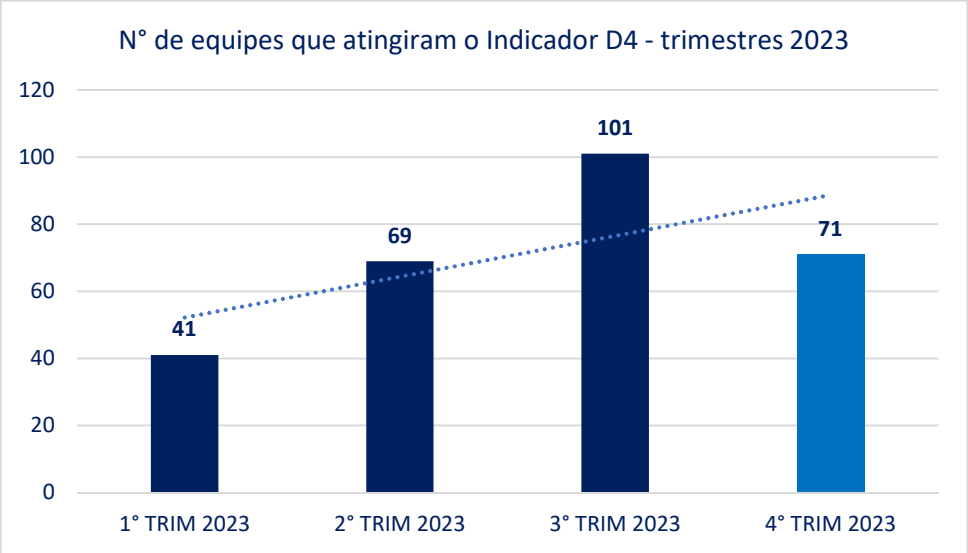


No trimestre foi observada melhoria no indicador de percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão, registrando pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem nos últimos 12 meses, em comparação com o mês anterior. Também é nítida a evolução quando se compara aos últimos trimestres de 2023.

Para lidar com os desafios identificados, as unidades que não tiveram 100% das equipes alcançando o indicador serão consideradas como prioritárias durante as visitas institucionais da linha de cuidados de doenças crônicas. A supervisão de território estará fortemente envolvida para elaborar uma matriz de intervenção direcionada, concentrando-se na melhoria desse indicador nessas unidades específicas. Essa abordagem busca oferecer atenção especial e estratégias específicas para melhorar o acompanhamento e cuidado adequado para pessoas diagnosticadas com hipertensão, visando aprimorar os resultados e a qualidade dos cuidados de saúde nessa área específica.

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



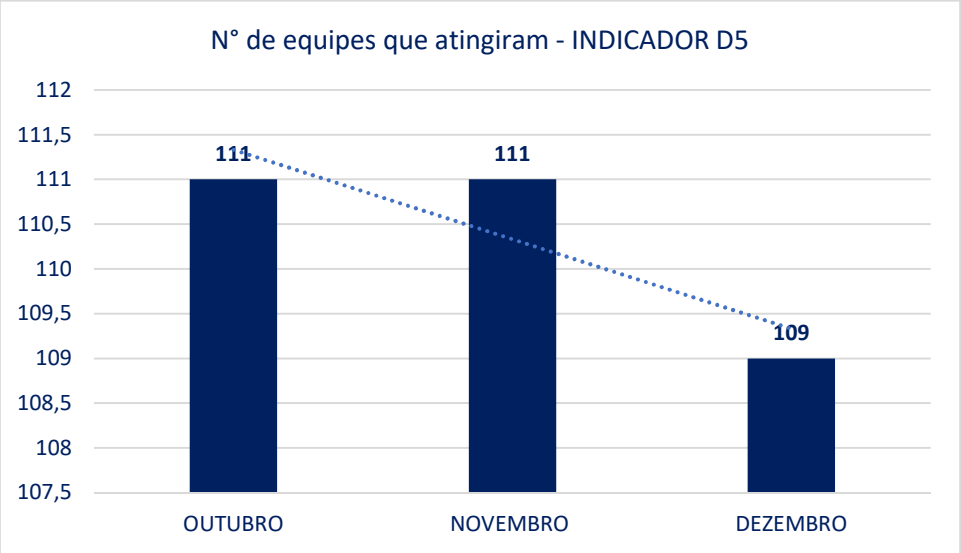


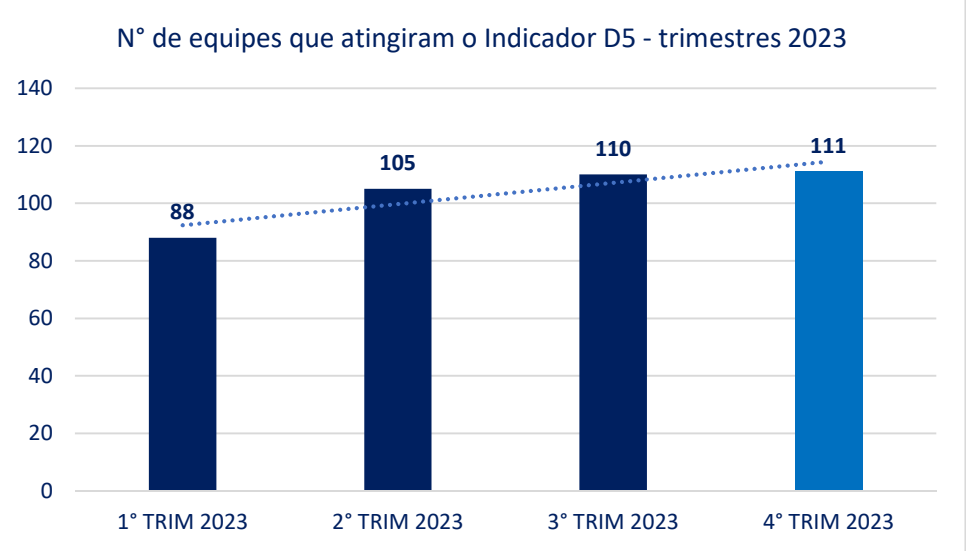
Observa-se uma queda no número de equipes que conseguiram atender ao indicador referente ao Percentual de crianças com até 2 anos e com o cartão de vacinas atualizado, totalizando 71 equipes que alcançaram a meta estabelecida.

As unidades de saúde que apresentaram maior fragilidade nesse quesito serão alvo de feedback por parte da equipe de supervisão territorial. Isso implica um compromisso em monitorar de perto as listas das crianças menores de 2 anos que estão com atrasos no esquema de vacinação. Essa estratégia visa identificar e corrigir possíveis falhas no acompanhamento do calendário vacinal das crianças, garantindo a administração adequada das vacinas e assegurando que os pequenos recebam a imunização conforme preconizado pelas diretrizes de saúde. O foco é garantir que todas as crianças estejam protegidas de doenças evitáveis por meio da vacinação adequada e em tempo hábil.

As estratégias utilizadas nesse período foram as gestões de lista e utilização da ferramenta da Geovacina.

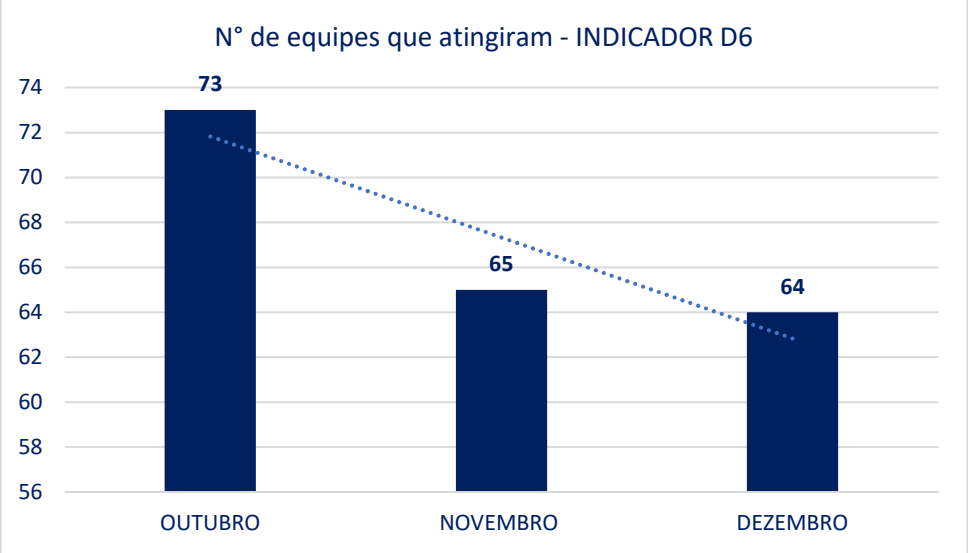
2.1.12 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.

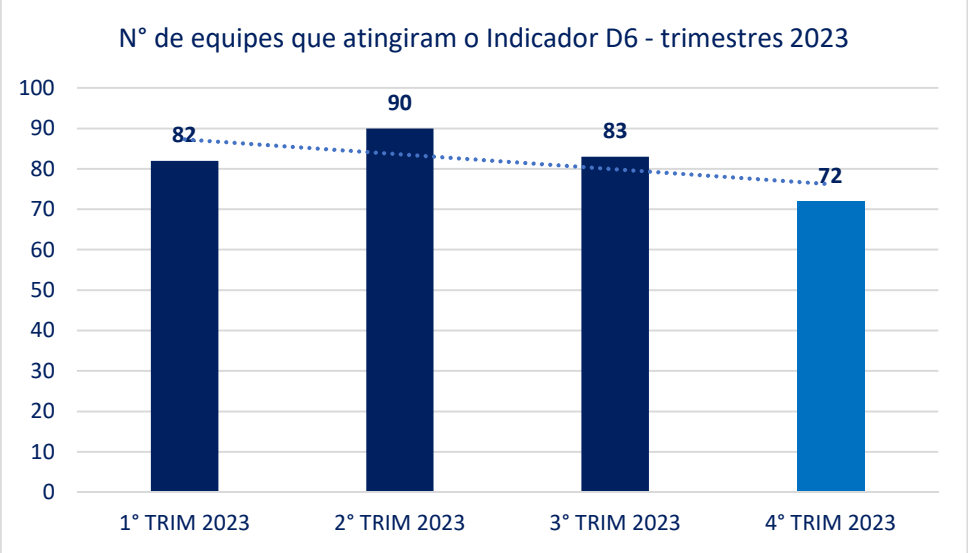




No trimestre avaliado, 111 equipes conseguiram atingir o indicador que avalia o Percentual de crianças até 6 anos com cartões de vacinação atualizados, evidenciando um alto desempenho. Apenas uma equipe, da CF Bibi Vogel, não alcançou esse objetivo. A supervisão territorial promoveu uma sessão de feedback com essa equipe em particular, visando estabelecer um plano de ação. Esse plano busca intervenções e melhorias nos processos de trabalho, utilizando recursos como a gestão de listas e a ferramenta Geovacina para apoiar e otimizar o desempenho da equipe, garantindo assim uma cobertura vacinal eficiente para as crianças até os 6 anos de idade.

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



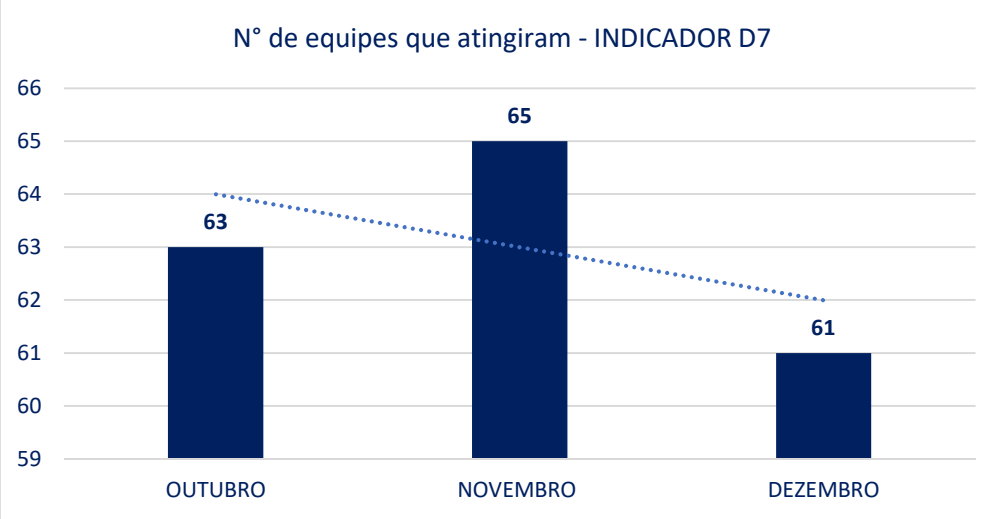


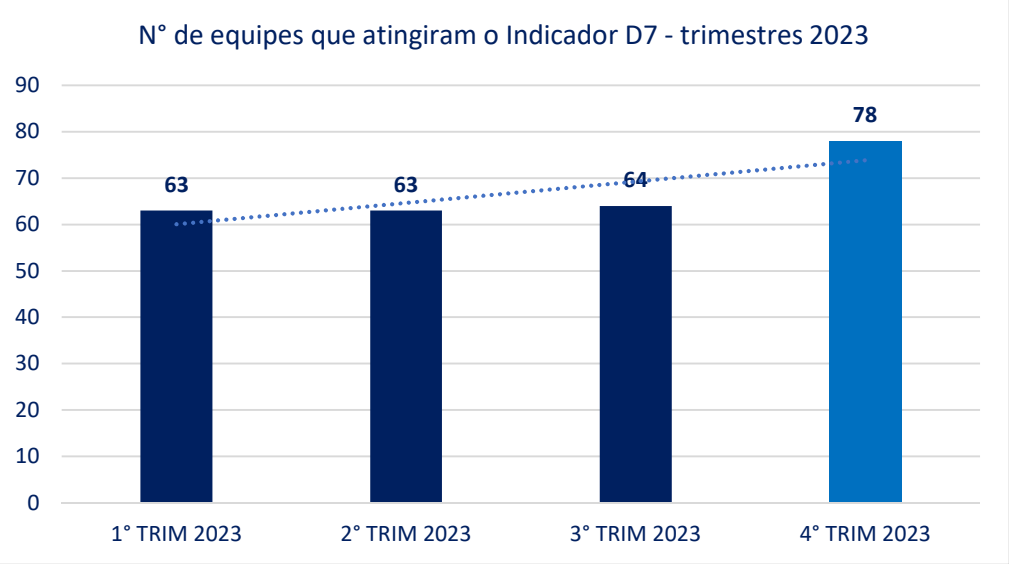
Nota-se uma diminuição discreta no número de equipes que atingiram o indicador de consultas de pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, em comparação com os últimos trimestres. Destaca-se que o uso das listas de gestão desempenhou um papel fundamental na melhoria desse indicador.

As unidades que enfrentaram desafios estão passando por intervenções por meio de feedbacks conduzidos pela supervisão territorial. Esse processo tem o propósito de orientar e apoiar as equipes na identificação de áreas de aprimoramento e na implementação de estratégias para melhorar a qualidade e

o acesso aos cuidados pré-natais nessas unidades de saúde. O objetivo é garantir um acompanhamento mais eficaz e de qualidade durante os estágios iniciais da gravidez, visando promover a saúde materna e fetal.

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

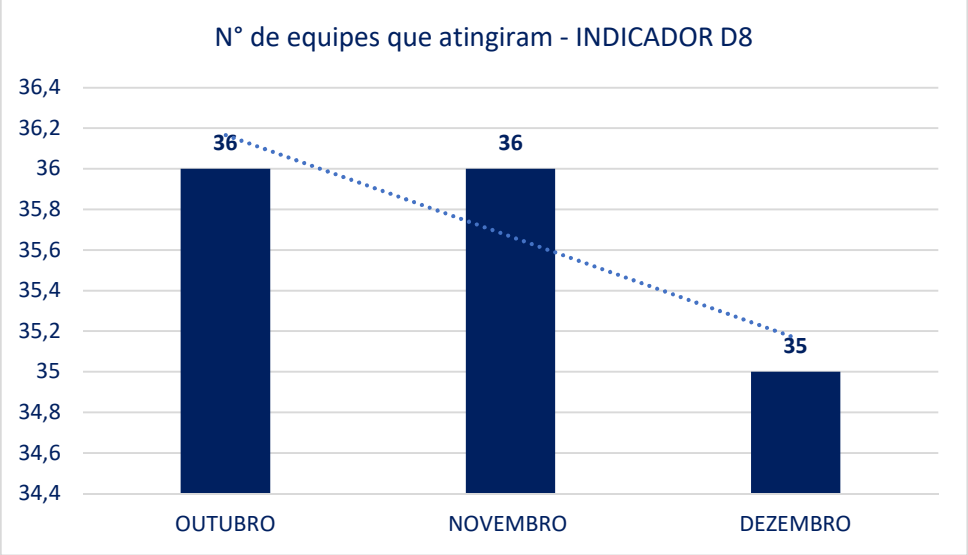


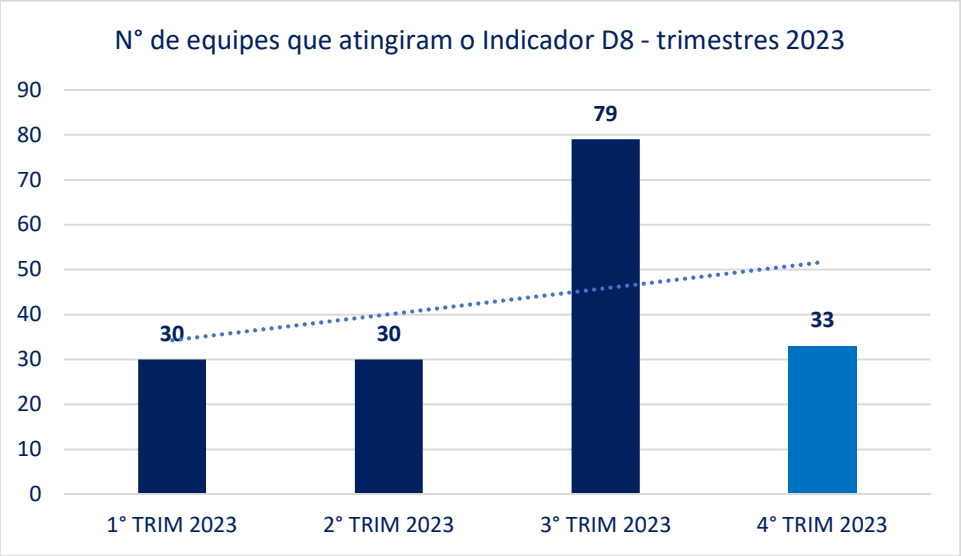


Em novembro, o indicador que avalia o percentual de primeiras consultas de puericultura realizadas até os 15 dias de vida teve uma queda em comparação com setembro. No período analisado neste relatório, 65 equipes de saúde da família conseguiram atingir a meta estabelecida para esse indicador.

A equipe de Supervisão de Território tem conduzido feedbacks com as unidades que apresentaram maiores fragilidades nesse indicador. O objetivo é identificar estratégias e implementar ações direcionadas para a melhoria nessas unidades. Essa abordagem busca compreender as razões por trás da queda no cumprimento desse indicador e trabalhar em conjunto com as unidades de saúde para implementar medidas que possam melhorar o acesso e a realização das primeiras consultas de puericultura dentro do prazo estabelecido, visando garantir um acompanhamento adequado para os recém-nascidos e suas famílias.

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



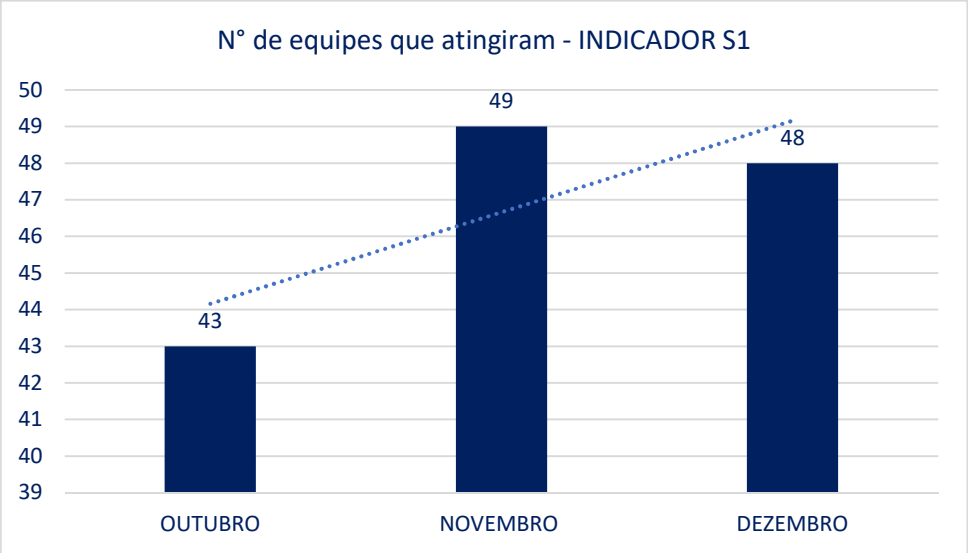


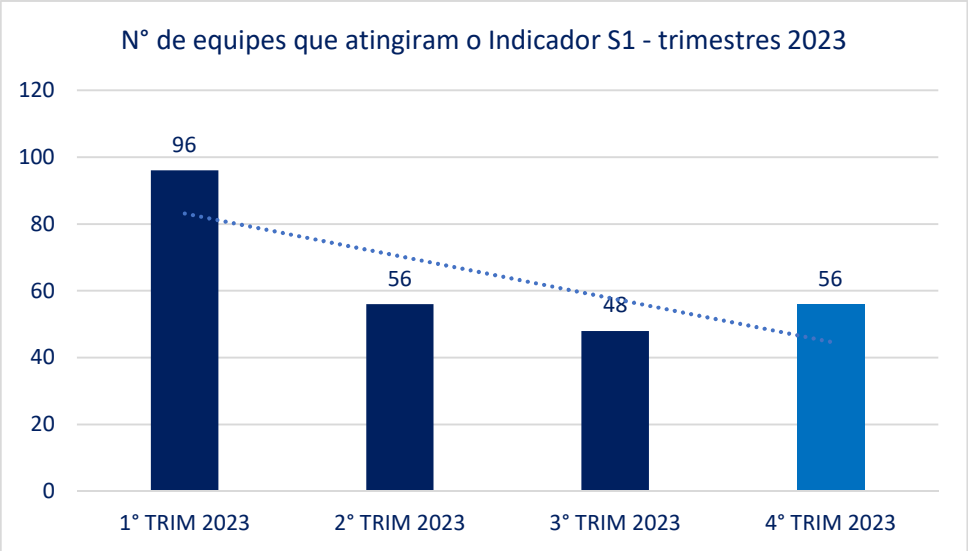
No trimestre objeto de avaliação neste relatório, o número de equipes que alcançaram o indicador que avalia a proporção entre tratamentos odontológicos finalizados e primeiras consultas odontológicas programáticas foi de 33 equipes.

Para lidar com essa situação, a supervisão de território, em conjunto com a coordenação de saúde bucal do IDEIAS e os apoiadores da CAP 3.2, planeja realizar visitas institucionais às equipes de saúde bucal. O objetivo principal é estabelecer um plano de ação para intervenções específicas, visando aprimorar esse indicador. Essas visitas têm como propósito identificar oportunidades de melhoria e implementar estratégias que possam otimizar a relação entre tratamentos odontológicos finalizados e primeiras consultas odontológicas programáticas, visando proporcionar um atendimento odontológico mais eficaz e abrangente para a comunidade atendida.

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

A partir 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. No gráfico abaixo pode ser visualizada a quantidade de equipes que alcançaram o mínimo de inquéritos respondidos **e**, pelo menos, 90% de respostas de “satisfeitos ou muito satisfeitos”. Esta meta sofreu alteração no novo termo aditivo, passou de 80% para 90%.

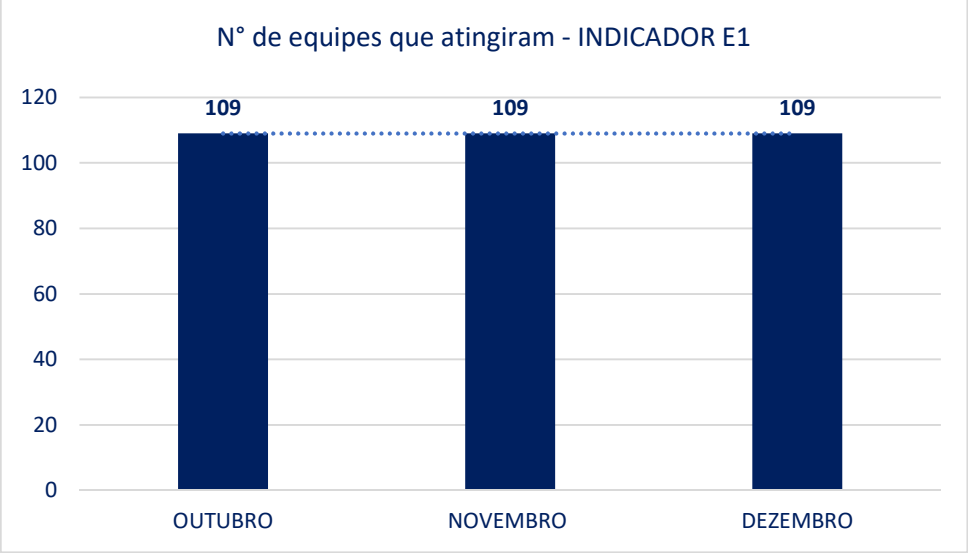


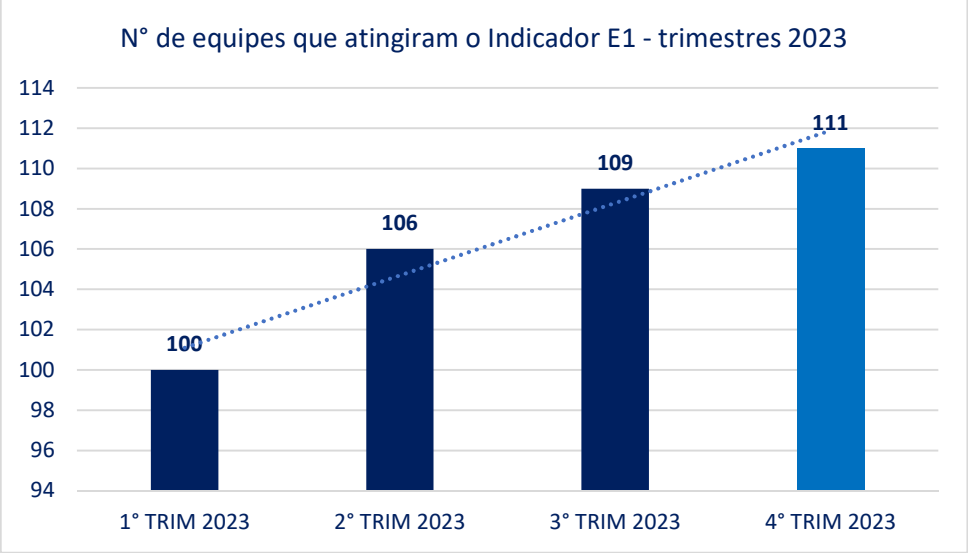


Podemos destacar como desafios: a instabilidade do funcionamento do aplicativo e o mal uso do tablet em algumas unidades. A supervisão de território tem realizado visitas nas unidades estimulando o uso do tablet como ferramenta de gestão e reforçando junto às equipes sua importância, orientando a visita do TI da OSS para minimizar as fragilidades técnicas do equipamento.

Pactuamos que o profissional escalado para o "Posso Ajudar" deve ficar responsável pelo apoio ao uso dessa ferramenta pelos usuários do serviço de saúde. Outra estratégia adotada pelas unidades é o apoio dos porteiros das unidades para auxiliar os usuários no preenchimento da pesquisa.

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

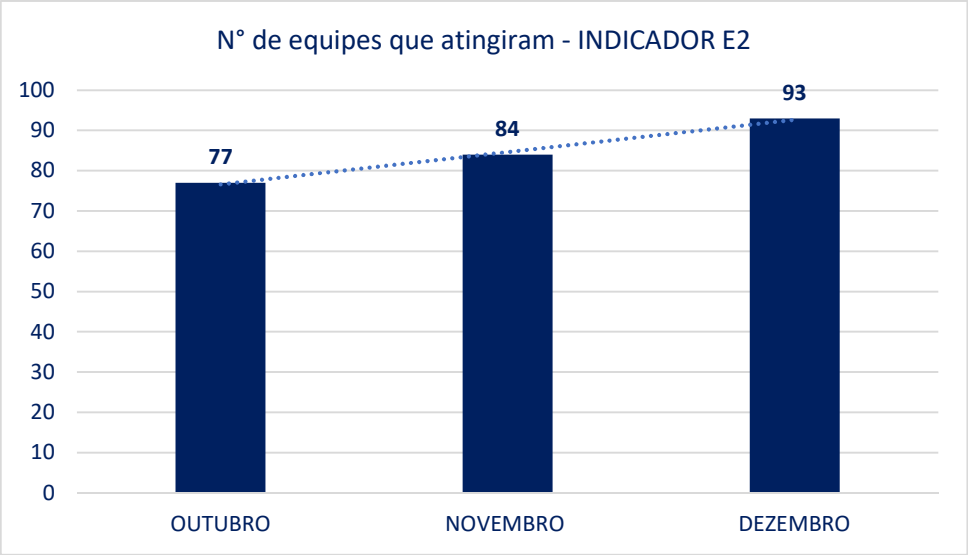


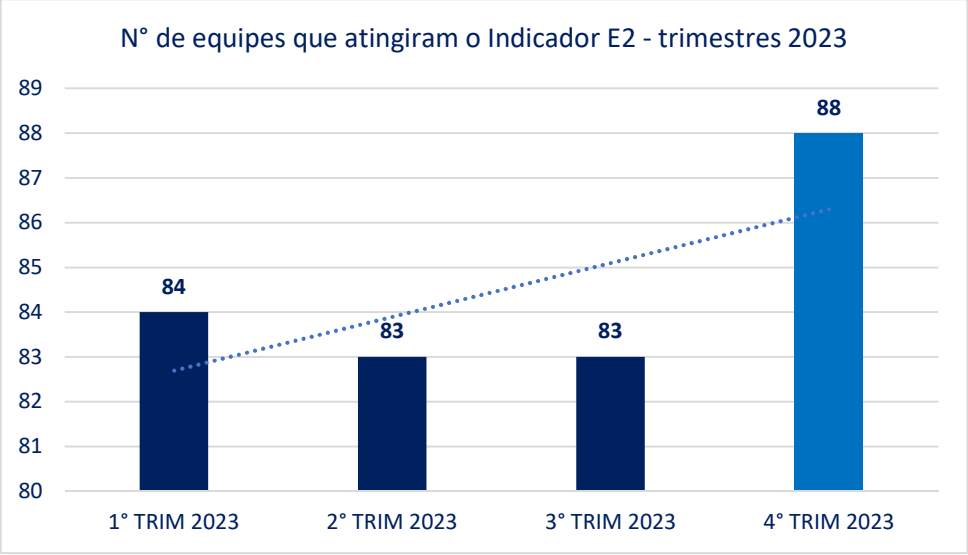


Com a atualização do termo aditivo, houve uma modificação nos detalhes desse indicador, deixando de incluir os medicamentos REMUME. Observa-se, praticamente, uma estabilidade em relação ao período anterior. As estratégias adotadas pelas unidades foram diversas, incluindo ações como educação contínua para a equipe médica, estabelecimento de fluxos para prescrições e revisão de solicitações externas de pacientes na rede particular. Adicionalmente, as reuniões de Revisão Terapêutica têm sido aplicadas para

sensibilizar a equipe sobre a importância da prescrição adequada no prontuário eletrônico, visando aprimorar tanto a qualidade das prescrições quanto o registro preciso das informações.

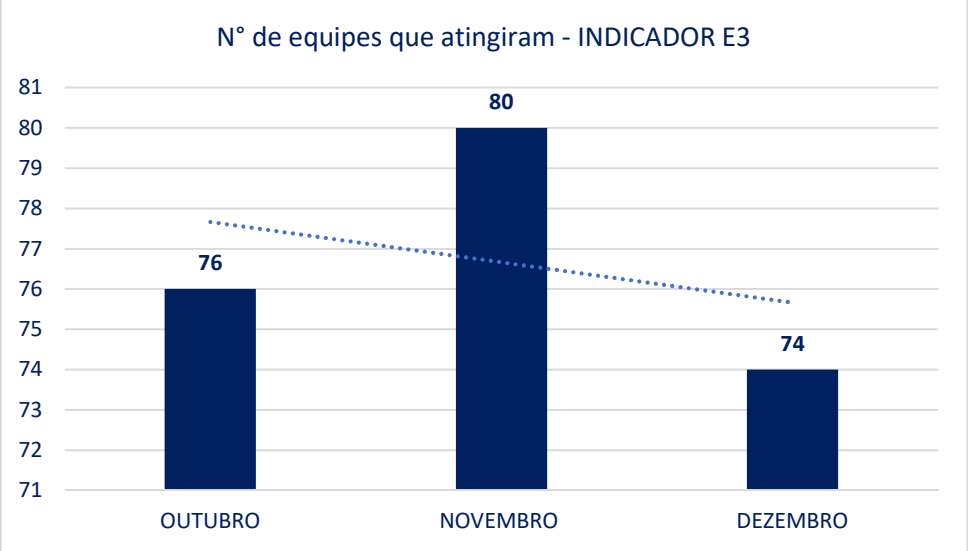
2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.

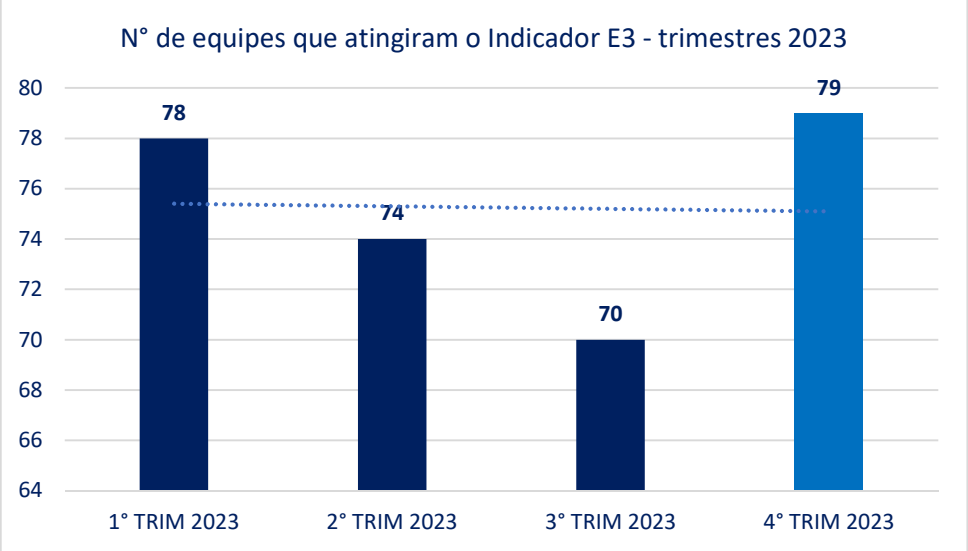




No trimestre avaliado, 88 equipes conseguiram alcançar este indicador de percentual de medicamentos prescritos da REMUME. Identificamos como uma fragilidade a alta rotatividade de profissionais médicos, o que tem repercutido com prescrições em campos inadequados no prontuário eletrônico.

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





A rotatividade dos profissionais médicos foi identificada como um fator significativo que impacta a capacidade de alcance e a resolução dos atendimentos. No período analisado, 79 equipes alcançaram esse indicador.

Para atender a esse indicador, as equipes implementaram estratégias, como a atualização contínua dos protocolos por meio de programas de educação permanente e o treinamento da equipe médica para

promover uma abordagem mais eficaz e resolutiva nos atendimentos. Essas ações visam aprimorar a capacidade de resposta das equipes de saúde, melhorar a gestão dos encaminhamentos e oferecer um cuidado mais eficiente, adaptado às necessidades dos pacientes.

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

A fonte de informações deste indicador é o SISREG. Foi pactuado com o NIR da CAP 3.2 o envio dos resultados ao final do trimestre.

3. PARTE 3

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

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 parte variável 03 consiste em um recurso pago trimestralmente aos profissionais tendo como valor de referência o salário base de cada profissional. Com o segundo termo aditivo, houve mudanças em todos os grupos de ações. Antes, eram 13 grupos e agora passam a ser 11. Todos os grupos sofreram alterações em termos de estrutura e/ou quantidade de “Lacunas de Cuidado (LC)”, que são o “peso” de cada grupo e antes eram chamadas de Unidades Contábeis (UC). A quantidade de LC a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal. Por exemplo: se a equipe de saúde pontua 30 usuários no grupo de ações 7, que é “acompanhamento anual de uma pessoa hipertensa” e vale 03 LC, ela já contará com 90 LC no período.

Uma equipe terá como teto o alcance de 300 LC no trimestre – limite mínimo de 60 LC no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos quatro grupos de ações – o que corresponde a 10% da soma dos salários base dos 3 meses.

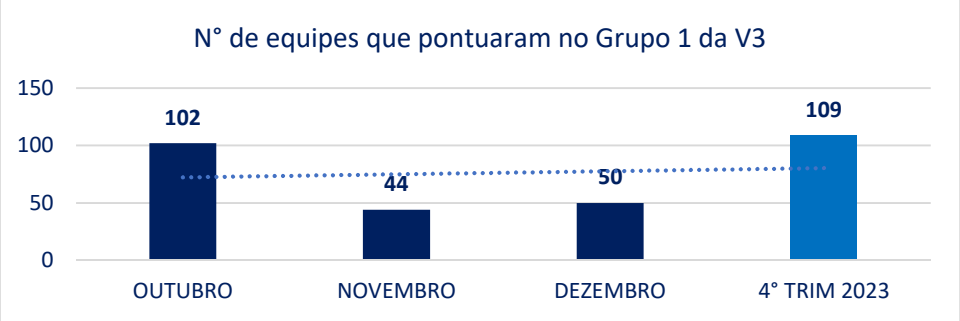
A remuneração por desempenho será calculada pela quantidade de LC alcançadas pela equipe. Incide apenas para os profissionais das equipes mínimas da farmácia (farmacêutico e técnico de farmácia), gerente técnico, Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de Saúde Bucal (cirurgião dentista, TSB e ASB). Aqui também houve uma mudança importante, pois os profissionais da farmácia e o gerente não eram contemplados no termo anterior.

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	LC
01	Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU	09
02	Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino	07
03	Acompanhamento de uma gravidez	11
04	Acompanhamento anual de uma criança, no primeiro ano de vida	07
05	Acompanhamento anual de uma criança, no segundo ano de vida	05
06	Acompanhamento anual de uma pessoa diabética	05
07	Acompanhamento anual de uma pessoa hipertensa	03
08	Acompanhamento anual de uma pessoa idosa	03
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	11
10	Acompanhamento de uma pessoa tabagista	05
11	Equipes com Programa de Residência (docente assistencial) que aderiram ao Programa Saúde na Hora (modalidade 75h)	15

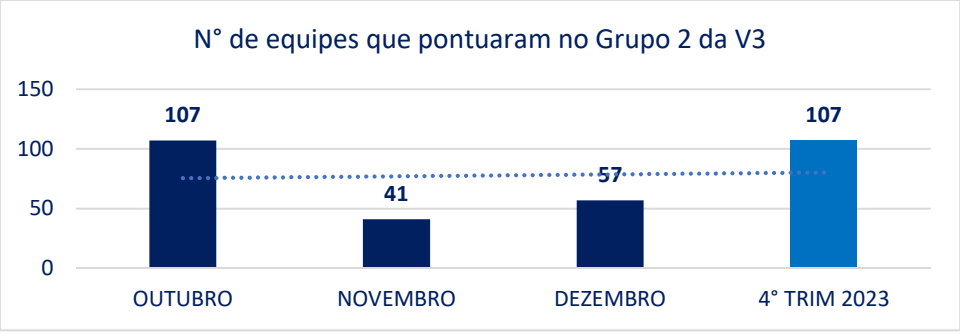
A seguir, apresentamos o número de equipes que pontuaram em cada grupo de ação no 4° trimestre de 2023. A comparação com trimestres anteriores fica prejudicada devido às modificações realizadas nas estruturas dos indicadores. Os gráficos mostram os resultados de cada mês do trimestre e da agregada trimestral.

Em se tratando do **Grupo 01 (G1), 'Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU'**, a área como um todo apresenta uma queda no número de equipes que pontuam no mês de novembro, em relação a outubro, mas entre novembro e dezembro já se percebe uma recuperação. As equipes estão se (re)adaptando às condições dos grupos da V3, compreendendo quais campos estruturados devem ser preenchidos para contabilização nestes indicadores.



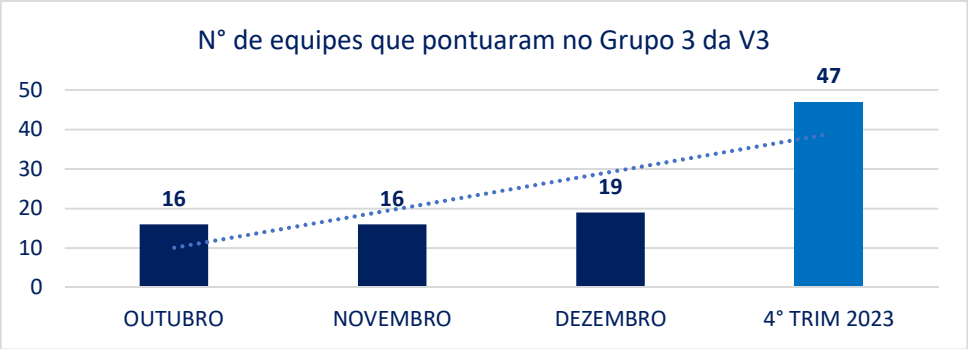
No termo aditivo anterior o grupo 01 versava sobre o "acompanhamento anual do planejamento familiar de mulher em idade fértil" e o grupo 02 sobre o "acompanhamento anual do planejamento familiar de mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura". Estes dois grupos foram remodelados, ficando a condição do DIU para o G1 e a condição da colpocitologia para o G2, dando ênfase ao rastreio do câncer de colo uterino.

O **Grupo 02 (G2) agora é 'Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino'**. Nota-se um aumento no número de equipes pontuando. A busca ativa por mulheres na idade alvo da prevenção do câncer de colo de útero tem sido uma prioridade de trabalho para as equipes de saúde da família da AP 3.2.



Ao final do ano de 2023, houve reuniões de planejamento de ações para 2024 e o acompanhamento do rastreio oncológico feminino estava sempre em pauta. Planos de ação foram pensados para melhoria desta linha de cuidado.

Grupo 03 (G3), 'Acompanhamento de uma gravidez'. Importante ressaltar que este grupo é "regido" pelo número de usuárias com pré-natal encerrado no período analisado, sendo esta a primeira condição para que a usuária comece a aparecer nele e a partir daí pontuar (ou não) nas demais condições. Neste grupo, a alteração realizada foi em relação às visitas domiciliares. No termo anterior eram solicitadas 7 visitas médicas ou de enfermagem, atualmente a condição é de 7 visitas do agente comunitário de saúde até a 38ª semana de gestação.

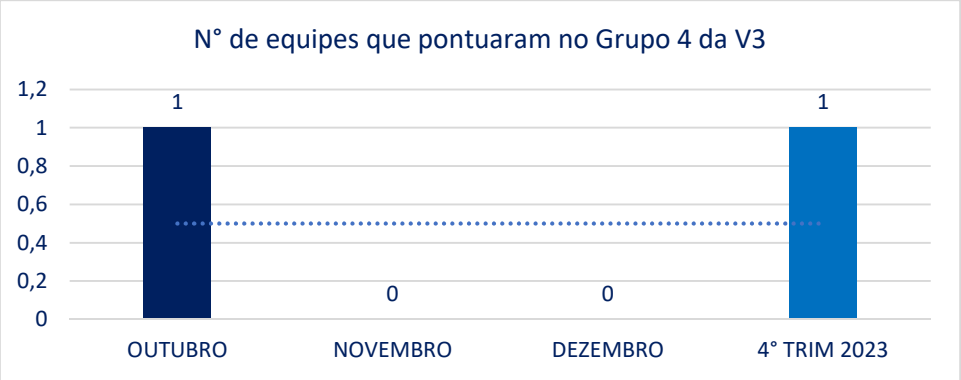


Observa-se que as equipes estão melhorando no alcance das condições do G3.

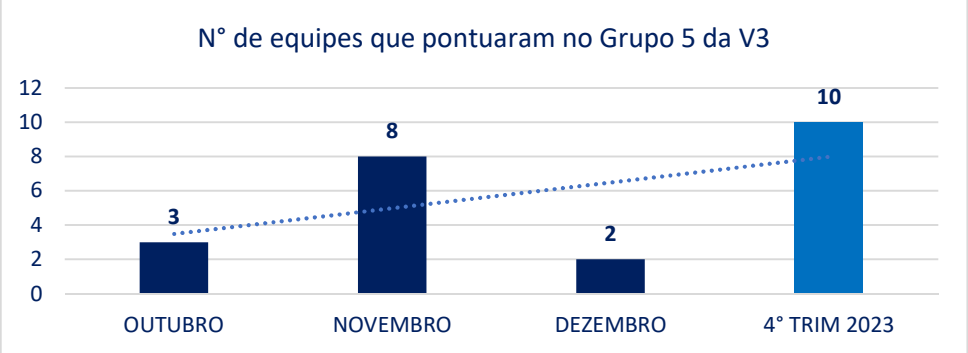
Grupo 04 (G4), 'Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano'. Para este grupo de ação, a primeira condição é que a criança tenha completado um ano de vida no período analisado. Para fins de contabilização neste indicador, a realização do teste do pezinho deve ser entre o 2° e 5° dias de vida, e não mais entre o 2° e 7° dias como no aditivo anterior. Até o fechamento deste relatório, havia uma inconsistência na contabilização deste grupo. Tem equipes que pontuam em todas as condições, mas estão zeradas no resultado final, como pode ser visualizado no print abaixo.

SMS CF ANNA NERY AP 32											
ALMIRANTE ARY PARREIRAS	6	5	5	5	5	4	3	0	5	6	0
CAMBORIU	13	12	11	12	12	11	6	2	13	13	0
DR GARNIER	9	7	8	8	2	7	3	1	8	9	0
JOSE FELIX	9	7	7	7	5	8	4	0	9	9	0
MAGALHAES CASTRO	7	7	5	6	7	7	5	0	6	7	0

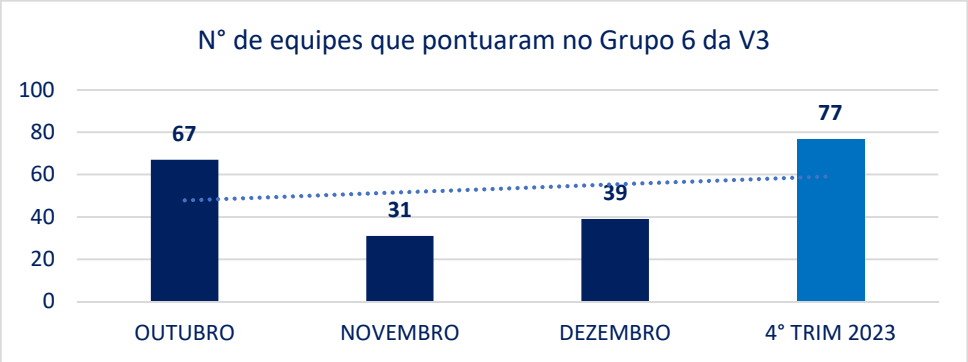
Aguardamos resolução do chamado n° 26639 para reapresentação.



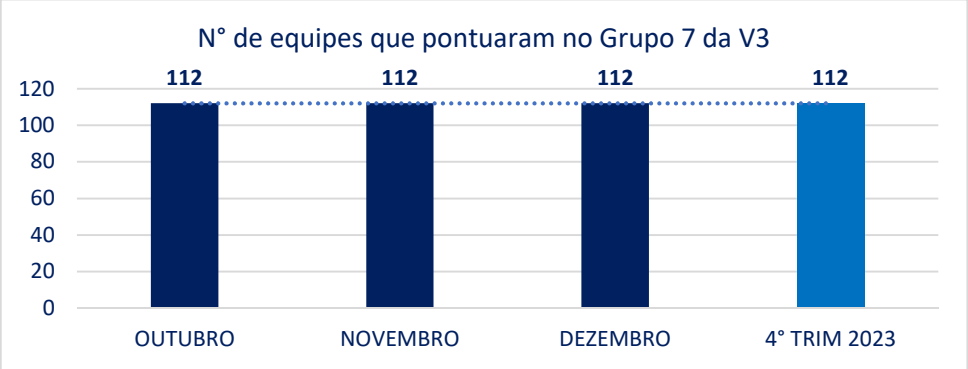
Grupo 05 (G5), 'Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano'. Para este grupo de ação, a primeira condição é que a criança tenha completado dois anos de vida no período analisado. As alterações na estrutura deste grupo foram: em vez de uma consulta médica e uma de enfermagem com registro de peso e altura, agora são cinco consultas médicas ou de enfermagem e a avaliação do risco nutricional, com registro de peso e altura, deve se dar em toda consulta de puericultura entre 12 e 24 meses de vida; e em vez de dois registros, agora é solicitado um registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor.



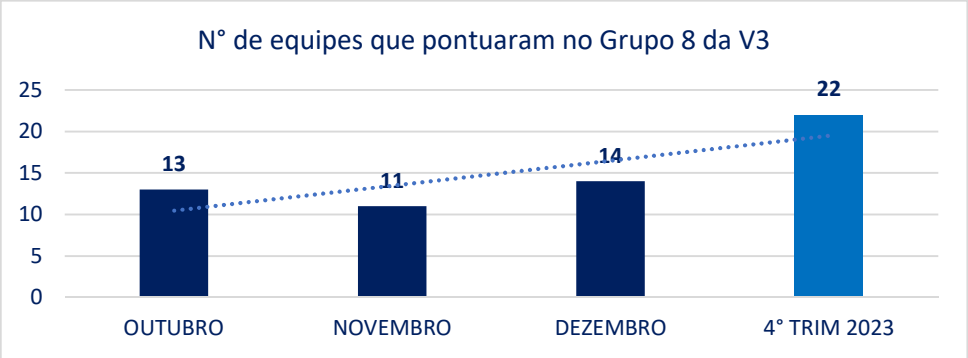
Grupo 06 (G6), 'Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano'. A mudança realizada neste grupo de ação entre o último aditivo e o atual foi na quantidade de visitas domiciliares pelo ACS, passando de "pelo menos três" para "pelo menos quatro".



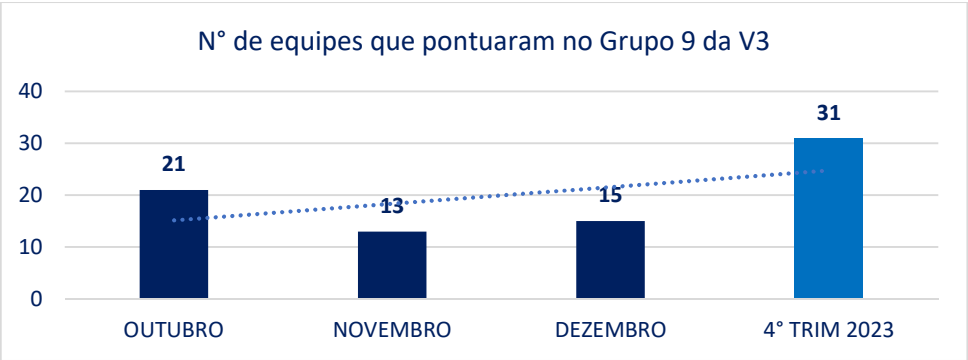
No **Grupo 07 (G7), 'Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano'** foi retirada a condição de "entrada no programa de tabagismo (caso o usuário fosse tabagista)". Todas as equipes da área conseguiram pontuar neste grupo.



O **Grupo 08 (G8)**, que antes era 'acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose', agora é **'Acompanhamento anual de uma pessoa idosa'**. É um grupo de ações novo na parte variável 3 e chama atenção para a discussão sobre a saúde da pessoa idosa, que tem se intensificado por vários motivos, refletindo mudanças demográficas, avanços no cuidado em saúde e uma maior conscientização sobre as necessidades específicas dessa população. As equipes estão reconhecendo as condições e campos estruturados necessários para registro no PEP.



O **Grupo 09 (G9),** agora é **'Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose'**. Antes o G9 era 'acompanhamento de uma pessoa em alta por hanseníase' e no termo aditivo atual não há mais esse grupo de ações. No acompanhamento da pessoa em alta da tuberculose, acrescentou-se à condição de avaliação dos contactantes a necessidade do registro de radiografia de tórax.

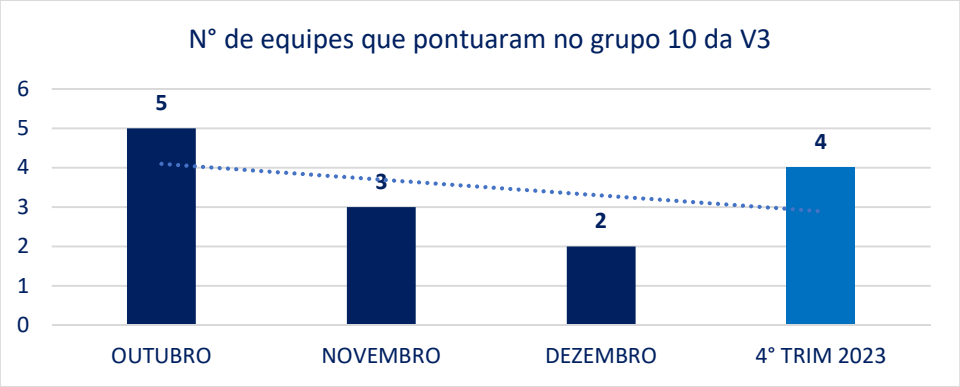


O **Grupo 10 (G10)**, que era 'acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas' agora é **'Acompanhamento de uma pessoa tabagista'**. Neste grupo, no trimestre avaliado, há uma inconsistência importante na unidade CMS Aquidabã. Na condição B, obrigatória, nenhum usuário está pontuando, entretanto, no resultado final da unidade, aparecem vários usuários, como pode ser visualizado no print que segue abaixo.

Data de 01.10.2023 a 31.12.2023

Area	A (VAR3.G10_A.2023.0)	B (VAR3.G10_B.2023.0)	C (VAR3.G10_C.2023.0)	D (VAR3.G10_D.2023.0)	Total
SMS CMS AQUIDABA AP 32					
BOCA DO MATO	120	0	120	120	120
MARANHÃO	44	0	44	44	44
SMS CMS AQUIDABA AP 32	164	0	164	164	164

Estamos considerando que essas duas equipes não pontuaram neste grupo. No aguardo da resolução do chamado #24456 para reapresentação.



E o **Grupo 11 (G11)**, que antes era 'as equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)' agora é **'Equipes com Programa de Residência (docente assistencial) que aderiram ao Programa Saúde na Hora (modalidade 75h)'**. Houve a exclusão do grupo que versava sobre alunos de graduação e uma junção dos grupos 12 e 13 ('as equipes com programa de residência' e 'as equipes que aderiram ao programa de incentivo – programa Saúde na Hora, modalidade 75h'), que viraram o Grupo 11, da forma descrita no início no parágrafo. Na AP 3.2 nenhuma equipe pontua neste indicador pois, apesar de haver unidade com o programa de residência, nenhuma faz parte do Programa Saúde na Hora na modalidade de 75h semanais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trimestre em avaliação, diversas atividades foram realizadas pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território. Abaixo, apresentamos atividades realizadas nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2023.

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
04, 11, 18 e 25/10/2023	Reunião de Gestores	Alinhamentos gerais de processos de trabalho	Gerentes da AP 3.2	CAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS e gerentes da AP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
04/10/2023	*Accountability* CMS Rodolpho Rocco	Apresentação de resultados	SUBPAV e profissionais da unidade	CMS Rodolpho Rocco
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS, profissionais do CMS ROR, parceiros do território e SUBPAV			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
11/10/2023	*Accountability* CMS Tia Alice	Apresentação de resultados	SUBPAV e profissionais da unidade	CMS Tia Alice
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS, profissionais do CMS TA, parceiros do território e SUBPAV			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
18/10/2023	Reunião pré CTA	Resultados indicadores trimestre Jul Ago Set 2023	CAP e OSS	CAP 3.2
Participantes:	Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS e CAP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
23/10/2023	Reunião de gestão CAP 3.2	Alinhamentos gerais de processos de trabalho.	CAP e OSS	CAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS e CAP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
01, 08, e 29/11/2023	Reunião de Gestores	Alinhamentos gerais de processos de trabalho	Gerentes da AP 3.2	CAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS e gerentes da AP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
29/11/2023	Reunião pré CTA	Resultados indicadores outubro 2023	CAP e OSS	CAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS e CAP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
30/11/2023	Reunião de planejamento anual 2024.	Planejamento de atividades e linhas prioritárias para 2024.	Gerentes e RTs	CAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS, CAP 3.2, Gerentes e RTs.			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
12/12/2023	Reunião de Gestores	Apresentação dissertação Cyntia Guerra – "O papel do gerente".	Gerentes e RTs	CAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS, CAP 3.2 e Gerentes			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
12/12/2023	Certificação das salas de vacina	-	UAP 3.2	UAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS, UAP e CAP 3.2			

EDUCAÇÃO PERMANENTE

A gestão do IDEIAS entende a Educação Permanente como importante ferramenta cotidiana para a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho, buscando orientar-se pela melhoria do acesso,

qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão dos seus projetos.

No âmbito da AP 3.2, tem havido um considerável investimento nas ações voltadas para a Educação Permanente, no sentido de qualificação contínua das atividades desenvolvidas. Abaixo seguem os detalhes da atividade desenvolvida nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2023.

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
20/10/2023	GT de Saúde Bucal	Indicadores de saúde bucal	Dentistas das UAP	CAP 3.2
Participantes:	Coordenação de odontologia IDEIAS, CAP 3.2 e dentistas das unidades da AP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
21/11/2023	Treinamento sobre esterilização.	Esterilização de materiais.	Profissionais responsáveis pela esterilização de materiais nas UAP	CAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território e Coordenação de Saúde Bucal IDEIAS.			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
29/11/2023	Conversa sobre documentos de POP (Procedimento Operacional Padrão)	POP	Gerentes das UAP	CAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS e CAP 3.2			

5.REFERÊNCIAS

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.