

RELATÓRIO DE GESTÃO

Contrato de Gestão № 007/2021

Fevereiro de 2024

Referência: janeiro 2024



EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Gerente de Projeto

Liz Lutterbach

Gerente de Qualidade

Mônica do Carmo

Analista de Gestão e Qualidade

Clara Gouveia

Assistentes de Qualidade

Jéssica Ximenes e Victor Zäni

Supervisão de Território

Marianna Costa e Rodrigo Rodriguez



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	
1. PARTE 1	
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)	11
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	16
1.1.9 Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS/RJ	17
1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	17
1.1.11 Proporção de cura de tuberculose	18
1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação	21
1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas	22
1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	23
1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores	24
1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes	24
1.1.17 Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	25
1.1.18 Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prever e assistência.	
1.1.19 Desempenho Assistencial	27
2. PARTE 2	29
2.1 Resultado dos Indicadores da Variável 02: incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária	29
2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família	30
2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.	31
2.1.2 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.	32
2.1.4 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.	32
2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados.	33
2.1.6 Indicador A6 — Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web prontuário eletrônico	
2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática	34
2.1.8 Indicador D1 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	35
2.1.9 Indicador D2 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, seno com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses.	
2.1.10 Indicador D3 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 cons médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses.	
2.1.11 Indicador D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado	38
2.1.12 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado	39
2.1.13 Indicador D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	39





2.1.14 Inc	ndicador D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida	.40
2.1.15 Inc	ndicador D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	.41
2.1.16 Ind	dicador S1 – Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos.	.42
	dicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previs rio.	
2.1.18 Ind	dicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME	.43
2.1.19 Inc	ndicador E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	.44
2.1.20 Ind	dicador E4 - Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG	.45
3. PAR	RTE 3	.45
3.1 Resulta	tado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB)	.45
4. CON	NSIDERAÇÕES FINAIS	.52
5. REF	FERÊNCIAS	.53
ANEXO 1 -	- DECLARAÇÕES COMPRORATÓRIAS DA V1	5/





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 **janeiro de 2024.**

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". Com este documento houve alterações importantes nos indicadores de desempenho assistencial, tendo início a partir de outubro 2023. 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: janeiro de 2024							
Indicador		Meta	Num/Den		Resultado	Alcançado (Sim/Não)	
01	Manutenção de comissões de prontuário	95%	Numerador Denominador	24 24	100,00%	Sim	
02	Acompanhamento do Cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES)	95%	Numerador Denominador	1219	99,11%	Sim	
03	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	95%	Numerador Denominador	374 374	100,00%	Sim	
04	Abastecimento regular das unidades	95%	Numerador Denominador	24 24	100,00%	Sim	
05	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	95%	Numerador Denominador	24 24	100,00%	Sim ¹	
06	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)	100%	Numerador Denominador	24 24	100,00%	Sim	
07	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	100%	Numerador Denominador	1230 1230	100,00%	Sim	
08	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	≤ 1	Numerador Denominador	-	Calculado ao final de cada trimestre		
09	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	95%	Numerador Denominador	-	Calculado ao trime		





10	Qualidade dos itens fornecidos e	95%	Numerador	608	98,38%	Sim	
10	dos serviços contratados	93/0	Denominador	618	30,30/0	SIIII	
11	Proporção de cura de Tuberculose	90%	Numerador	46	86,79%	Não	
	r roporção de cura de raberculose	3070	Denominador	53	00,7570	Nuo	
12	Acompanhamento de Sífilis na	90%	Numerador	20	35,09%	Não	
	Gestação	30,0	Denominador	57	33,6376	1140	
	Proporção de Consultas de Pré-		Numerador	144			
13	natal com mais de 7 ou mais	85%	Denominador	195	73,85%	Não	
	consultas						
14	Proporção de cadastros definitivos	90%	Numerador	394064	97,36%	Sim	
	com número único (CPF)		Denominador	404764			
15	Manutenção dos Colegiados	95%	Numerador	24	100,00%	Sim	
	Gestores		Denominador	24			
16	Rotatividade de profissionais nas	≤ 5	Numerador	11	0,91	Sim	
	equipes		Denominador	1212	·		
	Proporção de crianças e gestantes		Numerador	2			
17	beneficiárias do Cartão Família	20%	Denominador	85	2,35%	Não	
	Carioca com condicionalidades						
	acompanhadas						
	Percentual de escolas e creches no		Numerador	72			
18	território com atividades de	90%			56,25%	NSA ²	
	promoção, prevenção e assistência		Denominador	128			
	acompanhadas pela eSF e eSB						
	Proporção de famílias com entrega		Numerador	1189			
19	de kits de higiene oral dentre as	100%		40001	10,84%	Não	
	famílias beneficiárias do programa		Denominador	10964			
	Bolsa Família						

Fonte dos dados: PEP/VitaCare. Competência: 01/01/2024 a 31/01/2024.

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.

² NSA = Não se aplica. O mês de janeiro não é letivo, logo, não será considerado no trimestre.



1.1 Resultado dos Indicadores da Variável 01: Incentivo à

Gestão do TEIAS

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

1.1.1 Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades

Indicador	Meta	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Proporção de			OUT	NOV	DEZ
UAP com		100,00%			
Comissões de	95%		100,00%	100,00%	100,00%
prontuários			100,0070	100,0070	100,0070
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.

Em maio de 2023 foram realizadas oficinas com os gerentes e responsáveis técnicos (RTs) 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.

No mês de janeiro de 2024 todas as unidades realizaram reunião de comissão de revisão de prontuário e registraram a ata no prontuário eletrônico.

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

Indicador	Meta	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Proporção de			OUT	NOV	DEZ
profissionais de saúde cadastradas no SCNES.	95%	99,11%	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	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Percentual de			OUT	NOV	DEZ
consultórios com impressora funcionando.	95%	100,00%	100,00%	100,00%	99,46%

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.

A garantia da comunicação eficaz entre instituição/profissional e usuário do serviço, minimizando os pontos que podem gerar dúvidas ou imprecisão nessa relação, é fundamental quando se pensa em Segurança do Paciente. 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.

A informatização também tem como objetivo agilizar o processo de trabalho, evitando atrasos no atendimento e na prescrição de terapias.

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 mês avaliado não houve sinalização de problemas com impressoras.





1.1.4 Abastecimento regular das unidades

Indicador	Meta	Resultado Janeiro	Result	ados Ante	eriores
Proporção de			OUT	NOV	DEZ
unidades de saúde					
com declaração que	95%	100,00%			
estão regularmente	3370	100,0070	100,00%	100,00%	100,00%
abastecidas pelo					
diretor/gerente.					

Cálculo do Indicador: № de declarações de abastecimento adequado / № 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	Resultado Janeiro	Result	ados Ante	eriores
Proporção de unidades			OUT	NOV	DEZ
que realizam o					
fornecimento de	95%	100,00%	100 000/	100 000/	100 000/
medicamentos			100,00%	100,00%	100,00%
controlados.					

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 que ficam próximas a unidade.





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

Indicador	Meta	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Proporção de		400 000/	OUT	NOV	DEZ
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	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Proporção de			OUT	NOV	DEZ
profissionais da eSF e					
eSB que receberam					
mensalmente por e-					
mail pelo PEP o envio	100%	100,00%	400.000/	400.000/	400.000/
do resultado de			100,00%	100,00%	100,00%
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 Anterior
Razão do gasto administrativo em relação ao total de gasto.	≤1	0,99



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 Anterior					
Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS.		95,02%					
Cálculo do Indicador: Total de itens comprados abaixo da média de preços / Total de itens							

Cálculo do Indicador: Total de itens comprados abaixo da média de preços / Total de itens adquiridos x 100

Fonte: Prestação de contas

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Nota: Calculado ao final do trimestre.

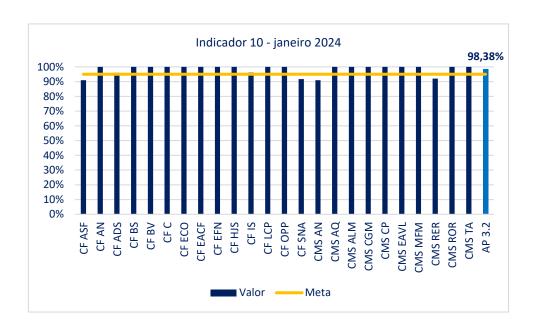
1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

Indicador	Meta	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Proporção de gerentes			OUT	NOV	DEZ
que consideraram de					
boa qualidade os itens	95%	98,38%	98,70%	97,90%	99,21%
adquiridos e serviços			90,70%	97,90%	99,21%
prestados.					



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

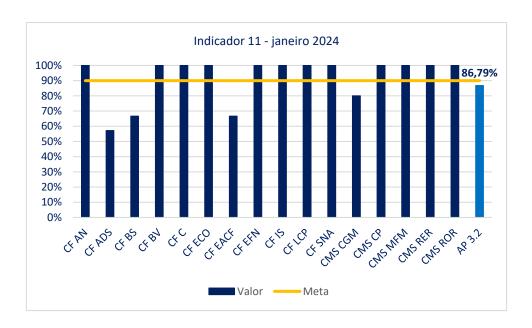
A equipe de gestão do projeto – IDEIAS - acompanha as avaliações que são feitas pelos gestores das UAP em relação aos itens fornecidos e serviços prestados às unidades com objetivo de ter o feedback da qualidade dos mesmos. São realizadas medidas de correção de processos continuamente, visando manter 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	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Proporção de casos de			OUT	NOV	DEZ
tuberculose encerrados como cura no período.	90%	86,79% *	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.



* No mês de janeiro de 2024 foram 7 casos contabilizados na diferença do indicador, entretanto, 1 se trata de inconsistência do sistema (CF Barbara Starfield). O chamado para correção foi aberto (t_28281) e até o fechamento deste relatório, ainda não havia sido resolvido. Portanto, foram 6 casos na diferença, sendo 5 abandonos e 1 transferência. Todos os casos foram analisados pela Gerência de Qualidade IDEIAS e considerações foram enviadas às unidades, sendo os destinatários o gestor, os profissionais RTs e também os pontos focais de Tuberculose das unidades. A profissional responsável pela Linha de Cuidados da CAP 3.2 é copiada nestes e-mails e sempre contribui para a discussão dos casos. Com a correção da inconsistência, o resultado do indicador deve passar de 86,79% para 88,68%.

Um desdobramento e plano de ação pensado pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS ao longo desse tempo de análises 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.

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.

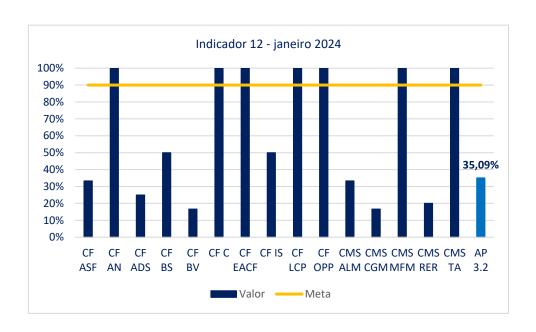
A evolução nos resultados desse indicador é evidente, e vale ressaltar os empenhos direcionados a essa área do cuidado em saúde. A parceria da Gerência de Qualidade e da Supervisão de Território IDEIAS com a linha de cuidados da CAP 3.2 tem sido extremamente satisfatória, recebendo reconhecimento tanto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



1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação

Indicador	Meta	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Proporção de			OUT	NOV	DEZ
notificações de sífilis na gestação com	90%	35,09%	53,52%	37,50%	37,50%
tratamento adequado					

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

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'.





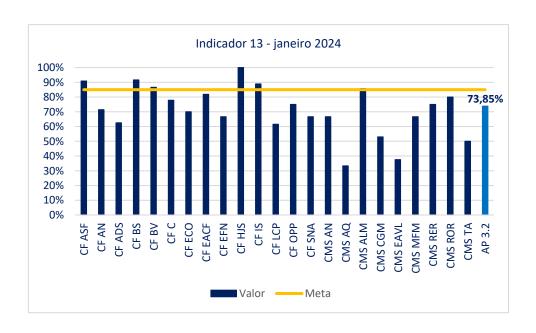
Objetivou-se fomentar a discussão, a construção coletiva de estratégias para qualificação do cuidado e melhoria no indicador. Nestes encontros, matrizes de intervenção foram formuladas e diversas estratégias pensadas e colocadas em prática até o mês de agosto. Os resultados estão sendo compilados e analisados.

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.

1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas

Indicador	Meta	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Proporção de gestantes			OUT	NOV	DEZ
com 7 ou mais consultas de pré natal registradas no PEP.	85%	73,85%	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

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'. Objetivouse 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.

1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)

Indicador	Meta	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Proporção de cadastros		27.224	OUT	NOV	DEZ
definitivos com n° único (CPF)	90%	97,36%	97,04%	97,16%	97,30%

Cálculo do Indicador: Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF x 100 / Nº total de pessoas cadastradas no PEP

Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral



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

Os cadastros estão em contínuo processo de atualização e adequação.

1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores

Indicador	Meta	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Manutenção dos	95%	100,00%	OUT	NOV	DEZ
Colegiados Gestores	3373	•	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

Apesar de ser um indicador novo, sendo firmado no segundo termo aditivo (contabilizando a partir de outubro de 2023), as unidades da AP 3.2 já possuíam a rotina de realização dos colegiados gestores em seus territórios. O prontuário eletrônico permite 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	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Rotatividade (turnover)	≤5	0.91	OUT	NOV	DEZ
de profissionais nas			1,99	0,78	0,70





equipes de saúde da família.

Cálculo do Indicador: [(Nº de profissionais substituídos + nº de profissionais admitidos) /2] / Nº total de profissionais ativos no período.

Fonte: CNES

Periodicidade da avaliação: Trimestral

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

Indicador	Meta	Resultado Janeiro	Resultados Anteriores		
Nº de crianças e			OUT	NOV	DEZ
gestantes					
beneficiárias do CFC	Jan 20%				
acompanhadas no	Dez 90%	2,35%			
período pelo total de	Nov 80%	,	91,59%	85,71%	98,97%
-	Out 60%				
crianças e gestantes					
beneficiárias.					

Cálculo do Indicador: Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC acompanhados / Nº total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC.

Fonte: Portal SUBPAV

Periodicidade da avaliação: Trimestral

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.

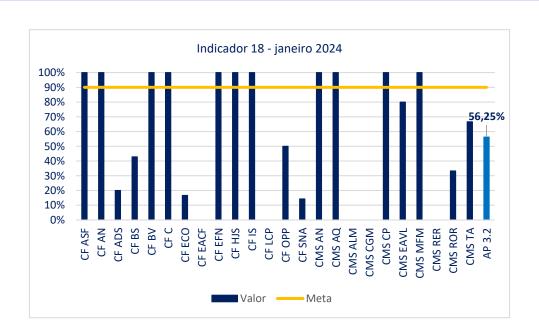


Foram elaborados e implementados pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS instrumentos de monitoramento, visando ao apoio e alcance deste indicador.

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	Resultado Janeiro	Result	ados Ante	eriores
Proporção de escolas e		· · · ·	OUT	NOV	DEZ
creches cobertas na área da UAP	90%	56,25% *	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: -

^{*} Mês não letivo, não será considerado para o trimestre.



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.

No mês de janeiro tivemos período de férias escolares.

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

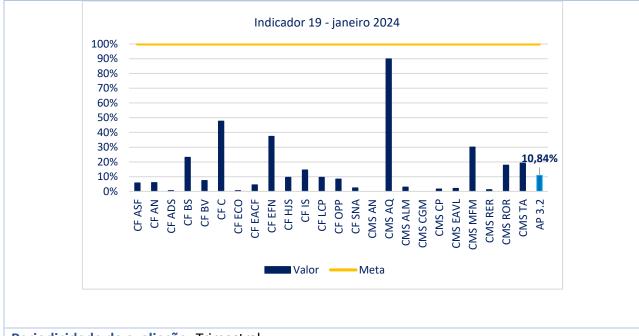
1.1.19 Desempenho Assistencial

Indicador	Meta	Resultado Janeiro	Result	ados Ant	eriores
Proporção de famílias			OUT	NOV	DEZ
com entrega de kits de					
higiene oral entre as	100%	10,84%	4.6.050/	25.240/	40.400/
famílias beneficiárias de			16,85%	36,04%	48,12%
programa de incentivo.					

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

O2: incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária

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

• COMPLETUDE DE CADASTROS

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

Atingimento das metas pelas equipes de Saúde da Família:

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

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

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





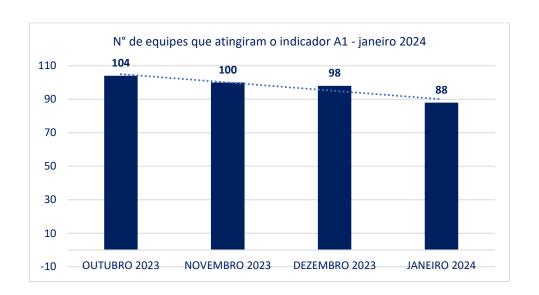
Somente se este percentual for atingido nos três meses do trimestre, as unidades que atingiram as metas de 17 a 20 indicadores terão 100% do repasse. Se não houver 90% de completude das Fichas de Cadastro, o repasse cairá para 50%.

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

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

Caracterizou-se como um espaço potente de trocas, esclarecimento de dúvidas e aproximação entre profissionais da unidade e destes com as equipes de Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS. Atualmente a equipe da DICA da AP 3.2 realiza também um trabalho de qualificação dos cadastros junto às unidades da área.

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

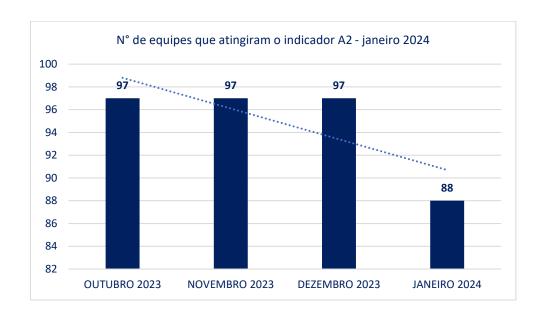






No período avaliado, vinte e quatro equipes não conseguiram atingir a nova meta de consultas diretas com médicos de família (>70%). Isso se deve à falta de profissionais, férias e licenças médicas.

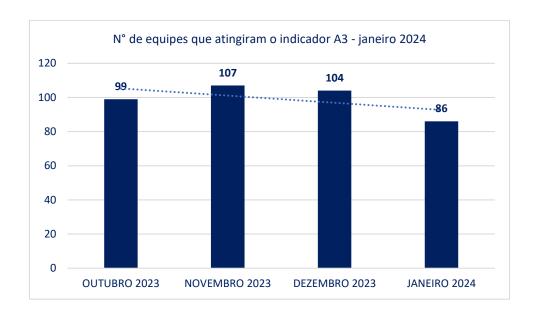
2.1.2 Indicador A2 — Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.



É notável que no mês de janeiro 24 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, a organização do processo de trabalho pode afetar o desempenho.

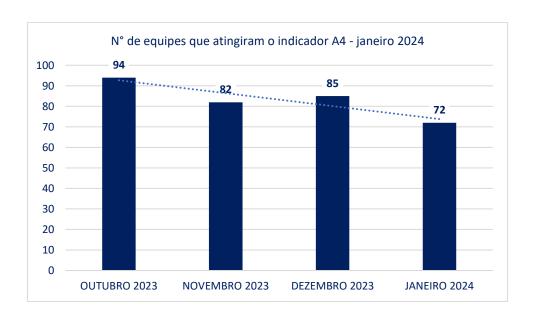
2.1.2 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.





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.

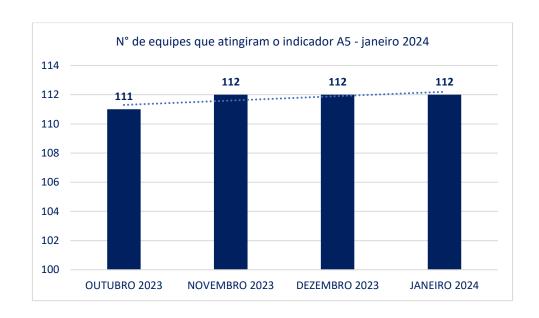
2.1.4 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.



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.



Nota-se estabilidade no alcance deste indicador. Desde novembro de 2023 todas as 112 equipes do território alcançaram a meta estabelecida.

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

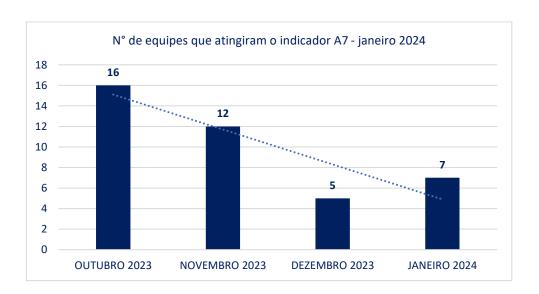






No mês de janeiro de 2024 observamos uma discreta diminuição no número de equipes que atingem este indicador. Para as 13 equipes que não alcançaram a meta, foi fornecido feedback para auxiliar na reorganização do processo de trabalho. Foram sugeridos o uso de recursos disponíveis, como os celulares das 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 observar uma discreta redução no número de equipes que alcançam este indicador nos últimos 2 meses. Com o segundo termo aditivo, 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
	N° de primeiras consultas odontológicas	N° de primeiras consultas odontológicas
Numerador	programáticas realizadas nos últimos 3	programadas realizadas nos últimos 3
	meses	meses





Denominador	População cadastrada na área da	População cadastrada na unidade
	unidade x (n° de eSB ÷ n° de eSF)	i opulação cadastrada na unidade

Essa alteração faz com que o denominador apresente números maiores e demandará maior observância e planejamento por parte das equipes.

Em janeiro apenas 7 equipes alcançaram o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica. As unidades estão em processo de adaptação quanto ao novo cálculo.

A coordenação de Saúde Bucal do IDEIAS vem realizando encontros com a linha de cuidado da CAP 3.2 e com os profissionais das unidades de saúde. 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.



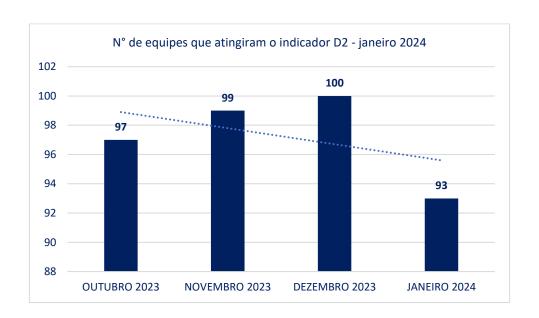
Desde o 3° trimestre de 2023 a equipe Magalhães Castro, da CF Anna Nery, é a única da área a alcançar este indicador.

Foi pactuado entre equipes e gestão (CAP e Supervisão de Território) a implementação de estratégias que visam ampliar o acesso à coleta de exames preventivos. As unidades de saúde promovem ações fora de



seus espaços habituais e intensificam a oferta desses exames, buscando aumentar a adesão e a realização dos exames preventivos entre as mulheres da faixa etária estabelecida. Foram definidas metas escalonadas por equipe. 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.

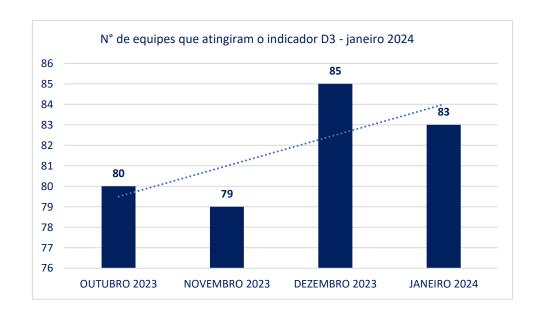
2.1.9 Indicador D2 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses.



Observa-se que no mês de janeiro de 2024, 93 equipes alcançaram o indicador. Entretanto, algumas equipes, todas pertencentes à unidade CMS Eduardo Vilhena Leite, apresentaram índices inferiores a 60%. Diante dessa constatação, a equipe de gestão do projeto - IDEIAS - tem fornecido feedback aos gestores das unidades afetadas. A gestora da unidade CMS Eduardo Vilhena Leite foi orientada a elaborar um plano de ação específico para melhorar o acesso às consultas para pacientes diagnosticados com diabetes. Tais estratégias de intervenção são essenciais para aprimorar o processo de atendimento e assegurar um cuidado mais eficaz aos pacientes com essa condição 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.



Durante o mês de janeiro de 2024 foi observada estabilidade no indicador em comparação com o mês anterior. Sete equipes apresentaram índices abaixo de 60%. Essas equipes estão distribuídas em diferentes unidades de saúde, incluindo CMS Vilhena Leite, CF Herbert de Souza, CF Erivaldo Fernandes, CMS Carlos Gentile e CMS Antenor Nascentes.

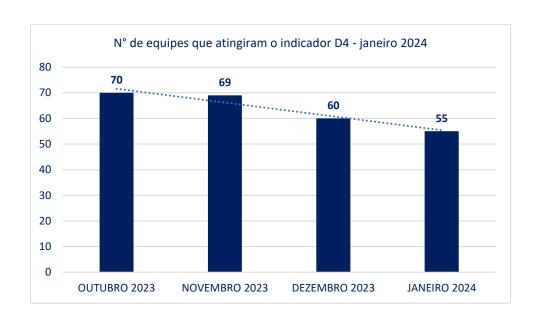
Para enfrentar os desafios identificados nessas unidades de saúde, essas equipes serão consideradas prioritárias durante as visitas institucionais da linha de cuidados de doenças crônicas. A supervisão de território desempenhará um papel fundamental na elaboração de uma matriz de intervenção direcionada, concentrando-se na melhoria dos indicadores nessas unidades específicas

Essa abordagem visa oferecer atenção especial e estratégias específicas para melhorar o acompanhamento e o cuidado adequado para pessoas diagnosticadas com hipertensão, com o objetivo de 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.

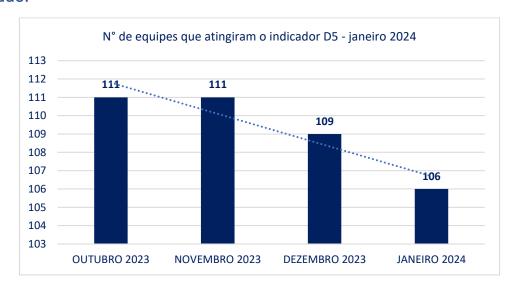


Observa-se certa estabilidade no número de equipes que conseguiram atender ao indicador referente ao Percentual de crianças com até 2 anos e com o cartão de vacinas atualizado, totalizando 55 equipes que alcançaram a meta estabelecida. Entretanto, as unidades de saúde que apresentaram maior fragilidade 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.

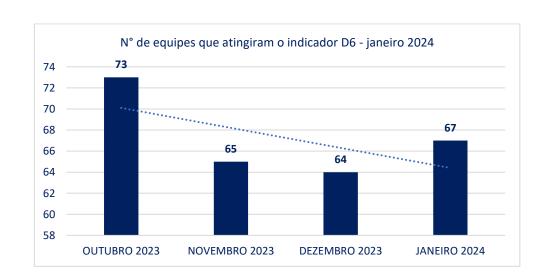


2.1.12 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.



No mês de janeiro, 106 equipes conseguiram atingir o indicador que avalia o Percentual de crianças até 6 anos com cartões de vacinação atualizados, evidenciando um alto desempenho. A Supervisão de Território promoveu sessões de feedback com as 6 equipes, visando estabelecer planos de ação. Esses planos buscam intervenções e melhorias nos processos de trabalho, utilizando recursos como a gestão de listas 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.



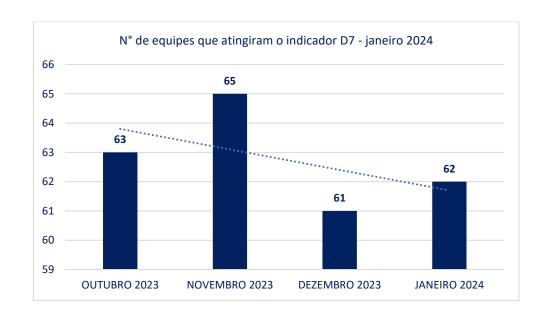




Em janeiro houve um leve aumento no número de equipes que atingiram o indicador de consultas de prénatal no primeiro trimestre da gravidez, em comparação com dezembro. Destaca-se que o uso das listas de gestão desempenhou um papel fundamental na melhoria desse indicador.

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 janeiro, praticamente o mesmo número de equipes atingiram o indicador em comparação a dezembro. No período analisado neste relatório, 62 equipes de saúde da família conseguiram atingir a meta estabelecida para esse indicador.

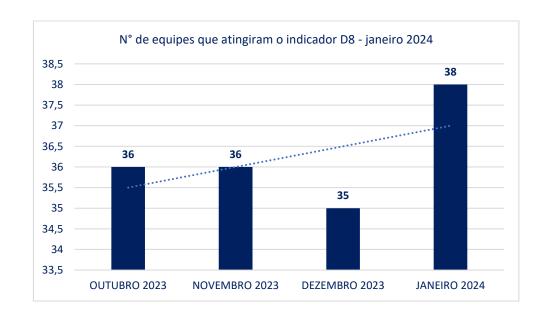
A equipe de Supervisão de Território tem conduzido feedbacks com as unidades que apresentaram maiores fragilidades nesse indicador. O objetivo é identificar estratégias e implementar ações direcionadas para a melhoria nessas unidades. Essa abordagem busca compreender as razões por trás da queda no cumprimento 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.



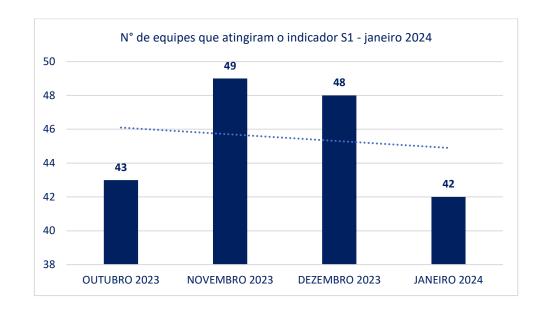
Em janeiro, o número de equipes que alcançaram o indicador que avalia a proporção entre tratamentos odontológicos finalizados e primeiras consultas odontológicas programáticas obteve leve aumento, com 38 equipes alcançando essa métrica.

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, realizará 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".



Analisando o resultado do mês de janeiro, podemos observar uma discreta redução no número de equipes que alcançaram este indicador.

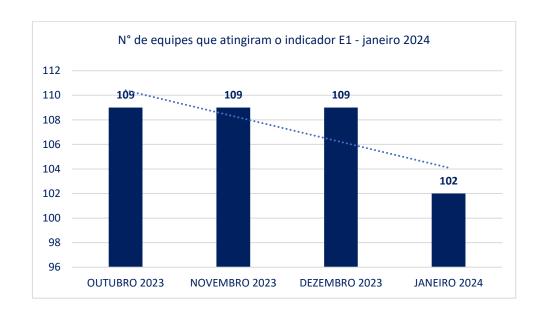
Podemos destacar como desafios: a instabilidade do funcionamento do aplicativo e o mal uso do tablet em algumas unidades. A Supervisão de Território tem realizado visitas nas unidades estimulando o uso do tablet como ferramenta de gestão e reforçando junto às equipes sua importância, orientando a visita 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.

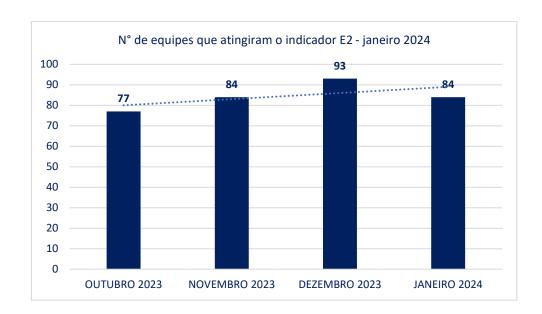


Em janeiro, observa-se uma discreta queda no número de equipes que atingiram este indicador. Apenas 10 equipes não conseguiram atingir a meta estabelecida. Das 10 equipes que não alcançaram, 2 ultrapassaram o valor estipulado e 8 estavam sem profissional médico (férias ou vacância) durante o período. Essa ausência impactou diretamente na capacidade das equipes de atenderem ao indicador, ressaltando a necessidade de estratégias para lidar com ausências eventuais e garantir a continuidade e eficiência nos serviços prestados.

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.

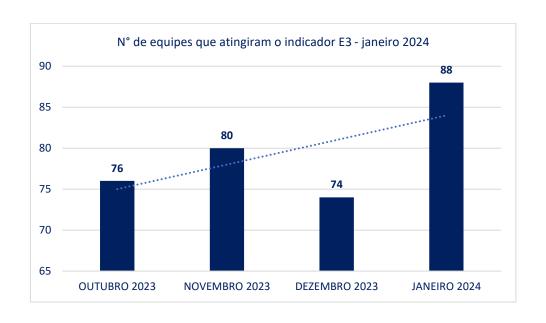
2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.





No mês de janeiro 84 equipes conseguiram alcançar o 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.





Durante a análise do desempenho das equipes em janeiro pelo indicador E3, foi observado aumento na quantidade de equipes que alcançaram a meta, em comparação a dezembro. 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, 88 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. A quantidade de "Lacunas de Cuidado (LC)" - peso de cada grupo - 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.

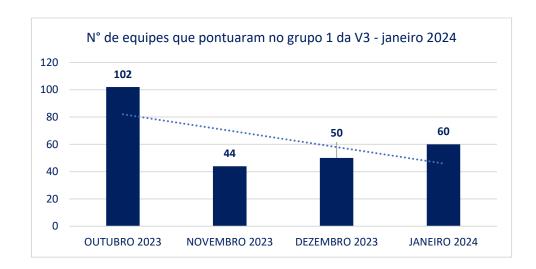
A remuneração por desempenho será calculada pela quantidade de LC alcançadas pela equipe. Incide apenas para os profissionais das equipes mínimas da farmácia (farmacêutico e técnico de farmácia), gerente técnico, Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de Saúde Bucal (cirurgião dentista, TSB e ASB).

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:

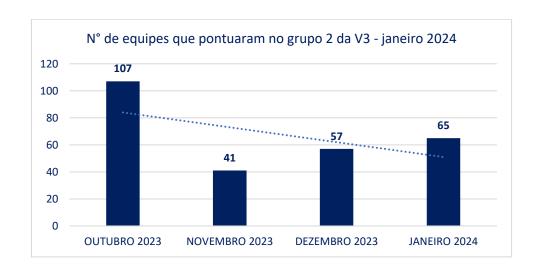
GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO			
01	Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU			
02	Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino			
03	Acompanhamento de uma gravidez			
04	Acompanhamento anual de uma criança, no primeiro ano de vida	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



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 um aumento nesse indicador comparado aos dois meses anteriores. No período, 60 equipes pontuaram no grupo.

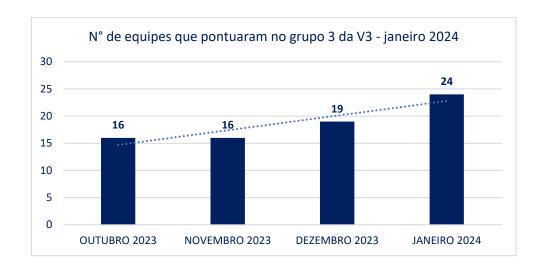


No **Grupo 02 (G2), 'Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino'**, nota-se um aumento no número de equipes pontuando. A busca ativa por mulheres na idade alvo da prevenção do câncer de colo de útero tem sido uma prioridade de trabalho para as equipes de saúde da família da AP 3.2.



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. Observa-se um discreto aumento no número de equipes pontuando neste grupo, passando de 19, em dezembro de 2023, a 24 equipes em janeiro de 2024.



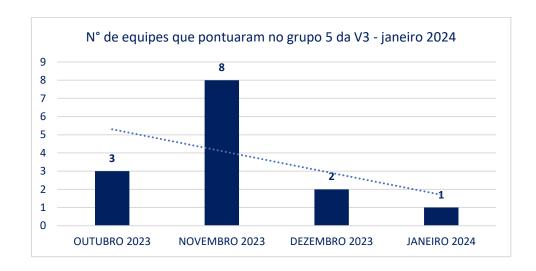


Grupo 04 (G4), 'Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano'. Para este grupo de ação, a primeira condição é que a criança tenha completado um ano de vida no período analisado. Para fins de contabilização neste indicador, a realização do teste do pezinho deve ser entre o 2° e 5° dias de vida, e não mais entre o 2° e 7° dias como no aditivo anterior.

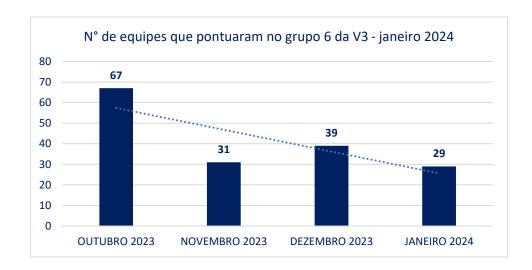


Grupo 05 (G5), 'Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano'. Para este grupo de ação, a primeira condição é que a criança tenha completado dois anos de vida no período analisado. Apenas uma equipe conseguiu pontuar neste grupo no mês de janeiro de 2024.





Grupo 06 (G6), 'Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano'. Observa-se que 29 equipes pontuaram neste grupo no período avaliado.

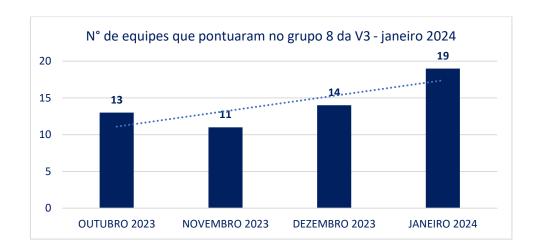


Grupo 07 (G7), 'Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano'. Este grupo tem apresentado bons resultados, onde 100% das equipes da área pontuam.



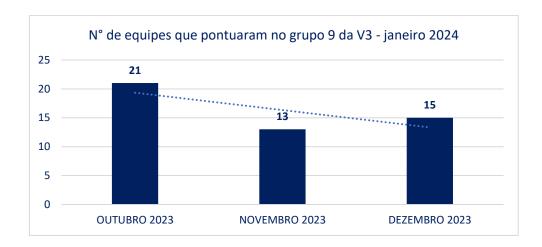


O **Grupo 08 (G8), 'Acompanhamento anual de uma pessoa idosa'**, é um grupo de ações novo na parte variável 3 e chama atenção para a discussão sobre a saúde da pessoa idosa, que tem se intensificado por vários motivos, refletindo mudanças demográficas, avanços no cuidado em saúde e uma maior conscientização sobre as necessidades específicas dessa população.

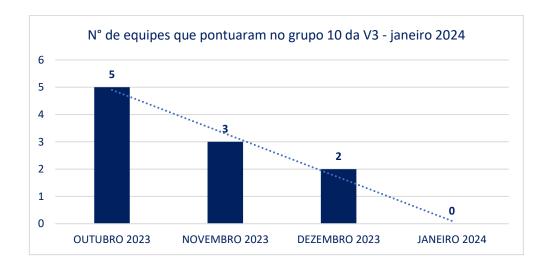


Grupo 09 (G9), 'Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose'. Nota-se que 15 equipes pontuaram algum usuário neste grupo de ações.





Grupo 10 (G10), 'Acompanhamento de uma pessoa tabagista'. No mês de janeiro de 2024 não houve equipe pontuando neste grupo, sendo a condição B - Ter realizado pelo menos 6 consultas com código SIGTAP 03.01.01.009-9 ou 03.01.08.001-1, nos últimos 12 meses, podendo ser realizada por médico(a), enfermeiro(a) ou cirurgião(ã) dentista — a menos cumprida pelas equipes. Reforçar-se-á com as unidades sobre a qualificação do acompanhamento a pessoas tabagistas.



Grupo 11 (G11), 'Equipes com Programa de Residência (docente assistencial) que aderiram ao Programa Saúde na Hora (modalidade 75h)'. 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 mês em avaliação, atividades foram realizadas ou contaram com a participação da Gerência de Qualidade e Supervisão de Território. Abaixo, apresentamos alguns detalhes.

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local	
		Resultados			
18/01/2024	Reunião pré CTA	indicadores do 4° trimestre de 2023	CAP e OSS	CAP 3.2	
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS e CAP 3.2				





Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local	
25/01/2024	Curso Introdutório AP 3.2	Contrato de gestão, monitoramento e avaliação de indicadores	Profissionais da AP 3.2	CAP 3.2	
Participantes:	Gerência de Qualidade IDEIAS, CAP 3.2 e profissionais da AP 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.

ANEXO 1 – DECLARAÇÕES COMPROBATÓRIAS DA V1

