



TEIAS 3.2

COORDENADORIA GERAL DE

ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ÁREA DE

PLANEJAMENTO 3.2



RELATÓRIO DE GESTÃO

Contrato de Gestão Nº 007/2021

Abril de 2024

Referência: trimestre janeiro, fevereiro e março de 2024



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 Gestaçã.....	22
1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas.....	23
1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF).....	25
1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores	26
1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes	27
1.1.17 Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	27
1.1.18 Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção e assistência	28
1.1.19 Desempenho Assistencial.....	29
2. PARTE 2.....	31
2.1 Resultado dos Indicadores da Variável 02: incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária	31
2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.....	37
2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.	38
2.1.2 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.	39
2.1.4 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.....	41
2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados.....	42
2.1.6 Indicador A6 – Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.	43
2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática	44
2.1.8 Indicador D1 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.....	46



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.	47
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.	49
2.1.11	Indicador D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.	50
2.1.12	Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.	51
2.1.13	Indicador D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.	53
2.1.14	Indicador D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.	54
2.1.15	Indicador D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.	55
2.1.16	Indicador S1 – Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos.	56
2.1.17	Indicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário.	58
2.1.18	Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.	59
2.1.19	Indicador E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.	60
2.1.20	Indicador E4 - Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG.	61
3.	PARTE 3.....	61
3.1	Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB).	61
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
	EDUCAÇÃO PERMANENTE	74
5.	REFERÊNCIAS.....	75
	ANEXO 1 - DECLARAÇÕES COMPROBATÓRIAS DA V1	76



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 Gentile 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, fevereiro e março de 2024**.

Cabe sinalizar que em 31/01/2022 houve a celebração do 1º 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 2º 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 N° 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: janeiro, fevereiro e março de 2024						
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	1205	97,97%	Sim
			Denominador	1230		
03	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	95%	Numerador	375,34	99,91%	Sim
			Denominador	375,67		
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		100%	Numerador	24	100,00%	Sim



	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)		Denominador	24		
07	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	100%	Numerador	1229,66	100,00%	Sim
			Denominador	1229,66		
08	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	≤ 1	Numerador	1.463.463,11	0,99	Sim
			Denominador	1.473.150,68		
09	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	95%	Numerador	1479	97,37%	Sim
			Denominador	1519		
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	95%	Numerador	607,99	97,38%	Sim
			Denominador	624,33		
11	Proporção de cura de Tuberculose	90%	Numerador	123	87,23%	Não
			Denominador	141		
12	Acompanhamento de Sífilis na Gestação	90%	Numerador	90	42,25%	Não
			Denominador	213		
13	Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas	85%	Numerador	529	75,79%	Não
			Denominador	698		
14	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	90%	Numerador	391889	97,47%	Sim
			Denominador	402080,7		
15	Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	Numerador	24	100,00%	Sim
			Denominador	24		
16	Rotatividade de profissionais nas equipes	≤ 5	Numerador	19	1,64	Sim
			Denominador	1175		
17	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	40%	Numerador	87	61,70%	Sim
			Denominador	141		



18	Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pela eSF e eSB	90%	Numerador	128	100,00%	Sim ²
			Denominador	128		
19	Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	100%	Numerador	10788	98,32%	Não ³
			Denominador	10972		
ALCANCE GERAL DA V1			15 DE 19 INDICADORES		79%	

Fonte dos dados: PEP/VitaCare. Competência: 01/01/2024 a 31/03/2024.

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 Gentile de Mello.

² O mês de janeiro não foi considerado para o cálculo da agregada trimestral por não ser um mês letivo.

³ Este resultado passa por análise de inconsistências. Previsão de alcance da meta após ajustes.

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		
			JAN	FEV	MAR
Proporção de UAP com Comissões de	95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



prontuários mantidas.					
Cálculo do Indicador: N° de unidades com comissões em atividade mensal / N° 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, conseqüentemente, 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 N° SMS-OFI-2023/09330, de 14 de março de 2023.



A partir do primeiro mês do trimestre abordado neste relatório, em resposta a um pedido da CAP 3.2, as atas das reuniões começaram a ser submetidas a uma análise específica pela Gerência de Qualidade IDEIAS. Esta análise tem como objetivo identificar as principais fragilidades apontadas pelas comissões nos processos de cuidado. As fragilidades levantadas são quantificadas e compõem um relatório, que é encaminhado à coordenação de área, contemplando também discussão dos achados e propostas de ações para melhoria dos resultados.

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

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			JAN	FEV	MAR
Proporção de profissionais de saúde cadastradas no SCNES.	95%	97,97%	99,11%	98,38%	96,56%
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		
			JAN	FEV	MAR
Percentual de consultórios com impressora funcionando.	95%	99,91%			
			100,00%	100,00%	99,70%
Cálculo do Indicador: Nº de consultórios assistenciais com impressora disponível e funcionando nas unidades da AP / nº de consultórios assistenciais nas unidades da AP x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: meta alcançada no período em análise.					

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

Neste sentido, o indicador supracitado diz sobre a estrutura para impressão de documentos assistenciais. O IDEIAS trabalha continuamente para manter a qualidade do serviço prestado no que tange à disponibilização de consultórios e salas estratégicas com impressoras funcionando.

1.1.4 Abastecimento regular das unidades

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			JAN	FEV	MAR
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		
			JAN	FEV	MAR
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		
			JAN	FEV	MAR
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 10º 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		
			JAN	FEV	MAR
Proporção de profissionais da eSF e eSB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o envio do resultado de indicadores de	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



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	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.		

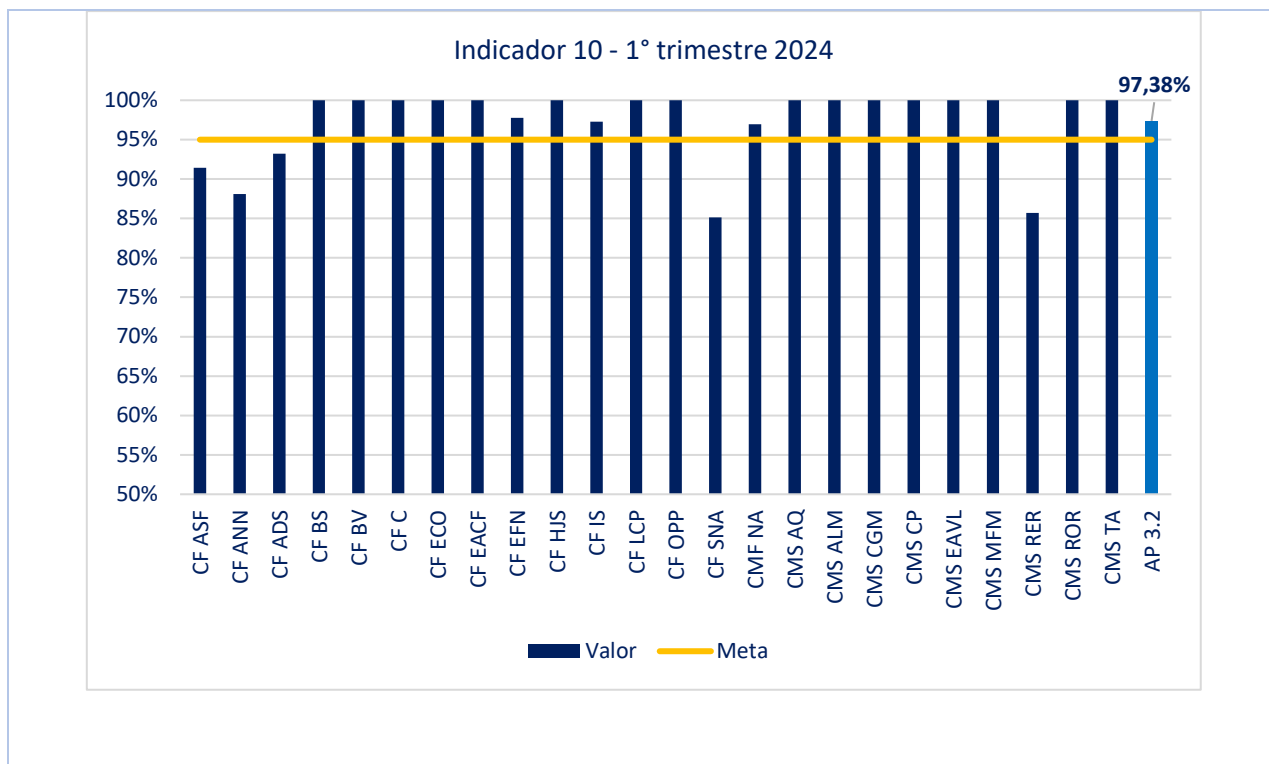


1.1.9 Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS/RJ

Indicador	Meta	Resultado Trimestre
Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS.	95%	97,37%
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		
			JAN	FEV	MAR
Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e serviços prestados.	95%	97,38%	98,38%	97,45%	96,34%
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					



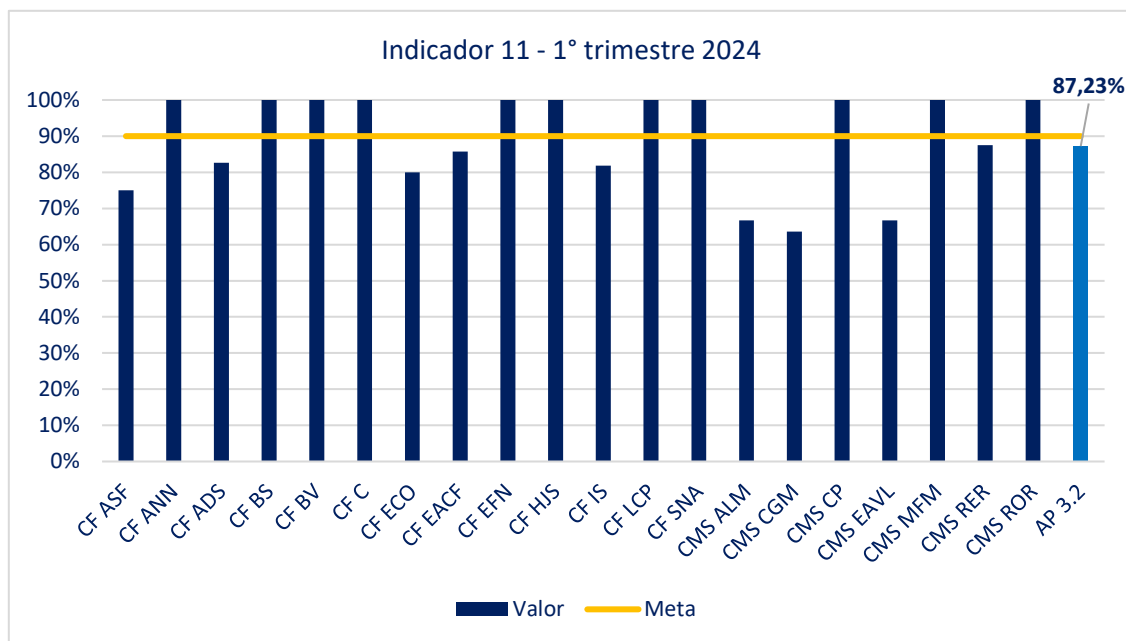
Periodicidade da avaliação: Trimestral

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		
			JAN	FEV	MAR
Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período.	90%	87,23%			
			86,79%	86,49%	87,50%

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 analisados e haverá a comunicação dos mesmos em reunião a acontecer com os envolvidos (gerentes, profissionais e gestão da AP) no trimestre em sequência (abr, mai, jun).

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 e V2. 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, entretanto, formalmente ela é solicitada aos finais dos trimestres. 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 iniciais 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/1yE_3xa4jexz3mmvonmJ1Bd-BS3AK4y5A?usp=sharing. A visualização será liberada quando do primeiro pedido de acesso por esta comissão – através de e-mail institucional.

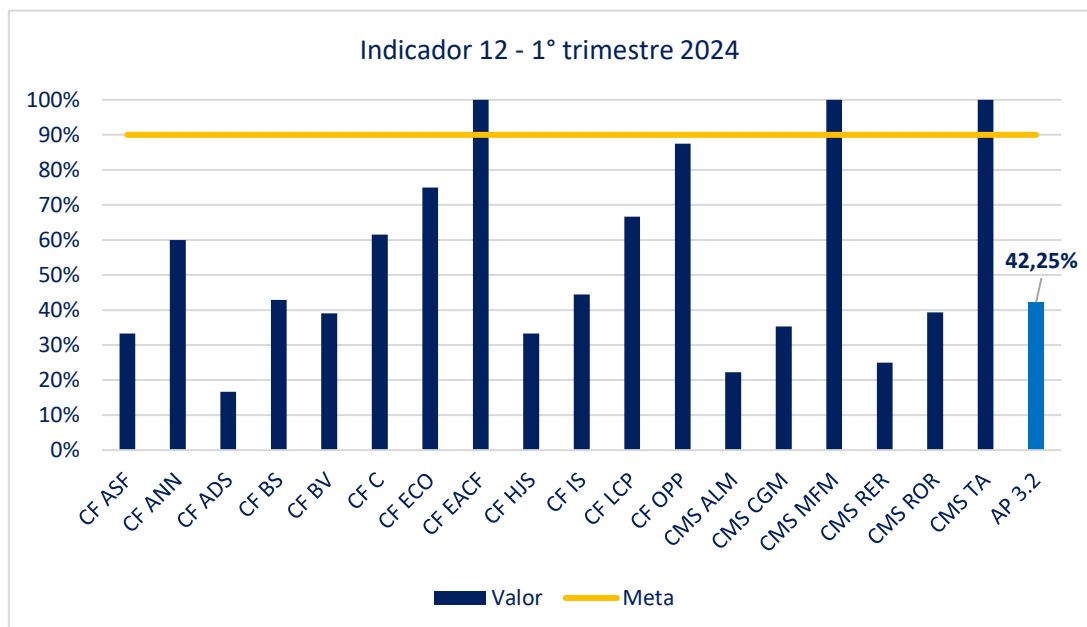
Outra ferramenta criada para apoio foi o grupo de WhatsApp com os enfermeiros pontos focais de Tuberculose das unidades.

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		
			JAN	FEV	MAR
Proporção de notificações de sífilis na gestação com tratamento adequado	90%	42,25%	35,09%	32,43%	44,12%

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 produtos estão sendo analisados e haverá a comunicação dos mesmos em reunião a acontecer com os envolvidos (gerentes, profissionais e gestão da AP) no trimestre em sequência (abr, mai, jun).

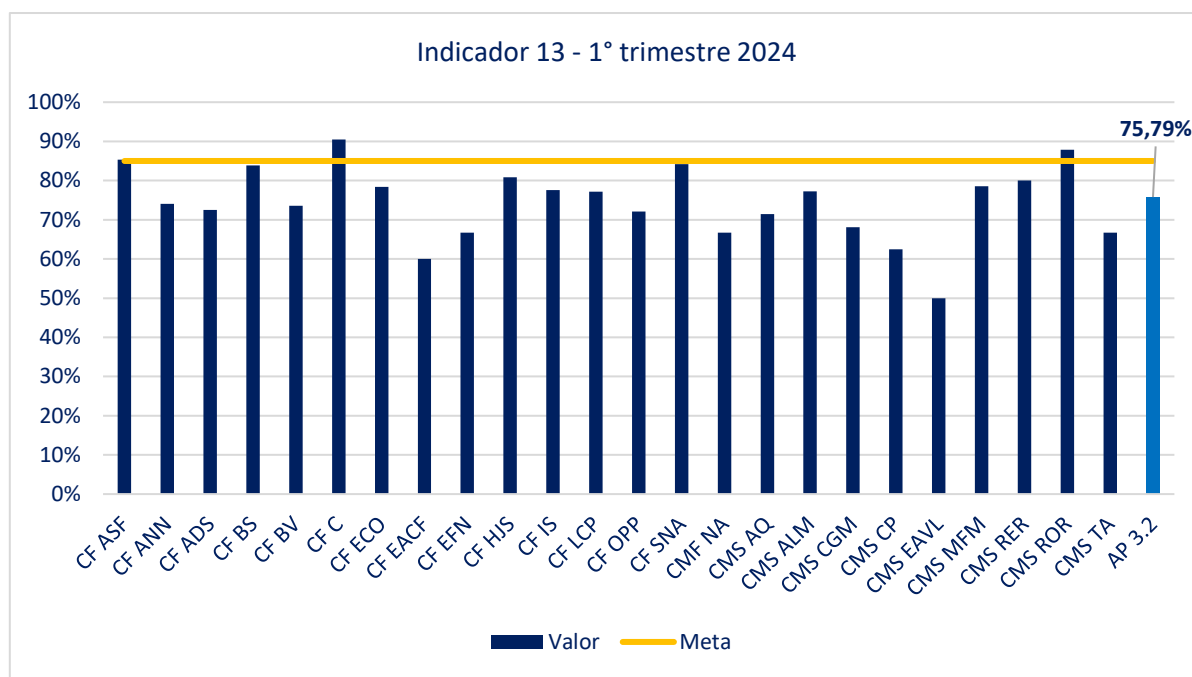
Ao final de todo trimestre de avaliação, levantávamos junto às unidades as justificativas nominais para os indicadores assistenciais da V1 e V2. Desde outubro, após uma pactuação entre Gerentes das UAP e Supervisão de Territórios IDEIAS, em reunião de gerentes, o instrumento para justificativas passou a ficar disponibilizado ao longo de todo o trimestre, para alimentação contínua, entretanto, formalmente ela é solicitada aos finais dos trimestres. 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 iniciais 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/1yE_3xa4jexz3mmvonmJ1Bd-BS3AK4y5A?usp=sharing. 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		
			JAN	FEV	MAR
Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal registradas no PEP.	85%	75,79%	73,85%	73,91%	80,00%

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’. 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 produtos estão sendo analisados e haverá a comunicação dos mesmos em reunião a acontecer com os envolvidos (gerentes, profissionais e gestão da AP) no trimestre em sequência (abr, mai, jun).

Ao final de todo trimestre de avaliação, levantávamos junto às unidades as justificativas nominais para os indicadores assistenciais da V1 e V2. 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, entretanto, formalmente ela é solicitada aos finais dos trimestres. 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 iniciais 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/1yE_3xa4jexz3mmvonmJ1Bd-BS3AK4y5A?usp=sharing. 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		
			JAN	FEV	MAR
Proporção de cadastros definitivos com nº único (CPF)	90%	97,47%	97,36%	97,42%	97,53%
Cálculo do Indicador: Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais / Nº total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais x 100.					
Fonte: PEP Vitacare					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

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

Os cadastros estão em contínuo processo de atualização e adequação.

1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			OUT	NOV	DEZ
Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	100,00%	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					

Este indicador foi recentemente implementado, iniciando-se no trimestre anterior. No entanto, as unidades da AP 3.2 já estão engajadas na realização regular dos colegiados gestores em seus territórios. Este processo é fundamental para promover uma gestão participativa e eficaz das atividades relacionadas à área de atuação.

O prontuário eletrônico desempenha um papel crucial nesse processo, pois permite ao gerente da unidade registrar informações específicas relacionadas aos colegiados gestores. No módulo de cadastro da unidade, o gerente deve registrar se o colegiado gestor está estabelecido, qual a frequência das reuniões e disponibilizar a ata das mesmas.

É importante ressaltar que, para ser considerado um colegiado ativo, é necessário realizar no mínimo uma reunião por mês. Essas reuniões são essenciais para promover a comunicação, a troca de ideias e a tomada de decisões colaborativas entre os membros do colegiado.



As programações de reuniões do colegiado gestor são compartilhadas com líderes comunitários ativos em nosso território.

1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			JAN	FEV	MAR
Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família.	≤5	1,64	0,91	1,36	2,65
Cálculo do Indicador: $[(N^{\circ} \text{ de profissionais substituídos} + n^{\circ} \text{ de profissionais admitidos}) / 2] / N^{\circ} \text{ total de profissionais ativos no período.}$					
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		
			JAN	FEV	MAR
Nº de crianças e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiárias.	Mar 40% Fev 30% Jan 20%	61,70%	2,35%	35,42%	61,70%
Cálculo do Indicador: $N^{\circ} \text{ de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC acompanhados} / N^{\circ} \text{ total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC.}$					

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		
			JAN*	FEV	MAR
Proporção de escolas e creches cobertas na área da UAP	90%	100,00%	JAN*	FEV	MAR
			56,25%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: Nº de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde / Total de escolas da área x 100.					
Fonte: PEP Vitacare					
Periodicidade da avaliação: Mensal					
Nota: -					

* O mês de janeiro não é considerado letivo, portanto, não faz parte do cálculo da agregada trimestral.

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

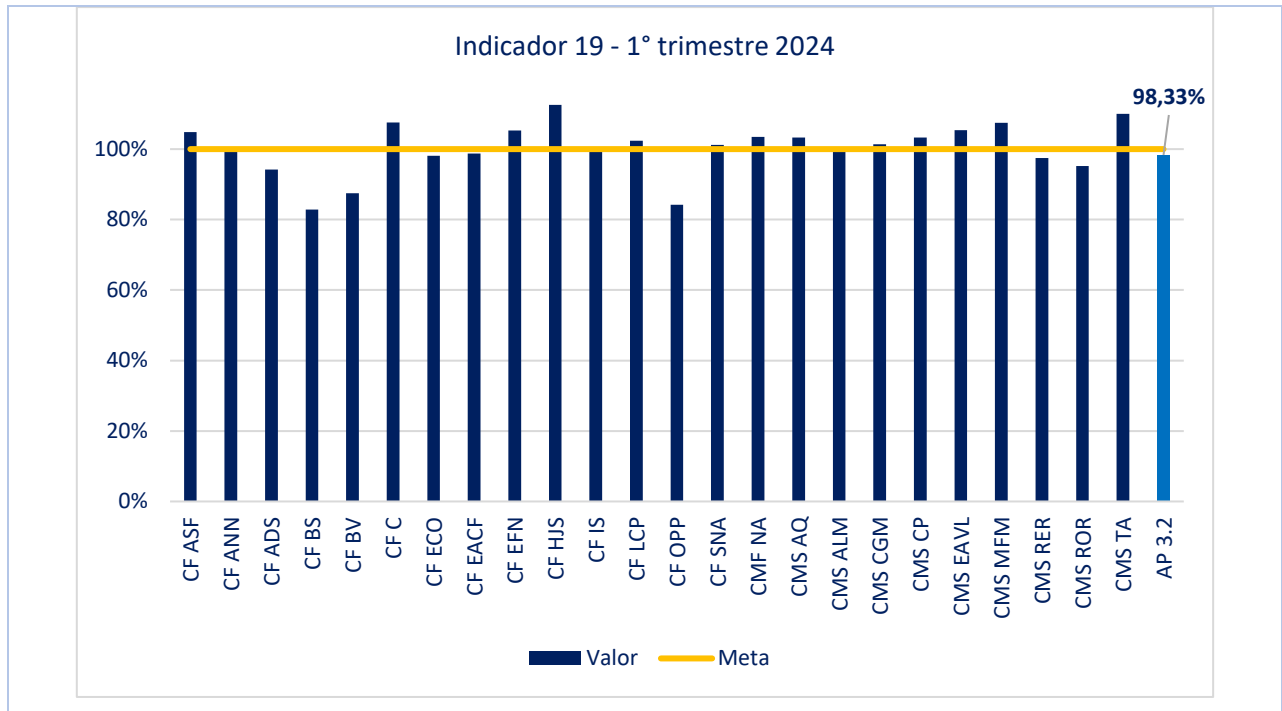


planejamento mensal das atividades a serem realizadas. Este deve acontecer até o 5º dia útil de cada mês. A Gerência de Qualidade IDEIAS acompanha semanalmente este indicador, até mesmo em menor intervalo, sinalizando às unidades e supervisores as escolas que ainda não sofreram ação no mês vigente e 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		
			JAN	FEV	MAR
Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral entre as famílias beneficiárias de programa de incentivo.	100%	98,32%*	10,84%	26,24%	60,30%
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

* Há inconsistências do sistema em algumas unidades que estão interferindo neste resultado. Há chamados para o sistema de Prontuário Eletrônico que até o fechamento deste relatório não haviam sido resolvidos. São as unidades: CF Barbara Starfield (chamado nº 36480); CF Bibi Vogel (chamado nº35446); CF Edney Canazaro de Oliveira (chamado nº 35448); CF Emygdio Alves Costa Filho (chamado nº 35447); e CF Anthidio Dias da Silveira (chamado nº 35545). Foi enviado um ofício (nº194/2024) à empresa de Prontuário Eletrônico solicitando esse ajuste o mais breve possível para que possamos rerepresentar o resultado do indicador a tempo da reunião da CTA referente a este trimestre. Com estes ajustes, a previsão é de que a meta seja alcançada.

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.

Abaixo podem ser visualizados os resultados por unidade:

Unidade	% Cadastros Completos janeiro	% Cadastros Completos fevereiro	% Cadastros Completos março
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	89,24%	90,09%	90,33%
CF ANNA NERY	80,04%	83,04%	84,12%
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	63,02%	65,10%	64,91%
CF BARBARA STARFIELD	33,61%	35,75%	37,89%
CF BIBI VOGEL	25,62%	26,09%	26,39%
CFCARIOCA	81,33%	83,65%	87,04%
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	75,28%	75,77%	75,73%
CF EMYGDIO ALVESCOSTA FILHO	67,15%	68,73%	71,41%
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	31,97%	35,32%	36,10%
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	34,81%	36,14%	36,27%
CF IZABEL DOS SANTOS	72,35%	72,80%	75,07%
CF LUIZ CELIO PEREIRA	47,93%	51,03%	54,07%
CF OLGA PEREIRA PACHECO	70,21%	73,97%	74,51%
CF SERGIO NICOLAU AMIN	39,59%	39,88%	39,90%
CMS ANTENOR NASCENTES	33,41%	34,14%	34,38%
CMS AQUIDABA	0,71%	2,71%	2,90%
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	6,33%	6,59%	6,95%
CMSCARLOS GENTILE DE MELLO	59,46%	60,27%	60,29%
CMSCESAR PERNETTA	13,97%	14,07%	18,04%
CMS EDUARDO A VILHENA	30,47%	31,47%	32,36%

CMS MILTON FONTES MAGARAO	56,25%	60,04%	60,75%
CMS RENATO ROCCO	20,38%	20,70%	20,91%
CMS RODOLPHO ROCCO	54,24%	56,65%	59,27%
CMS TIA ALICE	54,20%	55,75%	55,81%

No trimestre objeto desse relatório, foram **19 equipes** alcançando **até 11 indicadores**; **85** alcançando **de 12 a 16 indicadores**; e **8 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. Portanto, as 19 equipes que ficaram nessa categoria no trimestre são as seguintes:

UNIDADE	EQUIPE	Nº DE INDICADORES ALCANÇADOS
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	FRANCISCO FRAGOSO	11 de 20 indicadores
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	MONTEIRO DA LUZ	11 de 20 indicadores
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	CONCORDIA	10 de 20 indicadores
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	DARCI VARGAS	10 de 20 indicadores
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	FAZENDINHA	9 de 20 indicadores
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	MIGUEL ANGELO	11 de 20 indicadores
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	PONTILHAO	8 de 20 indicadores
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	VIUVA CLAUDIO	11 de 20 indicadores
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	HERMINIA	10 de 20 indicadores
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	MARILIA DIRCEU	11 de 20 indicadores
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	PRACA AVAI	9 de 20 indicadores
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	MARACA	10 de 20 indicadores
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	SILVA VALE	11 de 20 indicadores
CF OLGA PEREIRA PACHECO	PAULO PIRES	10 de 20 indicadores
CMS EDUARDO A VILHENA	HENRIQUE SCHEID	10 de 20 indicadores
CMS EDUARDO A VILHENA	PIAUI	9 de 20 indicadores
CMS MILTON FONTES MAGARAO	BORJA REIS	10 de 20 indicadores
CMS MILTON FONTES MAGARAO	SANTOS TITARA	10 de 20 indicadores
CMS RENATO ROCCO	AIRES CASAL	9 de 20 indicadores

Portanto, **nenhuma equipe das 8 unidades a seguir será contemplada com repasse** no trimestre avaliado, totalizando **42 equipes** de Saúde da Família: CF Amelia dos Santos Ferreira, CF Anthidio Dias da Silveira, CF Erivaldo Fernandes Nobrega, CF Herbert Jose de Souza, CF Olga Pereira Pacheco, CMS Eduardo Araújo Vilhena, CMS Milton Fontes Magarão E CMS Renato Rocco.

Após a aplicação do critério acima, **restaram 70 equipes com repasse previsto**, estando classificadas na seguinte categoria:

- 25% de repasse, ou seja, R\$ 750,00 para cada equipe: as 70 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 cada um dos meses do trimestre.

Segue a tabela com as especificações de cada equipe e valor previsto de V2 a ser repassado para a AP no trimestre avaliado. Em destaque, para fins de conhecimento, as equipes que atingiram 17 ou mais indicadores:

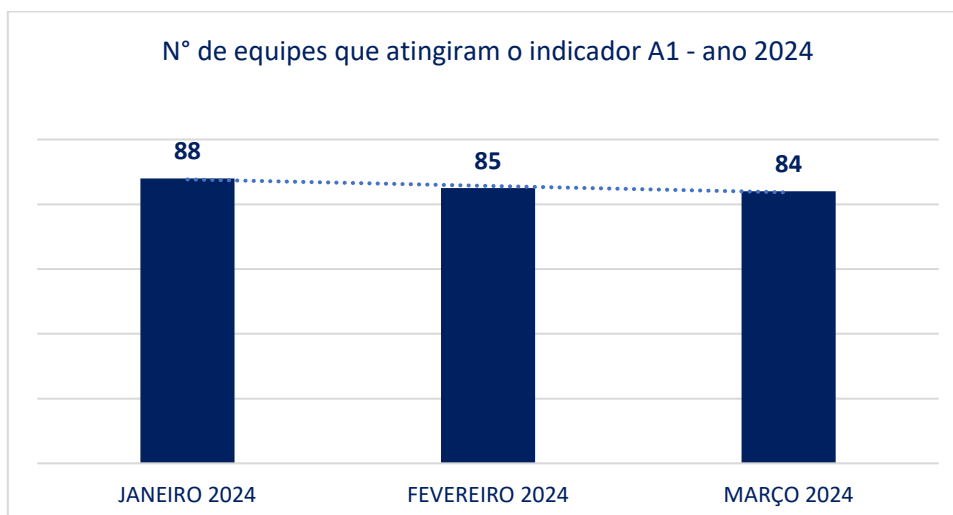
UNIDADE	EQUIPE	Nº DE INDICADORES ALCANÇADOS	VALOR A SER REPASSADO
CF ANNA NERY	ALMIRANTE ARY PARREIRAS	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	CAMBORIU	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	DR GARNIER	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	JOSE FELIX	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	MAGALHAES CASTRO	18 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		
CF BARBARA STARFIELD	DARKE DE MATOS	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	DOMINGOS DE MAGALHAES	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	FELIX FERREIRA	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	PIRES DE CARVALHO	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	VOLTA GRANDE	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		
CF BIBI VOGEL	ADHEMAR BEBIANO	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	CANITAR	12 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	HORTOLANDIA	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00
	MALACACHETA	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00

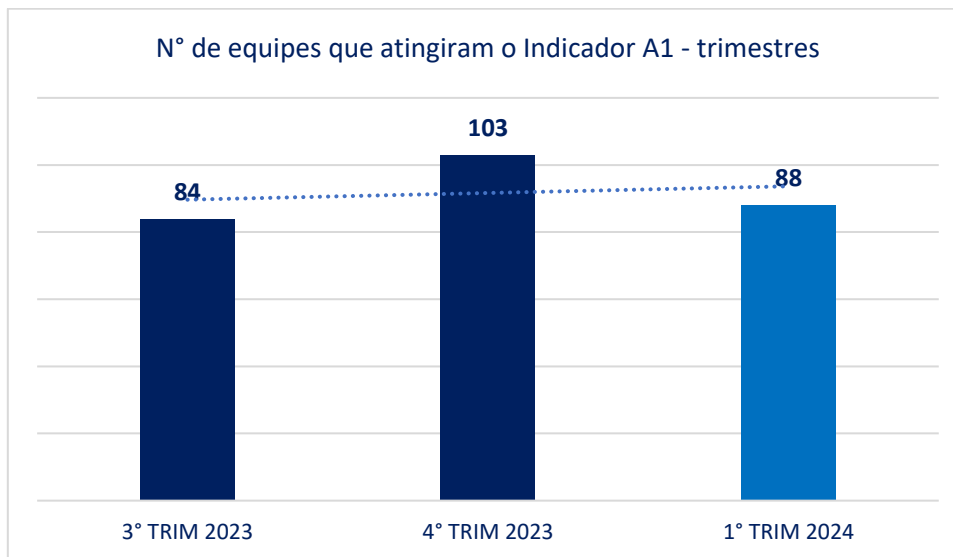
	MANUEL MAURICIO	15 de 20 indicadores	R\$	750,00
	MARECHAL CASTELO BRANCO	13 de 20 indicadores	R\$	750,00
	MOREIA	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		R\$	5.250,00
CF CARIOCA	BERGAMO	17 de 20 indicadores	R\$	750,00
	ITAPOA	15 de 20 indicadores	R\$	750,00
	MOGI MIRIM	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		R\$	2.250,00
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	ALZIRA VALDETARO	12 de 20 indicadores	R\$	750,00
	BELA VISTA	12 de 20 indicadores	R\$	750,00
	CERQUEIRA LIMA	15 de 20 indicadores	R\$	750,00
	CONSELHEIRO JOBIM	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	MANOEL MIRANDA	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	SAO PAULO	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		R\$	4.500,00
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	AGUIA DE OURO	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	ALVARO DE MIRANDA	17 de 20 indicadores	R\$	750,00
	ENGENHO	15 de 20 indicadores	R\$	750,00
	MAJOR ADERBAL COSTA	15 de 20 indicadores	R\$	750,00
	MARIO BAHIA	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		R\$	3.750,00
CF IZABEL DOS SANTOS	CEU AZUL	13 de 20 indicadores	R\$	750,00
	DOIS DE MAIO	15 de 20 indicadores	R\$	750,00
	ENGENHO NOVO	17 de 20 indicadores	R\$	750,00
	POLONIA	16 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VEIGA BASTOS	12 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		R\$	3.750,00
CF LUIZ CELIO PEREIRA	ABOLICAO	17 de 20 indicadores	R\$	750,00
	CASEMIRO DE ABREU	16 de 20 indicadores	R\$	750,00

	COIMBRA DA LUZ	18 de 20 indicadores	R\$	750,00
	FERNANDO SIMONI	17 de 20 indicadores	R\$	750,00
	MACEDO BRAGA	13 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		R\$	3.750,00
CF SERGIO NICOLAU AMIN	BAMBORE	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	CHAVES PINHEIRO	16 de 20 indicadores	R\$	750,00
	CONFEDERACAO SUICA	15 de 20 indicadores	R\$	750,00
	MANET	12 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VASCO DA GAMA	16 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		R\$	3.750,00
CMS ANTENOR NASCENTES	PROF ANTENOR NASCENTE	13 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		R\$	750,00
CMS AQUIDABÃ	BOCA DO MATO	13 de 20 indicadores	R\$	750,00
	MARANHÃO	12 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		R\$	1.500,00
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	EMBOABA	12 de 20 indicadores	R\$	750,00
	JOAO RIBEIRO	15 de 20 indicadores	R\$	750,00
	LORENA	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	TEOPHILO DIAS	13 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		R\$	3.000,00
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	ARAUJO LEITAO	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	BARAO DO BOM RETIRO	15 de 20 indicadores	R\$	750,00
	BICUIBA	13 de 20 indicadores	R\$	750,00
	DONA ROMANA	16 de 20 indicadores	R\$	750,00
	ENCONTRO	13 de 20 indicadores	R\$	750,00
	MIGUEL GALVAO	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VALOR TOTAL A SER REPASSADO		R\$	4.500,00
CMS CESAR PERNETTA	HERMENGARDA	15 de 20 indicadores	R\$	750,00
	LOPES DA CRUZ	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	VENCESLAU	15 de 20 indicadores	R\$	750,00

		VALOR TOTAL A SER REPASSADO	R\$	2.250,00
CMS RODOLPHO ROCCO	AMARO HAMATI	13 de 20 indicadores	R\$	750,00
	LAGO VERDE	13 de 20 indicadores	R\$	750,00
	PERIANTA	13 de 20 indicadores	R\$	750,00
	SANTA LUZIA	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	TIMBO	13 de 20 indicadores	R\$	750,00
	TURIMA	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
			VALOR TOTAL A SER REPASSADO	R\$
CMS TIA ALICE	24 DE MAIO	14 de 20 indicadores	R\$	750,00
	SAO FRANCISCO XAVIER	15 de 20 indicadores	R\$	750,00
			VALOR TOTAL A SER REPASSADO	R\$
VALOR TOTAL A SER REPASSADO AP 3.2			R\$	52.500,00

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



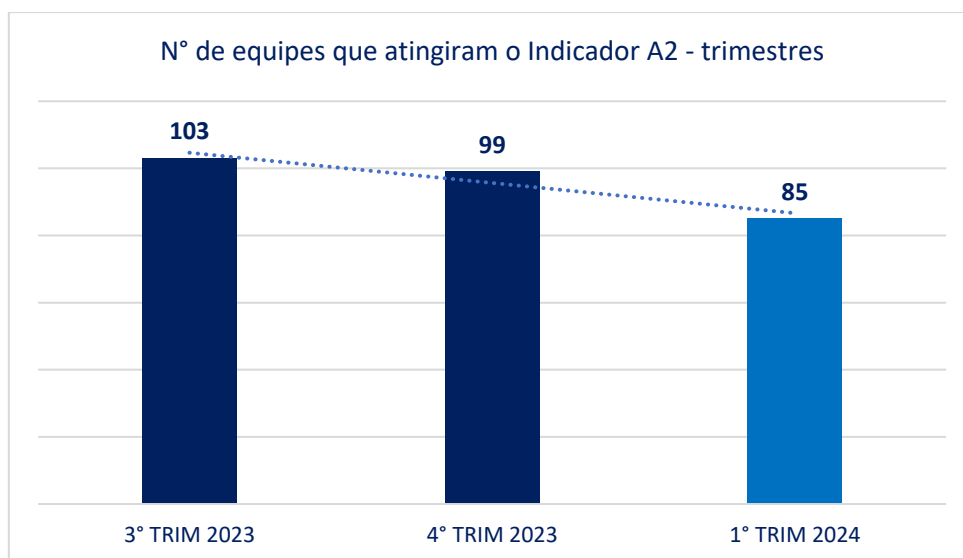
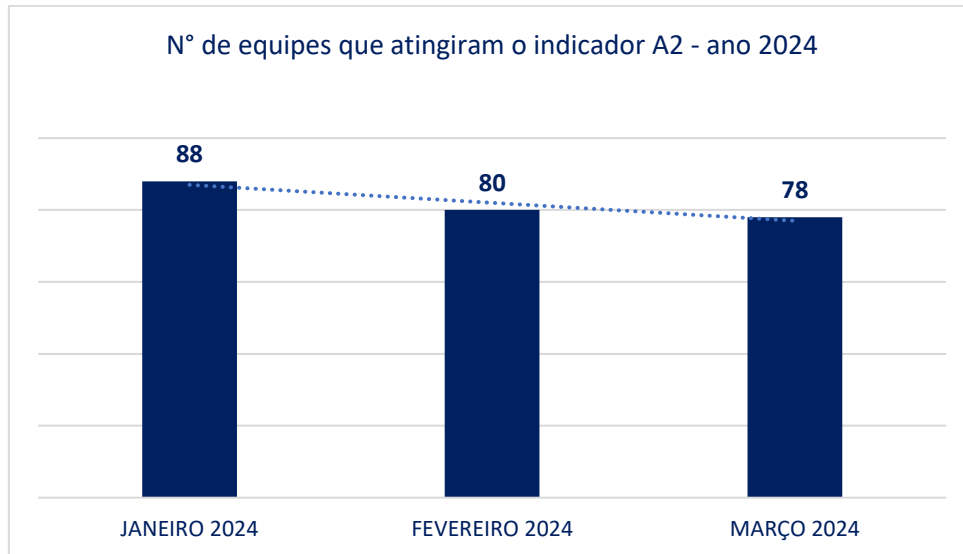


No trimestre em análise, foi constatado que 24 equipes não conseguiram alcançar a nova meta estabelecida para consultas diretas com médicos de família. Esse resultado negativo pode ser atribuído a diversos fatores, incluindo a escassez de profissionais disponíveis, a ocorrência de férias e licenças médicas durante o período.

Uma fragilidade observada neste trimestre é a alta rotatividade dos profissionais médicos, o que impacta diretamente na continuidade e na qualidade dos serviços prestados. A entrada e saída frequente de médicos nas especialidades compromete a estabilidade das equipes e dificulta a manutenção de um atendimento consistente e eficaz.

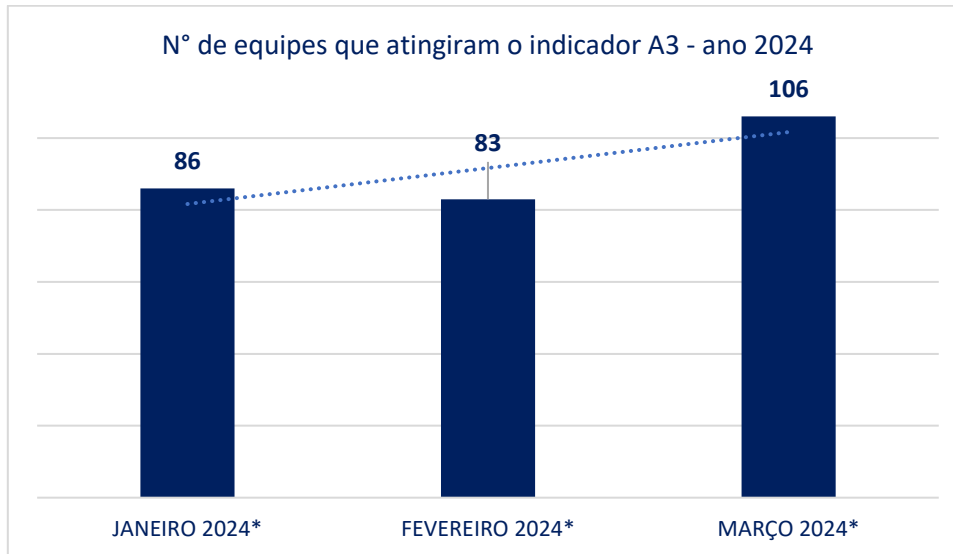
Essa instabilidade no quadro de profissionais médicos pode afetar significativamente o desempenho das equipes e a capacidade de cumprir as metas estabelecidas. É fundamental abordar essa questão de forma estratégica, buscando soluções que minimizem os efeitos da rotatividade e promovam uma gestão mais estável e sustentável dos recursos humanos na área da saúde.

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

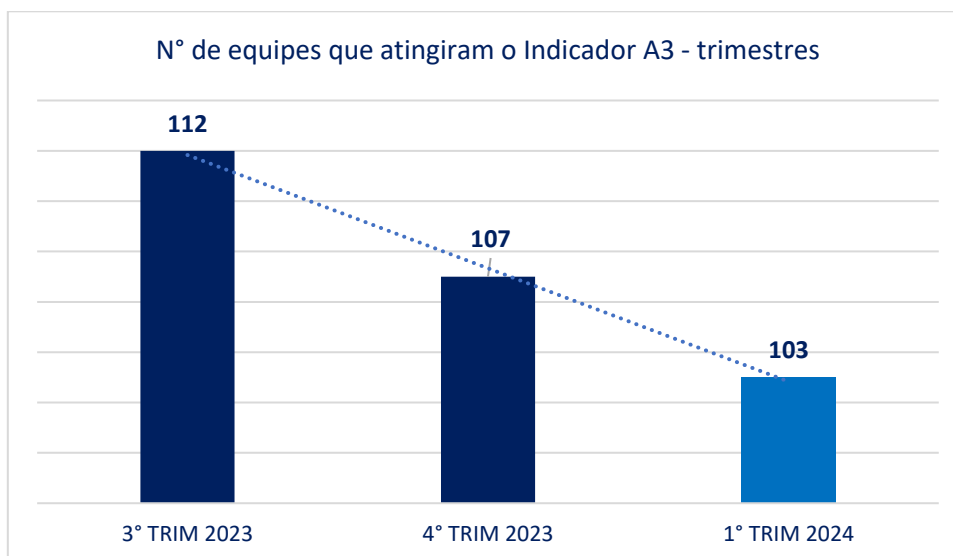


No trimestre 27 equipes não atingiram o indicador e, embora possa haver influência das vacâncias médicas ou das férias dos profissionais, outras variáveis também devem ser consideradas para compreender completamente essa diferença. A ausência temporária de membros da equipe de saúde devido a licenças ou períodos de folga pode afetar o desempenho.

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



* Metas mensais parciais (120 visitas).



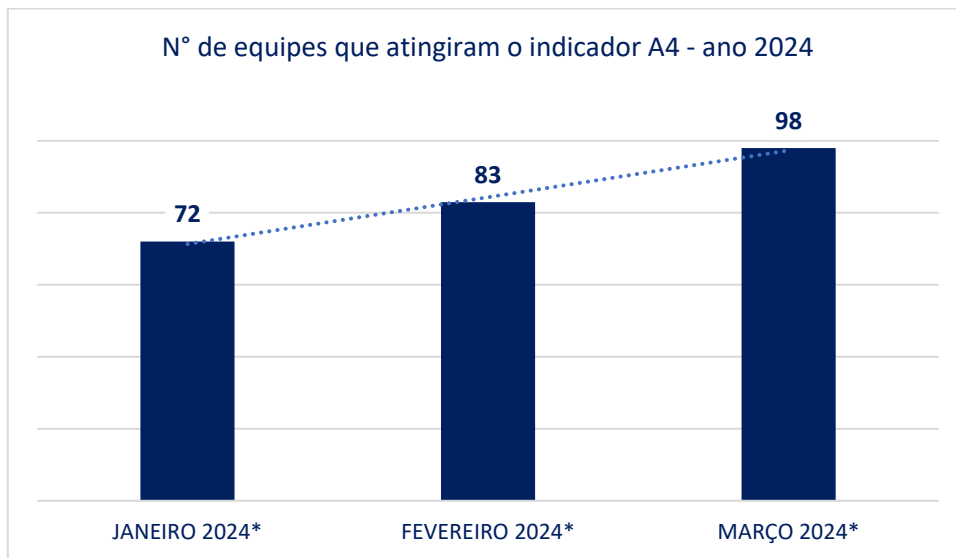
No trimestre em análise, observamos uma melhora no número de equipes que conseguiram alcançar a meta estabelecida para visitas domiciliares. No entanto, ao compararmos com o mesmo período do ano anterior, identificamos uma queda significativa nesse indicador.

Diante desse cenário, a equipe de educação permanente e supervisão do IDEIAS está tomando medidas para enfrentar esse desafio. Uma das ações planejadas é intensificar a padronização das agendas de visita domiciliar, garantindo que haja uma distribuição equitativa das tarefas entre as equipes e uma melhor organização do trabalho.

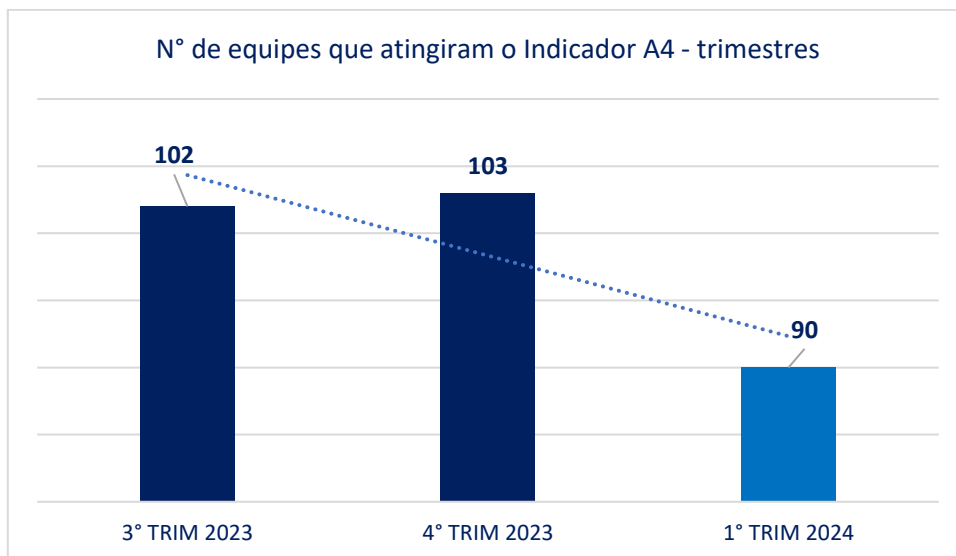
Além disso, será realizado um esforço para estimular os agentes de saúde a realizarem as visitas domiciliares de forma regular e a registrarem adequadamente suas atividades no sistema VitaCare. Isso

inclui ações de capacitação, acompanhamento e incentivo para garantir que as visitas sejam realizadas conforme as diretrizes estabelecidas e que os dados sejam devidamente registrados e monitorados.

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



* Metas mensais parciais (4 grupos).



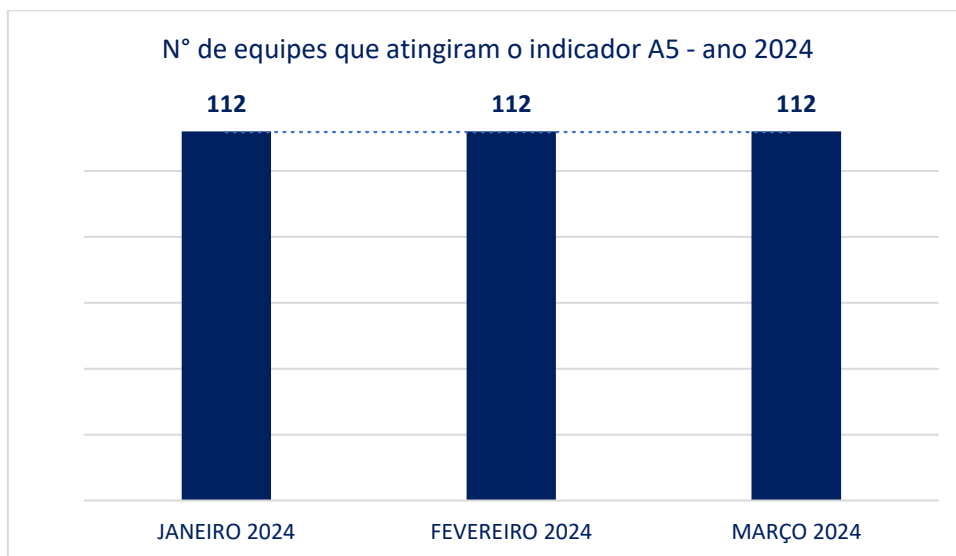
No trimestre atual, observamos uma queda no número de equipes que alcançaram o indicador em comparação com o último período. Em resposta a essa tendência, a equipe de supervisão de território

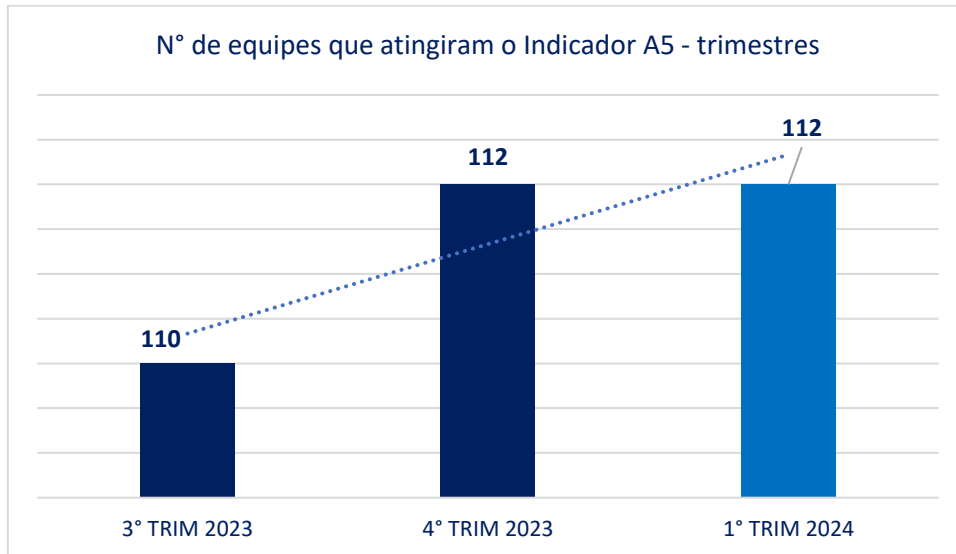
realizou feedback com as equipes e identificou áreas de intervenção para abordar as deficiências encontradas.

Uma das principais ações acordadas foi a sugestão de aumentar as salas de espera e as escalas por equipe, visando melhorar o processo e facilitar a realização dos grupos educativos. Essas medidas têm o objetivo de criar um ambiente mais propício para a participação dos pacientes e, conseqüentemente, contribuir para o alcance das metas estabelecidas.

Além disso, a supervisão de território está estimulando os gestores a realizar grupos educativos padronizados em todas as unidades de saúde. Esses grupos abordam uma variedade de temas, incluindo hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes, tabagismo, planejamento familiar, cuidados durante a gestação e promoção da saúde através da prática de exercícios físicos, como a Academia Carioca.

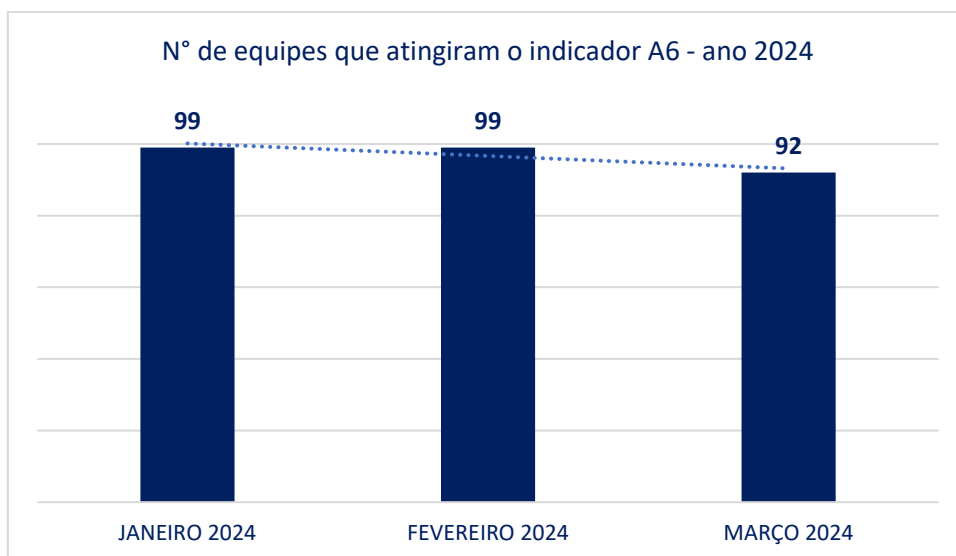
2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados.

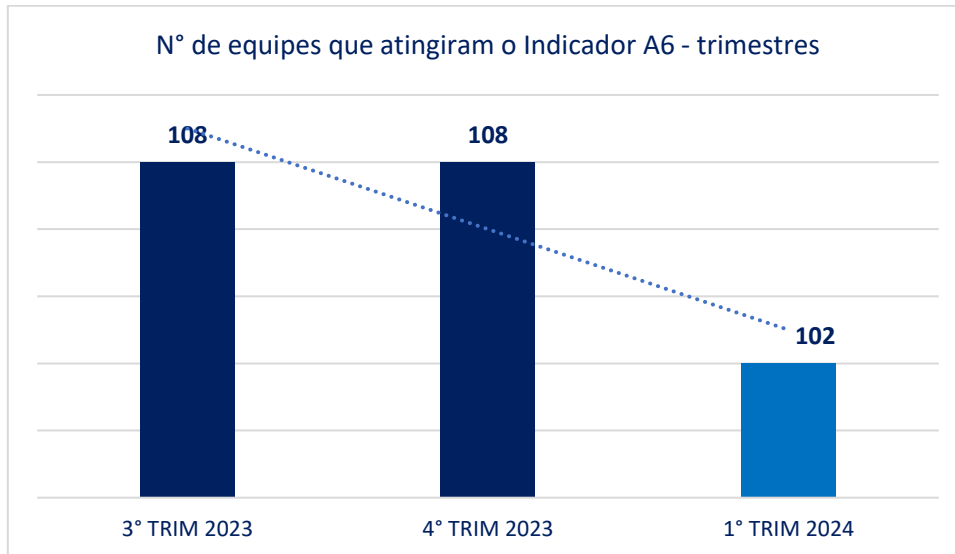




Para a partir do mês de outubro (4º trimestre de 2023), com o novo Termo Aditivo, houve uma mudança neste indicador. Antes eram considerados os itens da carteira de serviços, de forma geral, e agora são consideradas especificamente as “ações estratégicas” da carteira de serviços. A meta também sofreu alterações e passou de 90% para 85%. No trimestre avaliado, todas as 112 equipes do território alcançaram suas metas estabelecidas.

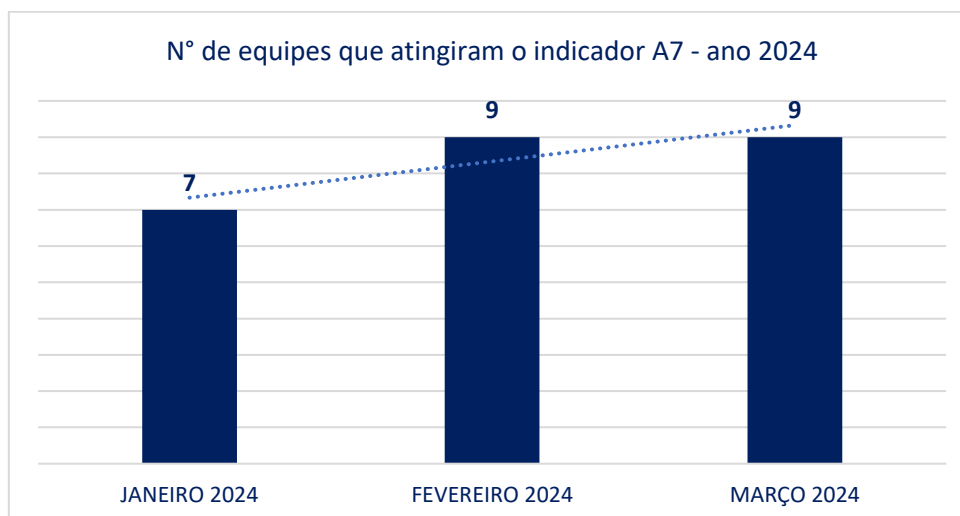
2.1.6 Indicador A6 – Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.

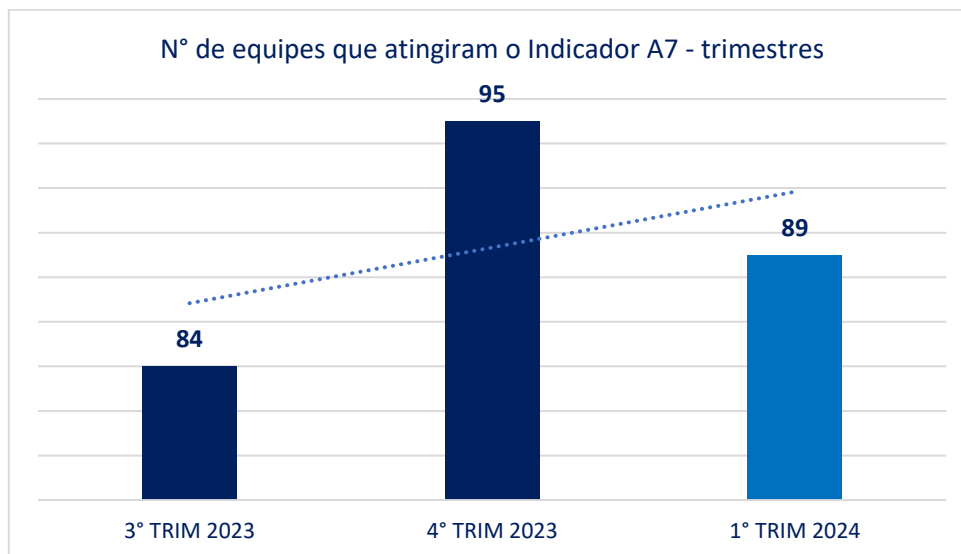




Observa-se que 10 equipes não atingem o indicador de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataformas web. Foi fornecido feedback para auxiliar na reorganização do processo de trabalho. Foram sugeridos o uso de recursos disponíveis, como os celulares das equipes, o aplicativo 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.





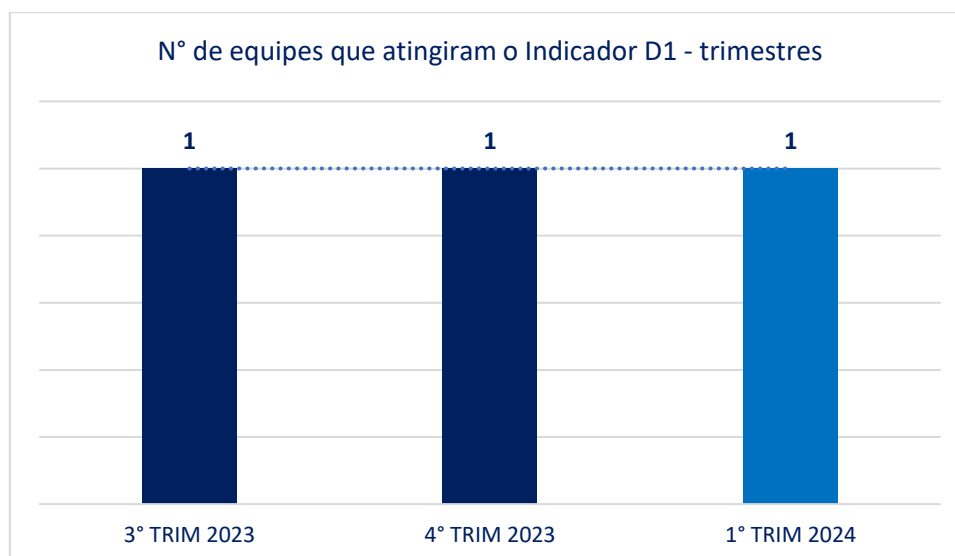
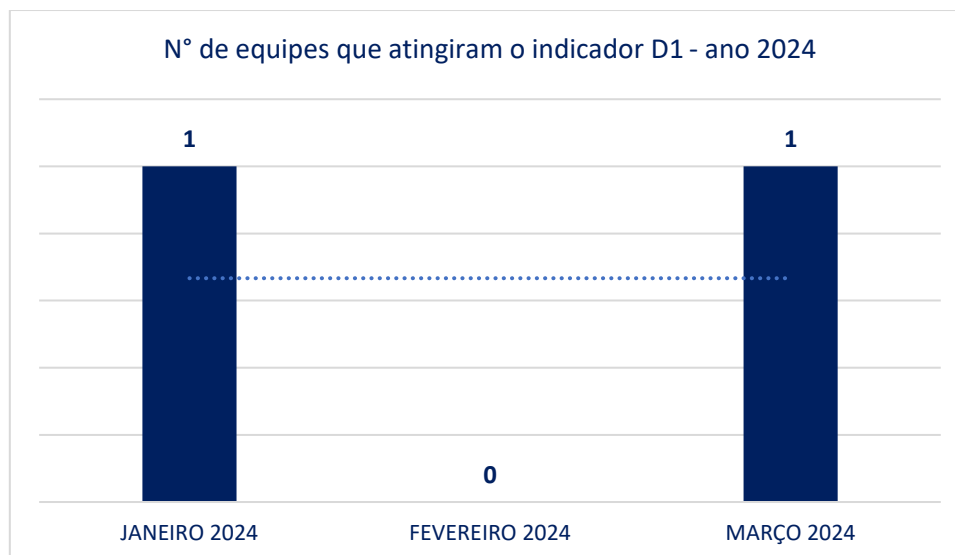
Com o segundo termo aditivo (outubro de 2023 em diante), houve uma mudança significativa no indicador de cobertura de primeira consulta odontológica. O cálculo desse indicador passou por alterações, deixando de considerar a multiplicação da população cadastrada pela divisão do número de eSB pelo número de eSF, passando a ser calculado apenas pela população cadastrada. Para mais fácil entendimento, segue o quadro:

Indicador A7	Antes	Agora
Numerador	Nº de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas nos últimos 3 meses	Nº de primeiras consultas odontológicas programadas realizadas nos últimos 3 meses
Denominador	População cadastrada na área da unidade x (nº de eSB ÷ nº de eSF)	População cadastrada na unidade

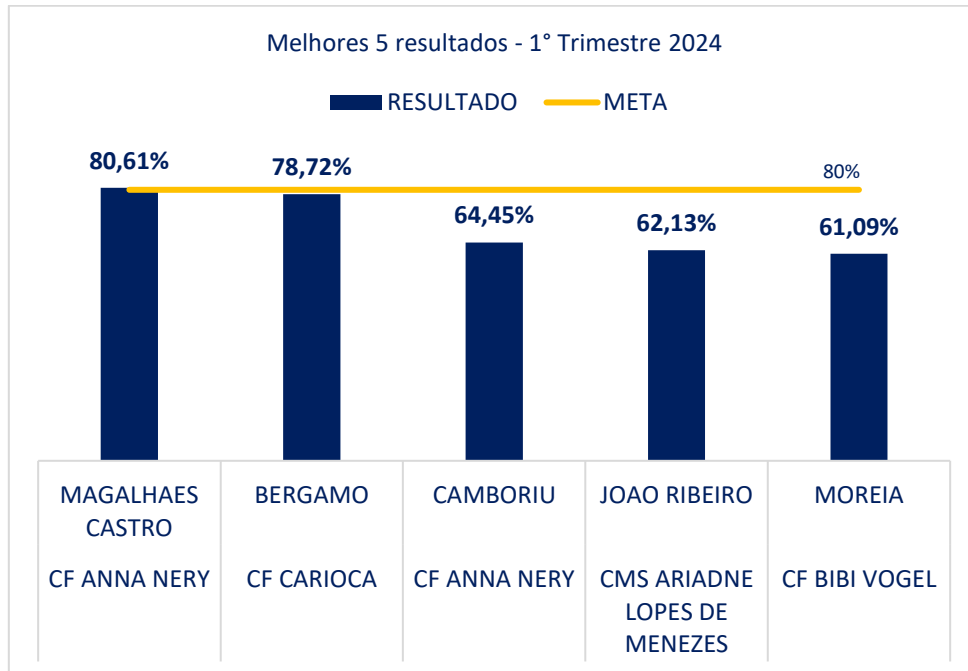
Essa alteração faz com que o denominador apresente números maiores e demandará maior observância e planejamento por parte das equipes. Apesar disso, observou-se uma melhoria no resultado do trimestre objeto de avaliação neste relatório.

Pensando em melhorar ainda mais o alcance deste indicador, a equipe de gestão do projeto – IDEIAS - realiza 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.



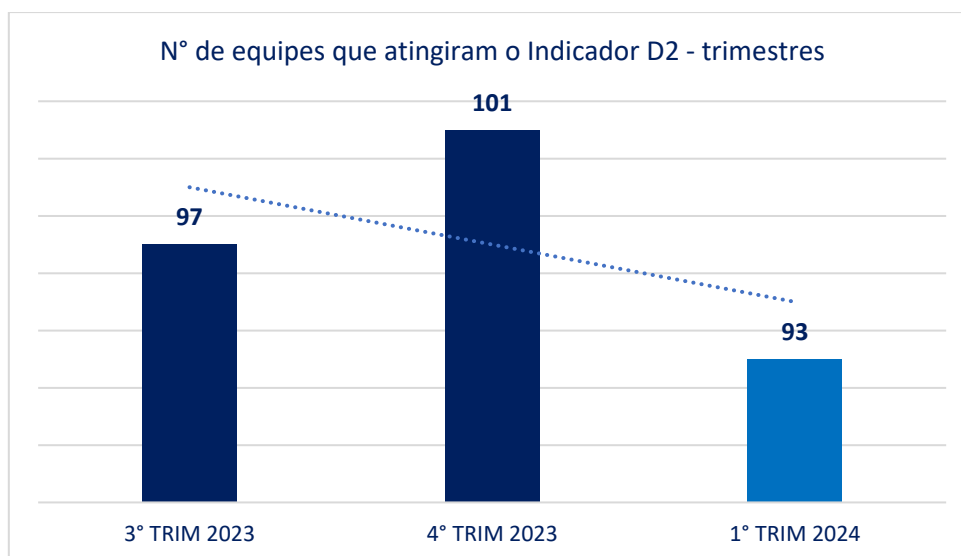
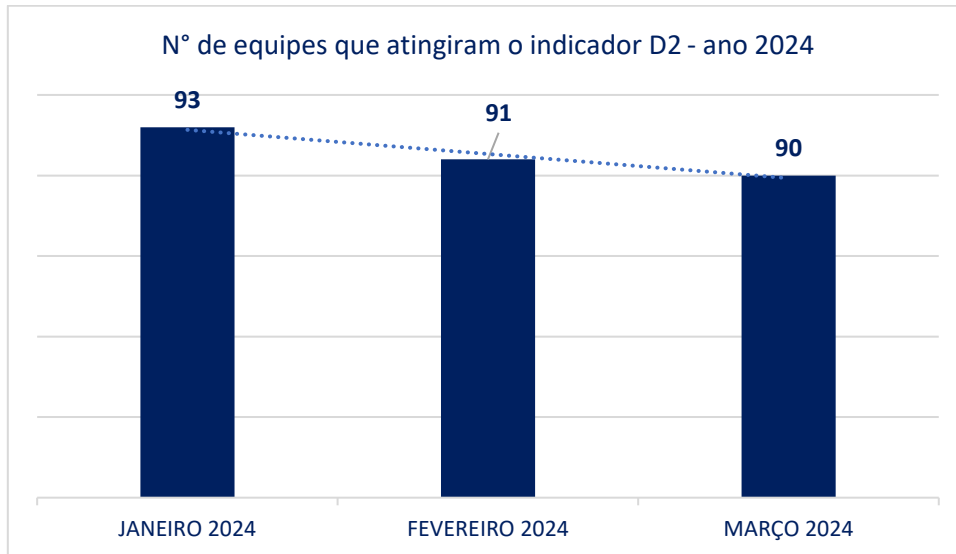
A Equipe Magalhães Castro, da CF Anna Nery, segue sendo a única equipe da AP 3.2 que atinge a meta do indicador D1. Apesar de no mês de fevereiro não ter alcançado, o que se deveu ao aumento de cadastros de mulheres na faixa etária preconizada, recuperou seu resultado logo no mês seguinte, março, finalizando o trimestre com um percentual acima da meta. Abaixo podem ser visualizadas as equipes com os 5 melhores resultados no trimestre:



Destacam-se que as outras quatro equipes, embora não tenham atingido a meta, alcançaram percentuais acima de 60%: Bergamo, da CF Carioca (com 78,72%, quase atingindo a meta); Camboriú, da unidade CF Anna Nery; João Ribeiro, da CF Carioca; e Moreia, da CF Bibi Vogel.

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.



No último mês, foi observada uma leve queda 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. Essa variação sinaliza a necessidade de atenção e ação por parte da equipe de gestão do projeto IDEIAS.

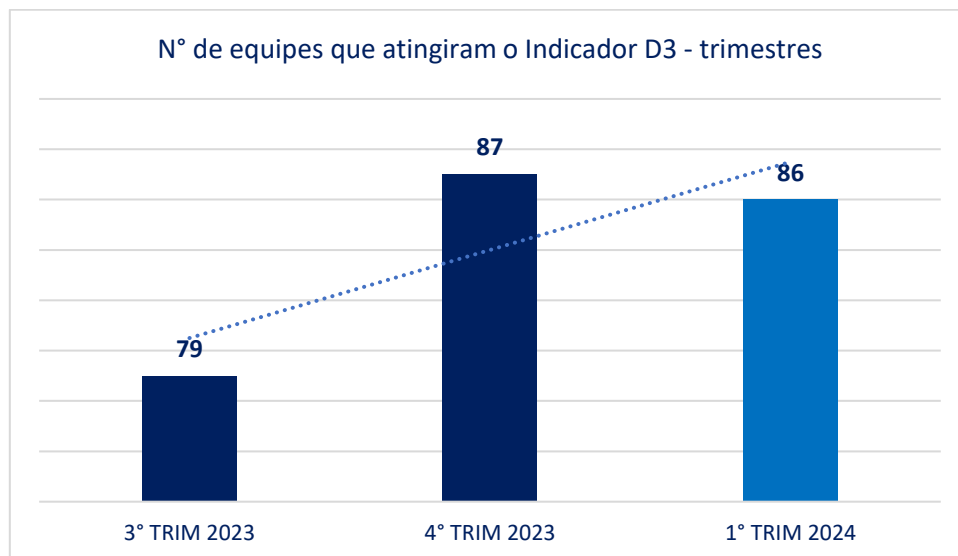
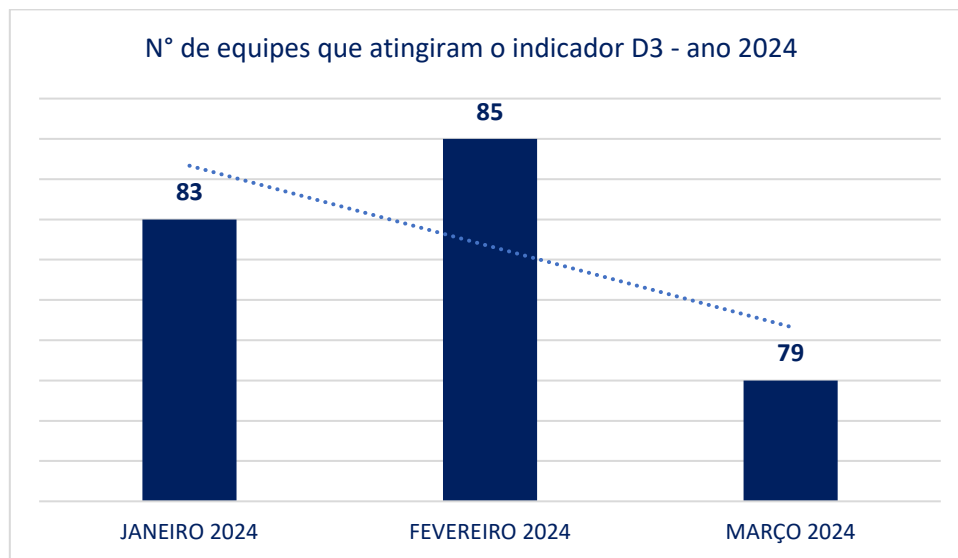
Além disso, ao compararmos o desempenho do trimestre atual com o ano de 2023, também notamos uma queda, o que evidencia uma fragilidade no monitoramento desses pacientes ao longo do tempo.

Diante dessa análise, a equipe de gestão tem conduzido feedbacks com os gestores das unidades identificadas com fragilidades nesse indicador. Esses gestores, que não conseguiram atingir a meta estabelecida, receberam orientações específicas para desenvolver um plano de ação direcionado à melhoria no acesso às consultas para pacientes diagnosticados com diabetes.

Essas estratégias de intervenção são cruciais para aprimorar o processo de atendimento e garantir um cuidado mais efetivo aos pacientes com essa condição de saúde. Ao implementar planos de ação focados

na melhoria do acesso às consultas, as unidades não apenas podem atingir as metas estabelecidas, mas também promover um cuidado mais abrangente e de qualidade aos pacientes com diabetes.

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

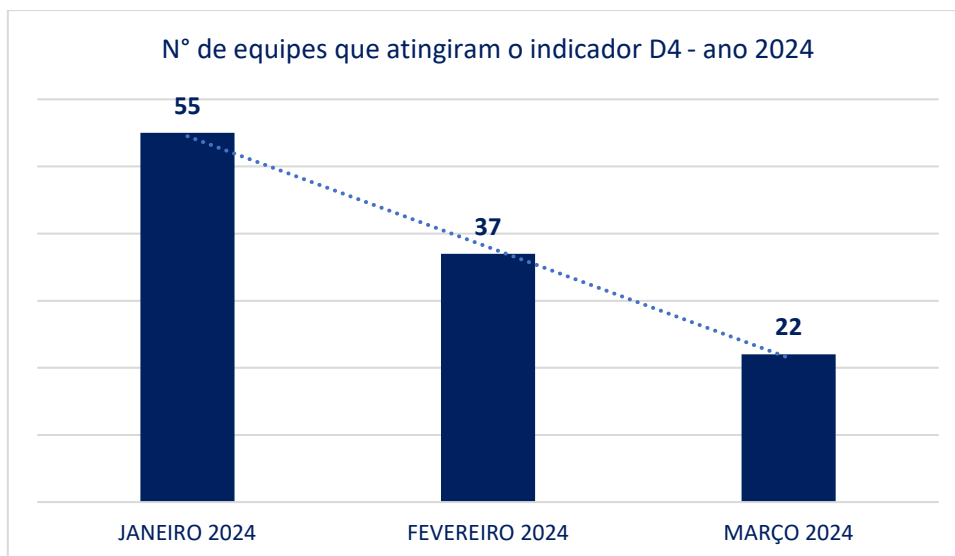


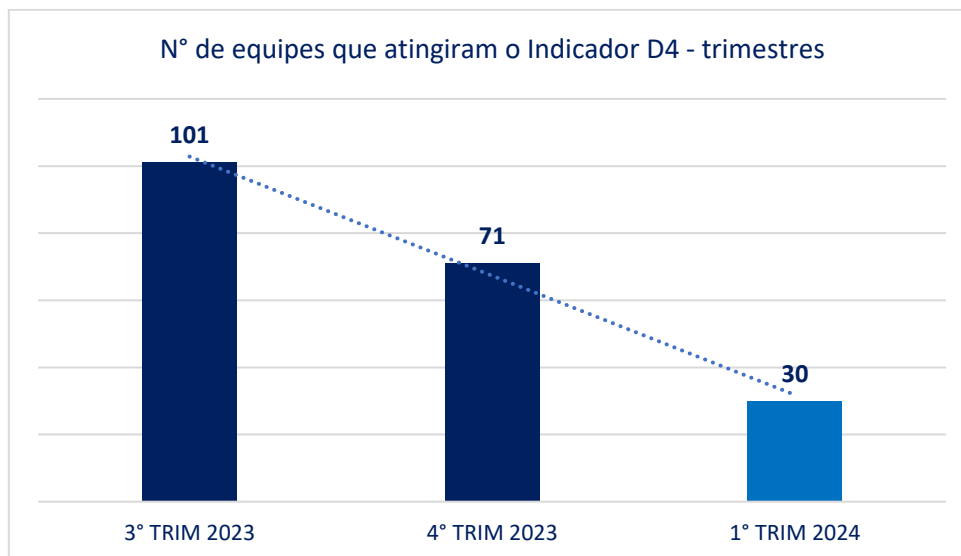
No trimestre foi observada manutenção no indicador de percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão, registrando pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem nos

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.





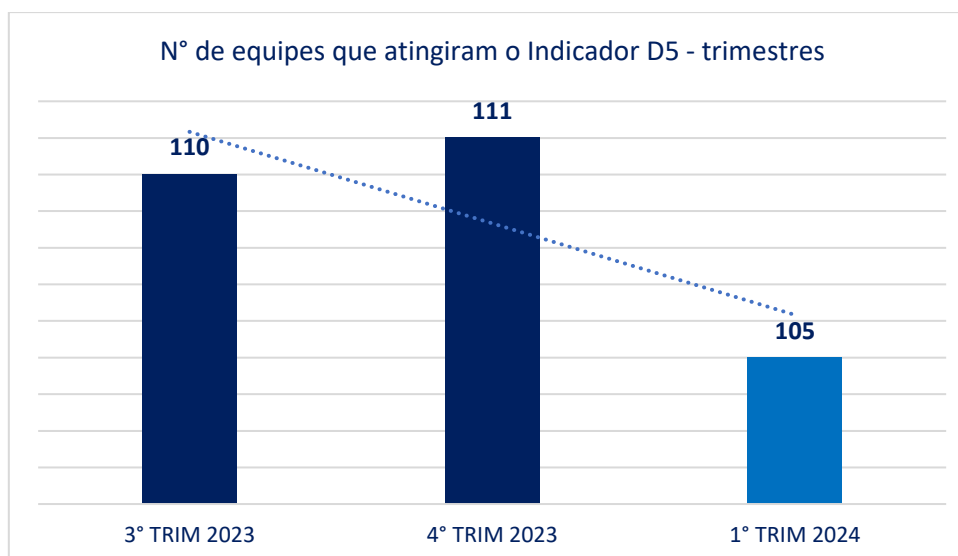
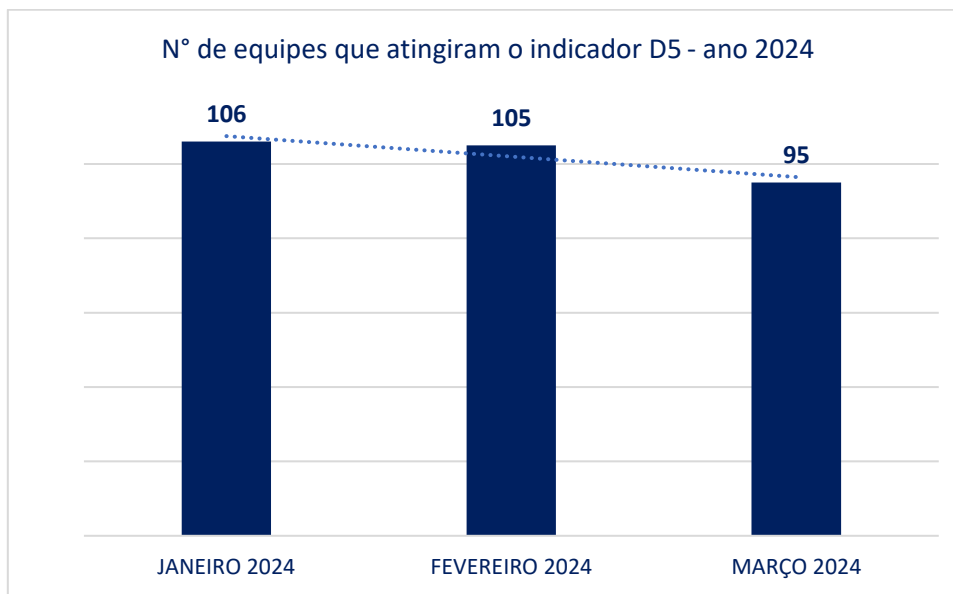
No período analisado, observou-se uma queda no número de equipes que conseguiram atender ao indicador referente ao Percentual de crianças com até 2 anos e com o cartão de vacinas atualizado, com apenas 30 equipes alcançando a meta estabelecida.

Como resposta a essa situação, 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.

Para isso, as estratégias utilizadas incluem a gestão de listas e a utilização da ferramenta Geovacina. Essas abordagens permitem um acompanhamento mais eficiente do status vacinal das crianças e facilitam a identificação de áreas de deficiência no programa de vacinação, possibilitando ações corretivas rápidas e eficazes para melhorar a cobertura vacinal e, conseqüentemente, a saúde da população infantil.

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



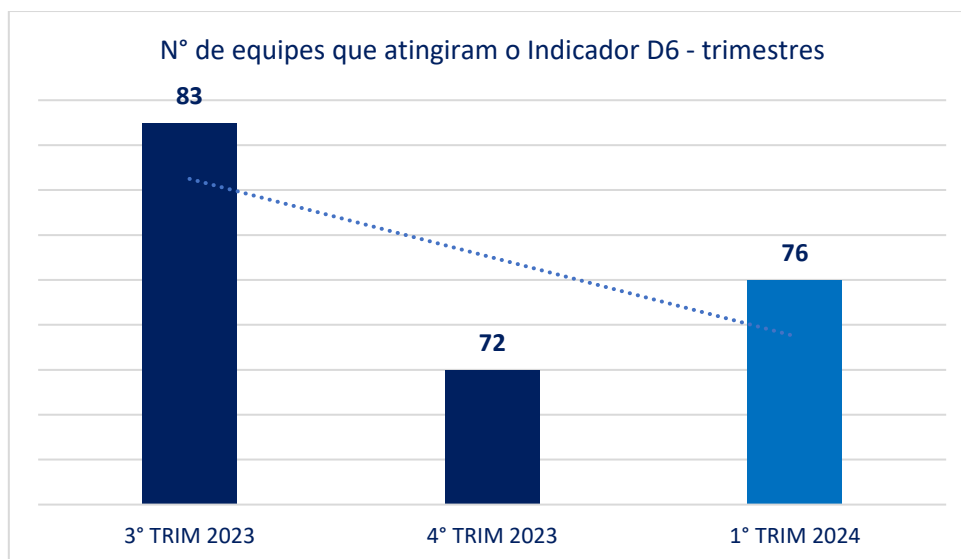
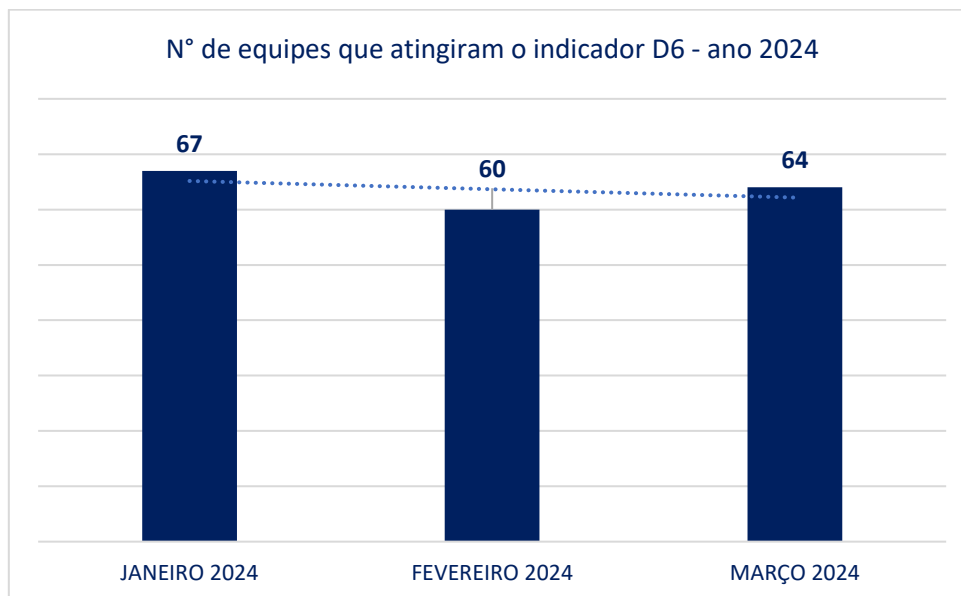
No trimestre avaliado, 105 equipes alcançaram o indicador que avalia o Percentual de crianças até 6 anos com cartões de vacinação atualizados. No entanto, foi observada uma queda em comparação com o trimestre anterior. Em resposta a essa situação, a supervisão territorial realizou uma sessão de feedback com essa equipe em particular, visando estabelecer um plano de ação.

O objetivo desse plano é implementar intervenções e melhorias nos processos de trabalho da equipe, visando otimizar o desempenho. Para isso, serão utilizados recursos como a gestão de listas e a ferramenta Geovacina. Essas ferramentas auxiliarão no acompanhamento mais eficiente do status vacinal das crianças e na identificação de áreas de deficiência no programa de vacinação.

Dessa forma, busca-se garantir uma cobertura vacinal eficiente para as crianças até os 6 anos de idade, assegurando que estejam protegidas contra doenças evitáveis por meio da vacinação. Essas medidas não

apenas visam corrigir a queda observada, mas também promover um cuidado abrangente e de qualidade para a população infantil.

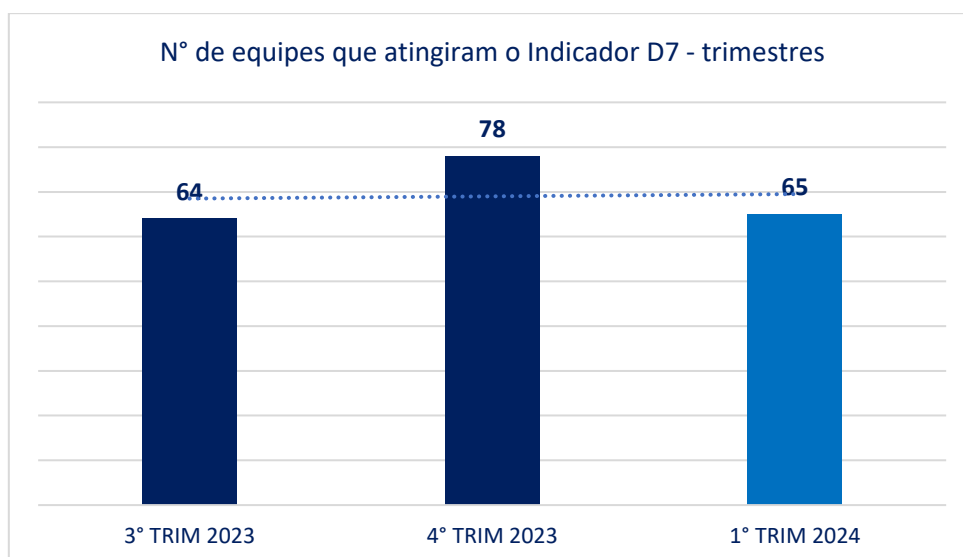
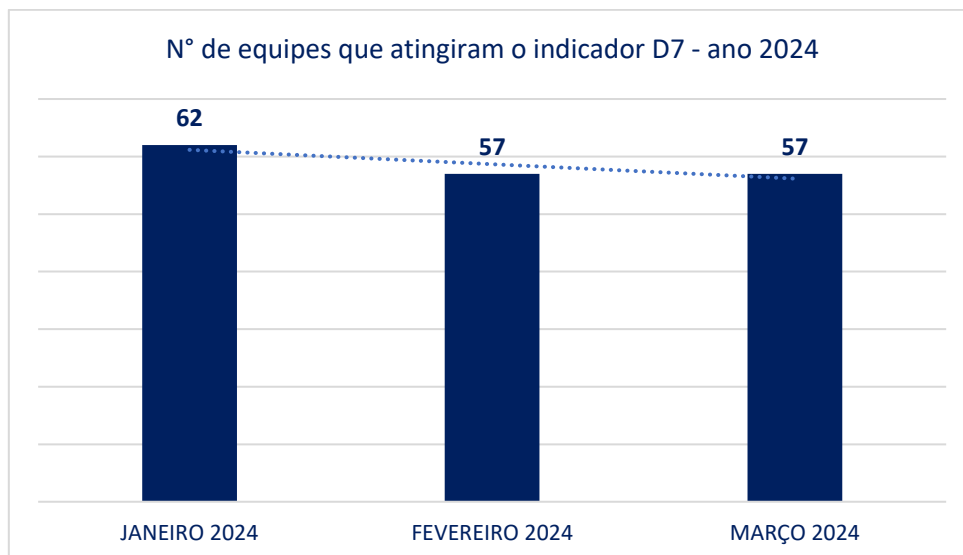
2.1.13 Indicador D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.



Nota-se uma evolução discreta no número de equipes que atingiram o indicador de consultas de pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, em comparação com o último trimestre. 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.

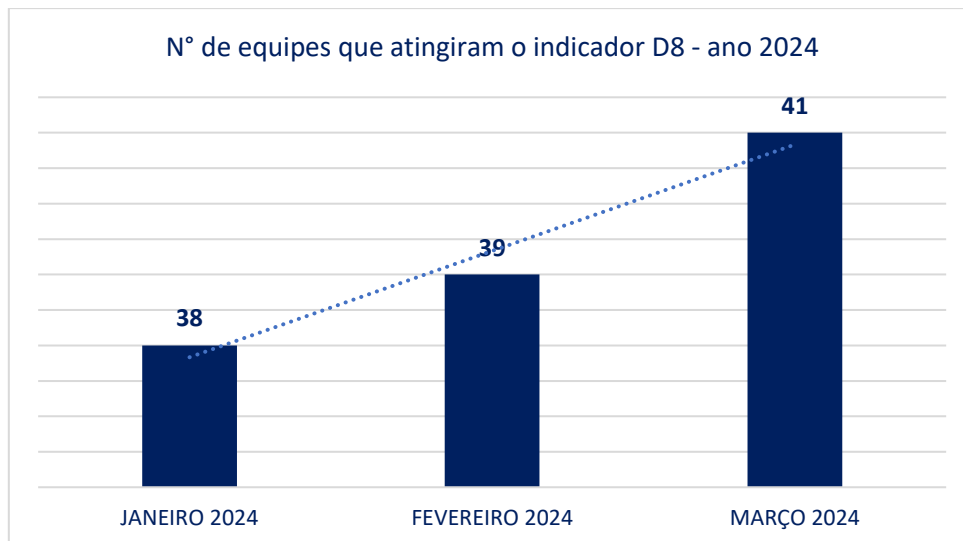


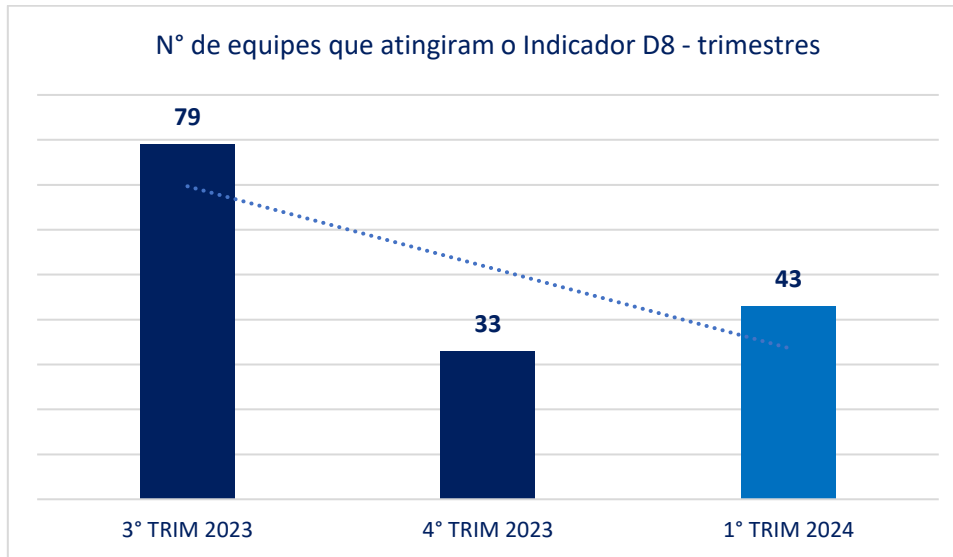
Ao analisar o indicador de Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida, notamos uma estabilidade em comparação com os três primeiros meses do ano. No entanto, ao comparar o trimestre atual com o último do ano de 2023, observamos uma queda nesse indicador. Algumas fragilidades identificadas incluem internações de recém-nascidos e um acompanhamento fragilizado das listas de gestantes.

Diante desse cenário, a equipe de Supervisão de Território tem conduzido feedbacks com as unidades que apresentaram maiores fragilidades nesse indicador. O objetivo dessas sessões 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. O foco está em garantir um acompanhamento adequado para os recém-nascidos e suas famílias, contribuindo para uma melhor saúde e bem-estar desde o início da vida.

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



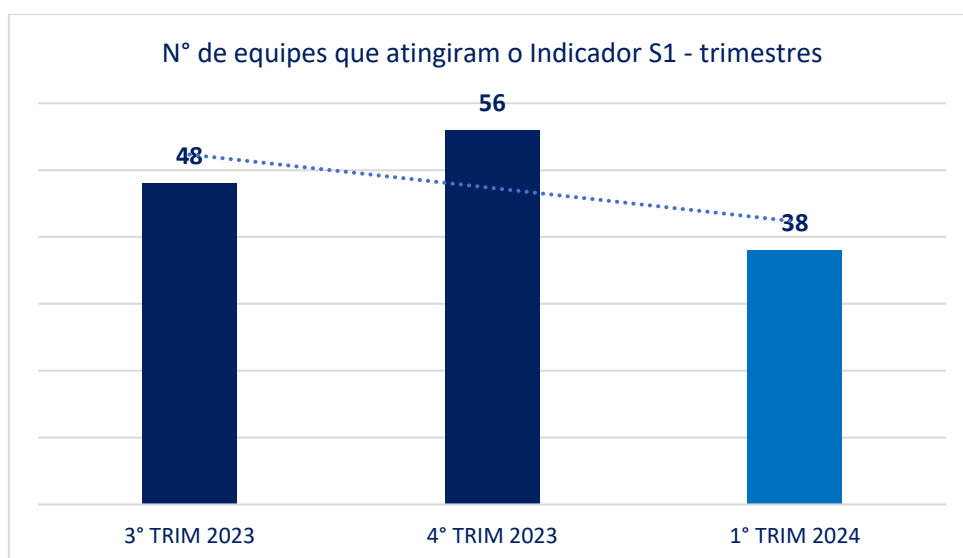
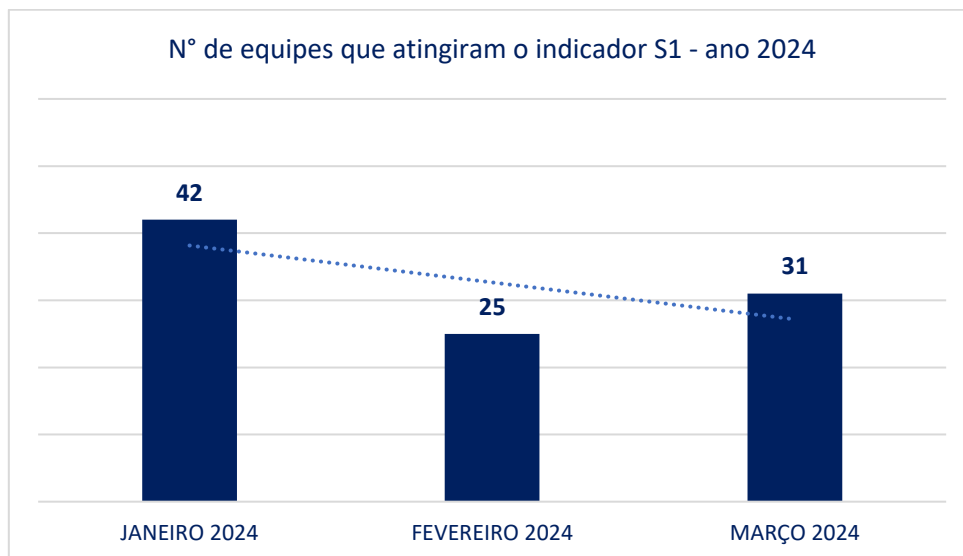


No trimestre objeto de avaliação neste relatório, o número de equipes que alcançaram o indicador que avalia a “Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas” foi de 43 equipes.

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.

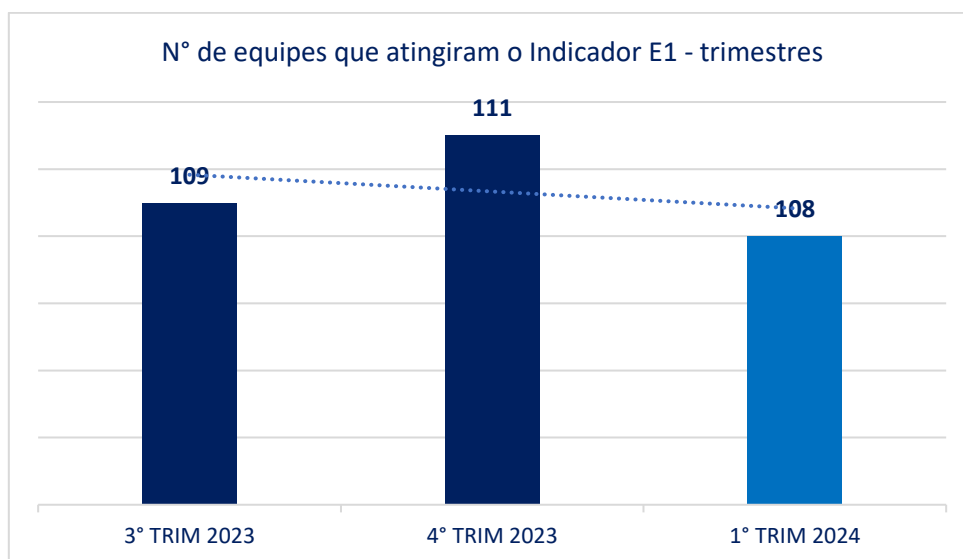
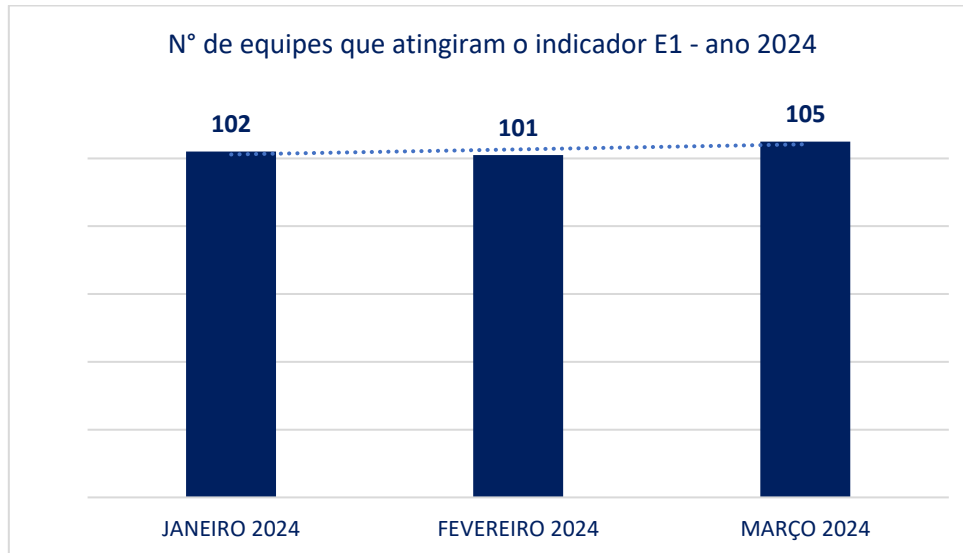
Desde abril de 2023 começou a valer a pactuação feita junto à CAP 3.2 de validar os resultados apenas de unidades que tiveram um número de inquéritos respondidos igual ou superior a 5% do denominador do indicador A2. No gráfico abaixo pode ser visualizada a quantidade de equipes que alcançaram o mínimo de inquéritos respondidos e, pelo menos, 90% de respostas de “satisfeitos ou muito satisfeitos”.



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.

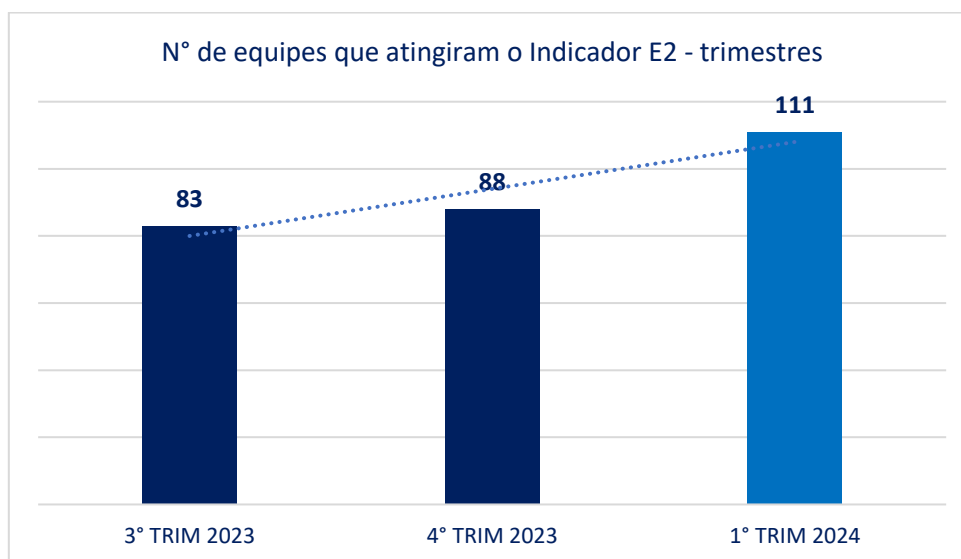
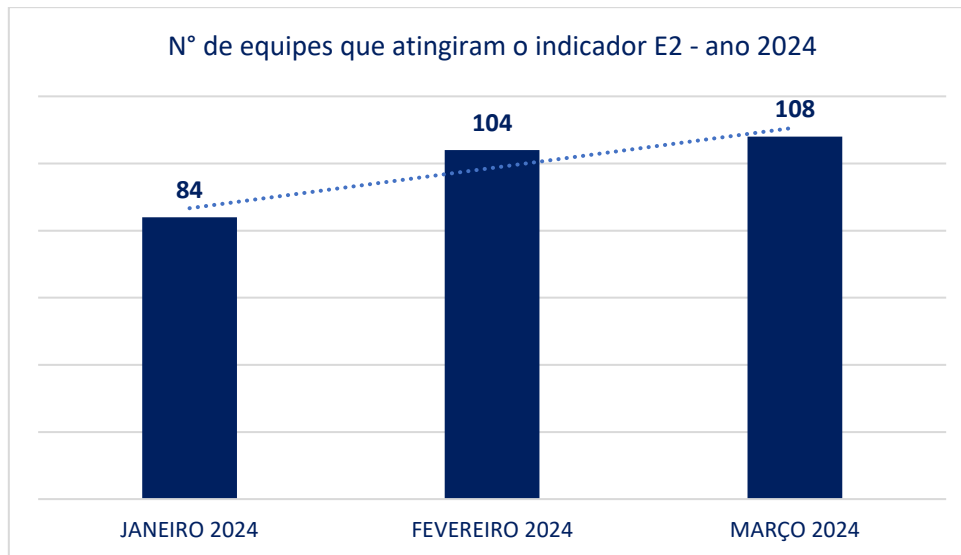
Pactuamos que o profissional escalado para o “Posso Ajudar” deve ficar responsável pelo apoio ao uso dessa ferramenta pelos usuários do serviço de saúde. Outra estratégia adotada pelas unidades é o apoio dos porteiros das unidades para auxiliar os usuários no preenchimento da pesquisa.

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



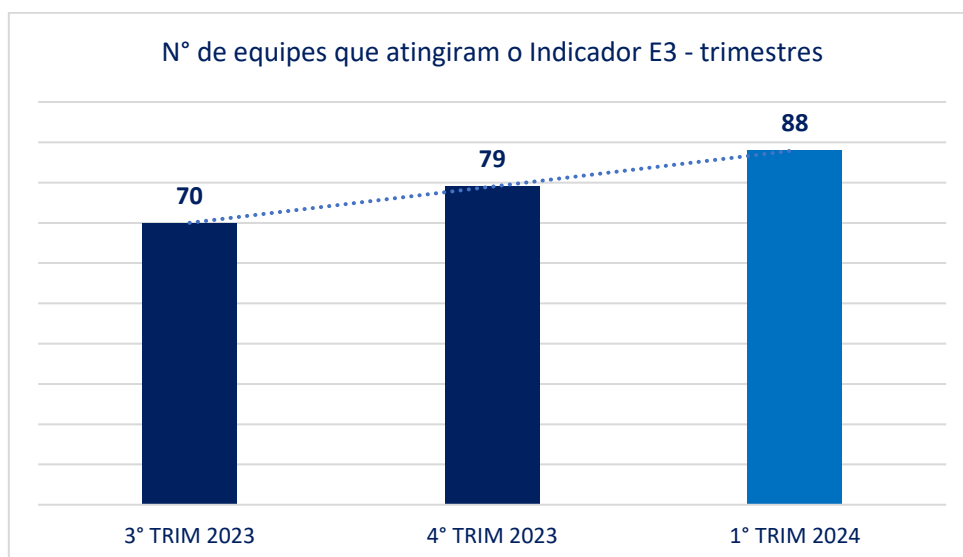
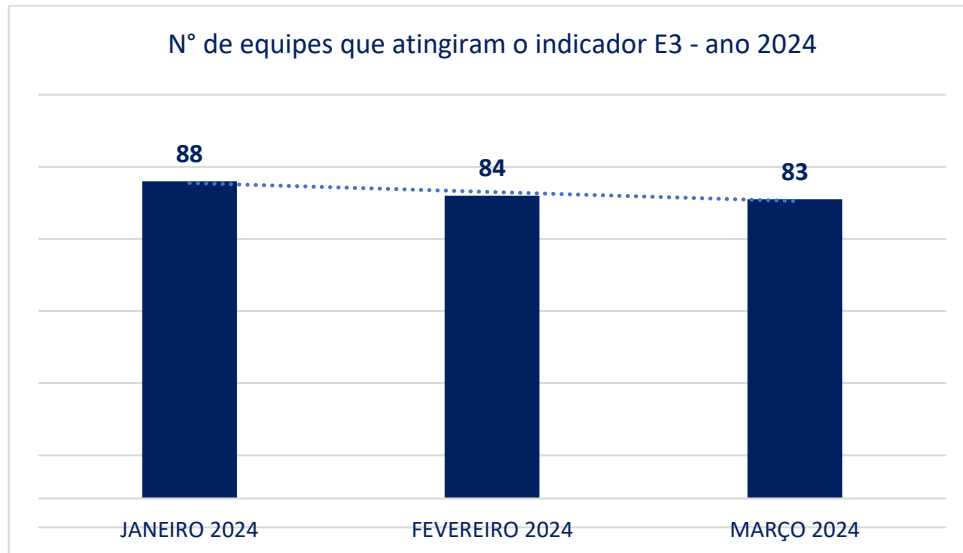
Com a atualização do termo aditivo, houve uma modificação nos detalhes desse indicador, deixando de incluir os medicamentos REMUME. Observa-se, praticamente, uma estabilidade em relação ao período anterior. As estratégias adotadas pelas unidades foram diversas, incluindo ações como educação contínua 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, 111 equipes conseguiram alcançar este indicador de percentual de medicamentos prescritos da REMUME. Observa-se melhoria do desempenho das equipes após reforço sobre o uso de campo correto para prescrição.

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, 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.

Houve uma melhora significativa no indicador durante o primeiro trimestre de 2024. Onde os treinamentos e capacitações fizeram com que o aumento na resolutividade dos casos pelos profissionais médicos nas unidades de saúde. Isso é muito promissor e demonstra o impacto positivo que investir no desenvolvimento profissional pode ter na qualidade dos serviços de saúde.

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

A fonte de informações deste indicador é o SISREG, dados extraídos pela CAP 3.2, entretanto, há questões no sistema que têm interferido na apuração.

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.

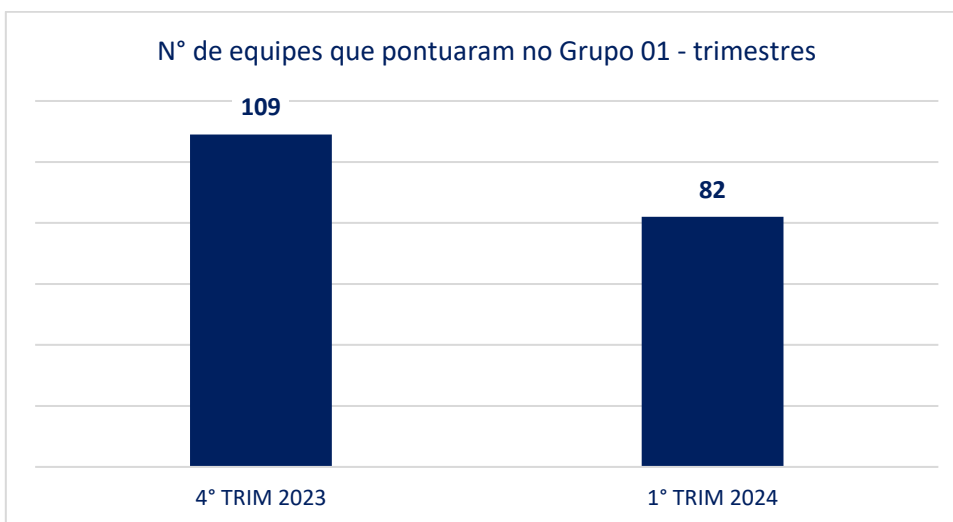
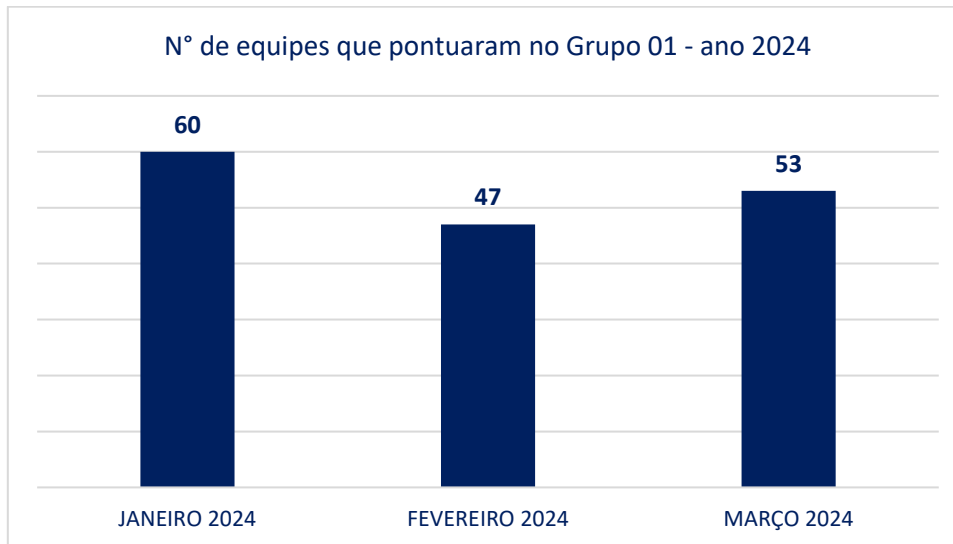
A remuneração por desempenho será calculada pela quantidade de LC alcançadas pela equipe. Incide apenas para os profissionais das equipes mínimas da farmácia (farmacêutico e técnico de farmácia), gerente técnico, Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de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

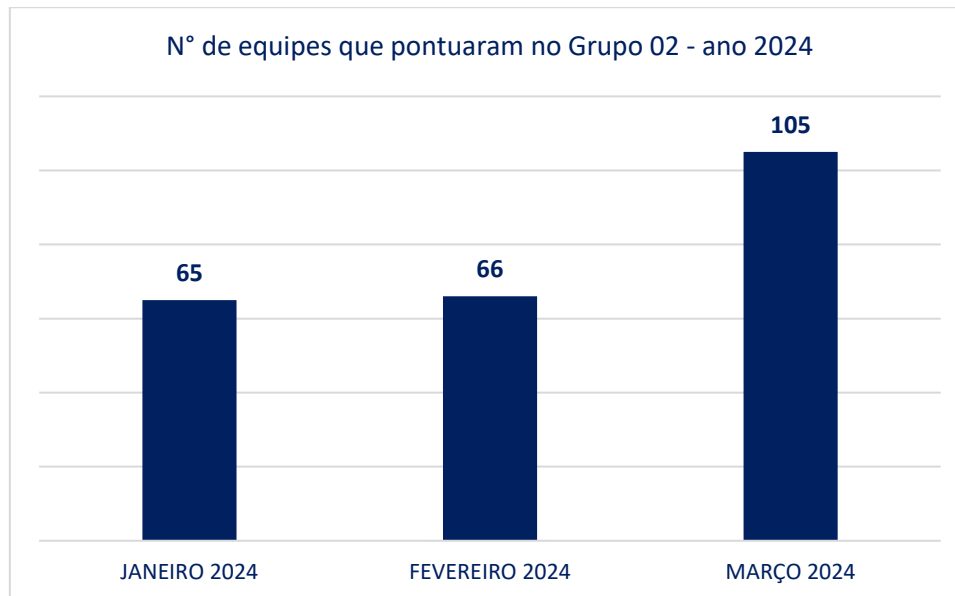
A seguir, apresentamos o número de equipes que pontuaram em cada grupo de ação no **1º trimestre de 2024**.

Grupo 01 (G1), 'Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU'



No trimestre, 82 equipes pontuaram no grupo. Este é um grupo com ações importantes pois fornecer orientações sobre saúde reprodutiva possibilita a tomada de decisões informadas sobre quando e se desejam ter filhos. O DIU é um método contraceptivo altamente eficaz e de longa duração, que oferece proteção contra gravidez por vários anos após a sua inserção, eliminando a necessidade de lembrar de tomar contraceptivos diariamente. Além disso, o planejamento reprodutivo permite às mulheres alcançar seus objetivos pessoais, educacionais e profissionais, ao possibilitar o espaçamento dos nascimentos e o planejamento familiar de acordo com suas necessidades e circunstâncias individuais.

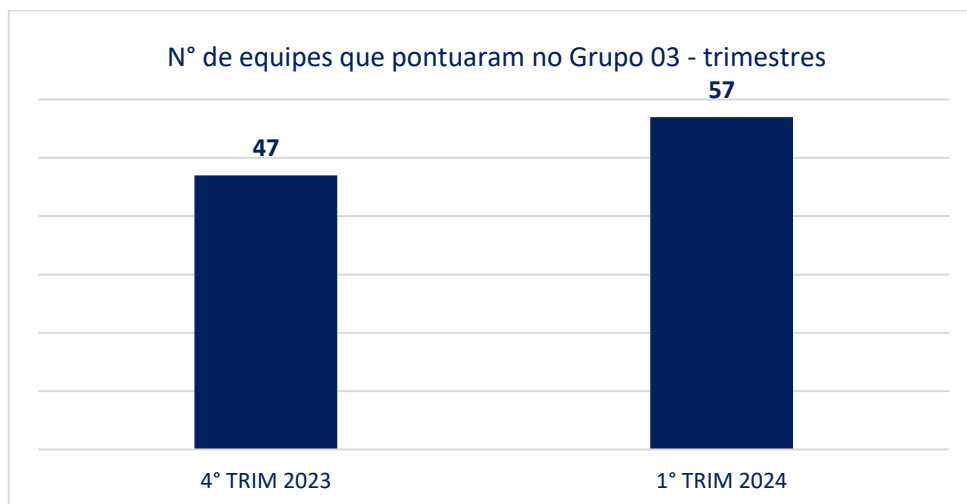
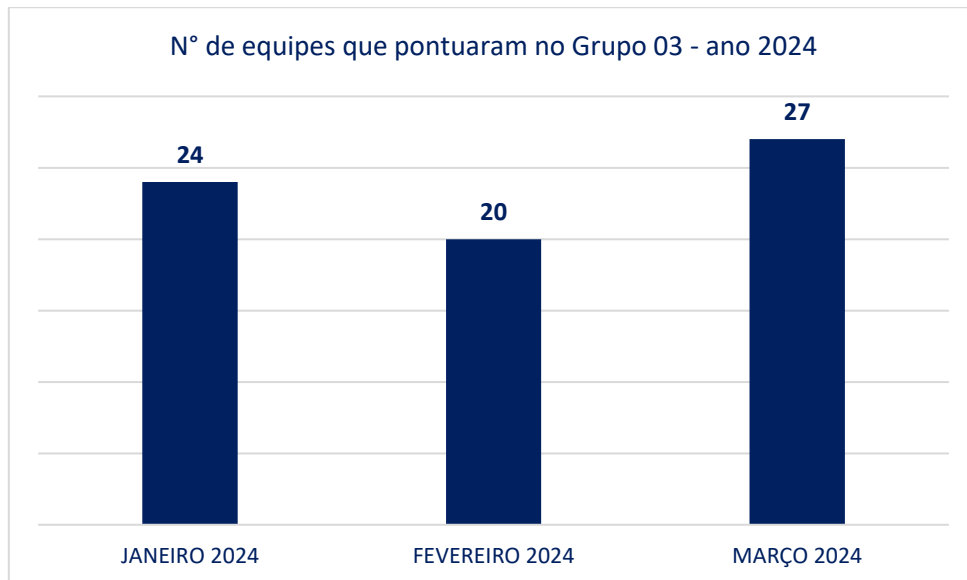
Grupo 02 (G2), 'Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino'



No Grupo 02 nota-se praticamente o mesmo resultado de equipas pontuando em comparação a janeiro. A busca ativa por mulheres na idade alvo da prevenção do câncer de colo de útero tem sido uma prioridade de trabalho para as equipas de saúde da família da AP 3.2. O rastreio oferece oportunidades para intervenções preventivas, educação sobre saúde e promoção do autocuidado, contribuindo para a saúde geral e bem-estar das mulheres.

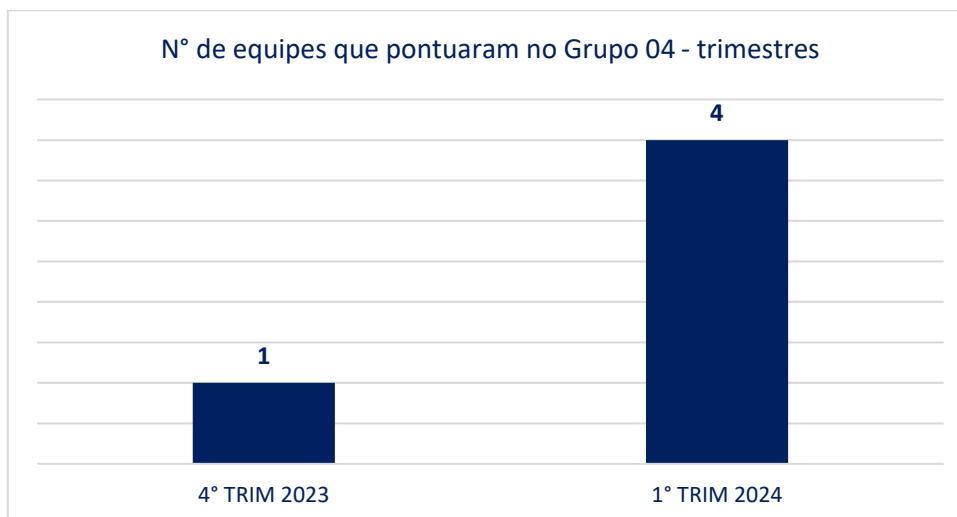
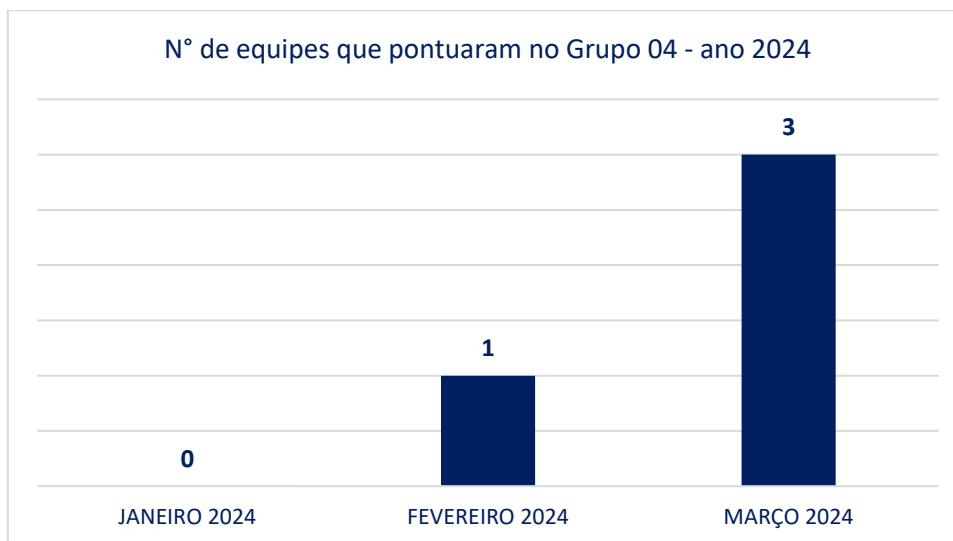
No trimestre, 106 equipas pontuaram no grupo.

Grupo 03 (G3), 'Acompanhamento de uma gravidez'



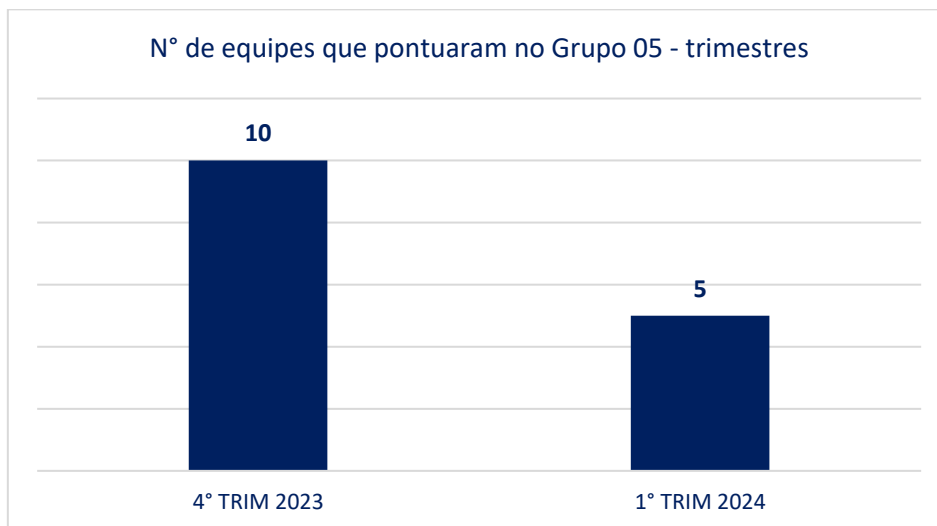
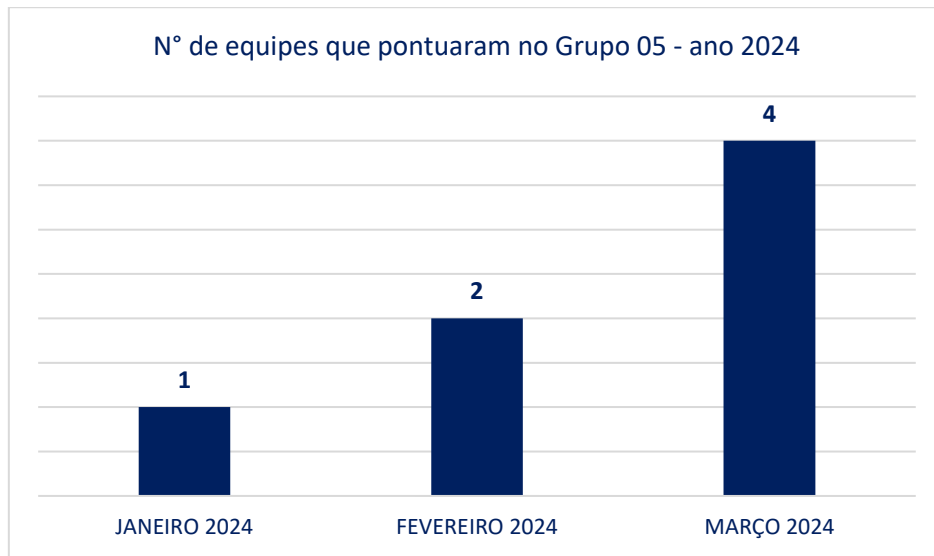
Importante ressaltar que este grupo é “regido” pelo número de usuárias com pré-natal encerrado no período analisado, sendo esta a primeira condição para que a usuária comece a aparecer nele e a partir daí pontuar (ou não) nas demais condições. No trimestre 57 equipes atingiram o indicador.

Grupo 04 (G4), 'Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano'



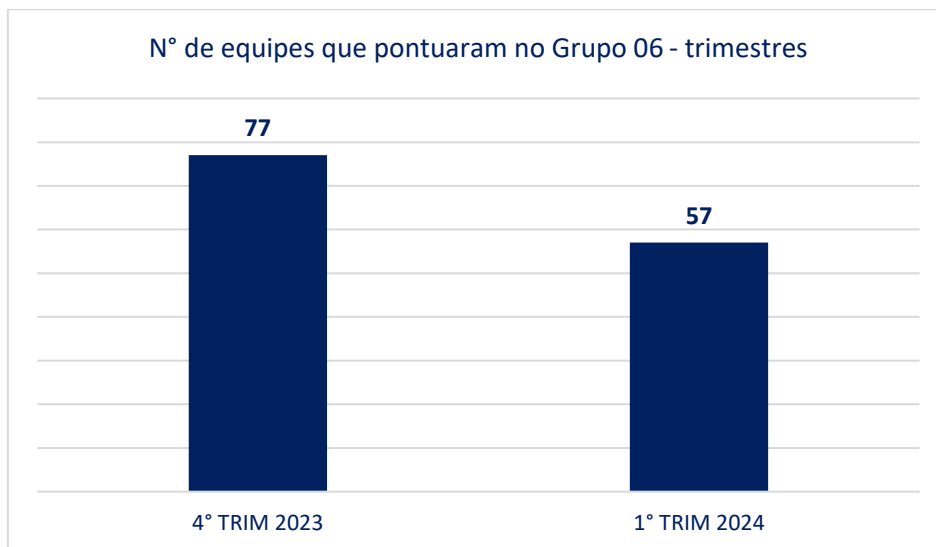
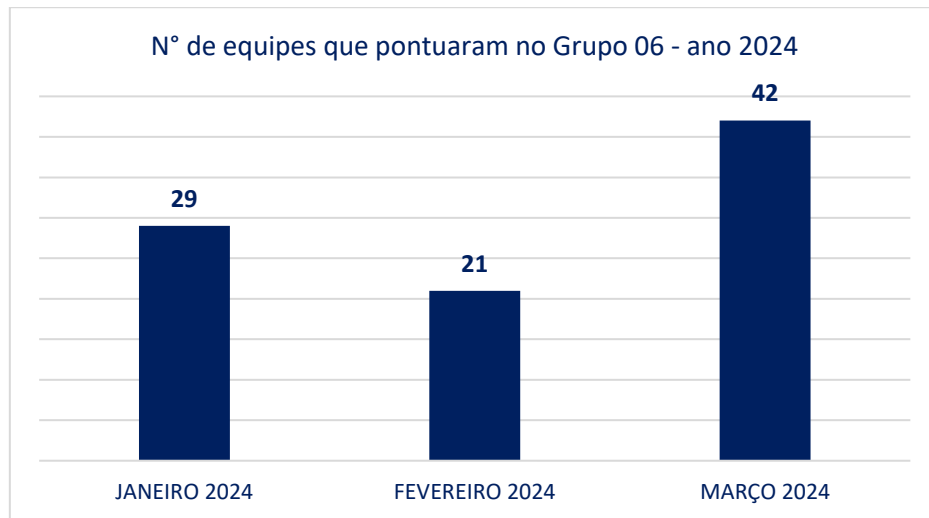
Para este grupo de ação, a primeira condição é que a criança tenha completado um ano de vida no período analisado. Para fins de contabilização neste indicador, a realização do teste do pezinho deve ser entre o 2º e 5º dias de vida, e não mais entre o 2º e 7º dias como no aditivo anterior. No trimestre, 4 equipas pontuaram nesse grupo.

Grupo 05 (G5), 'Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano'



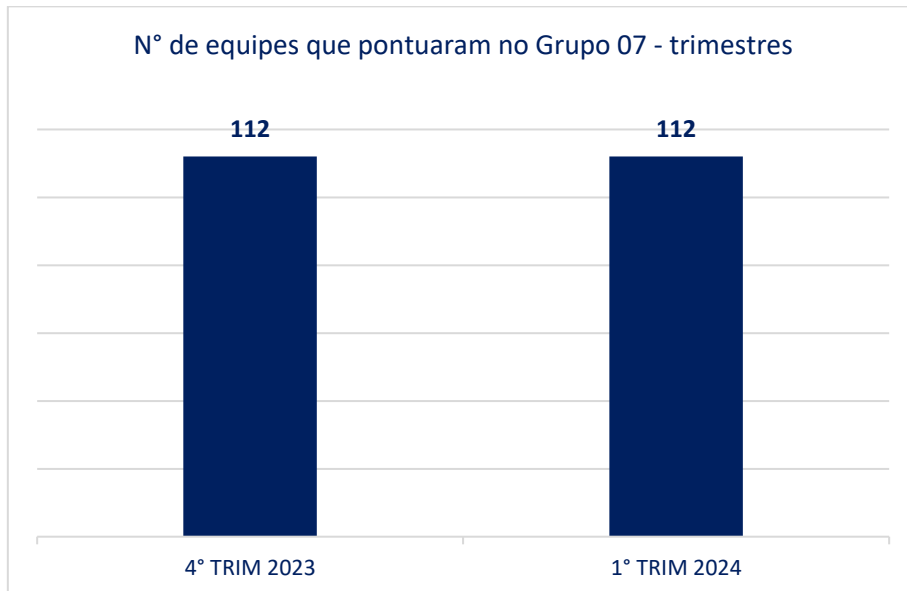
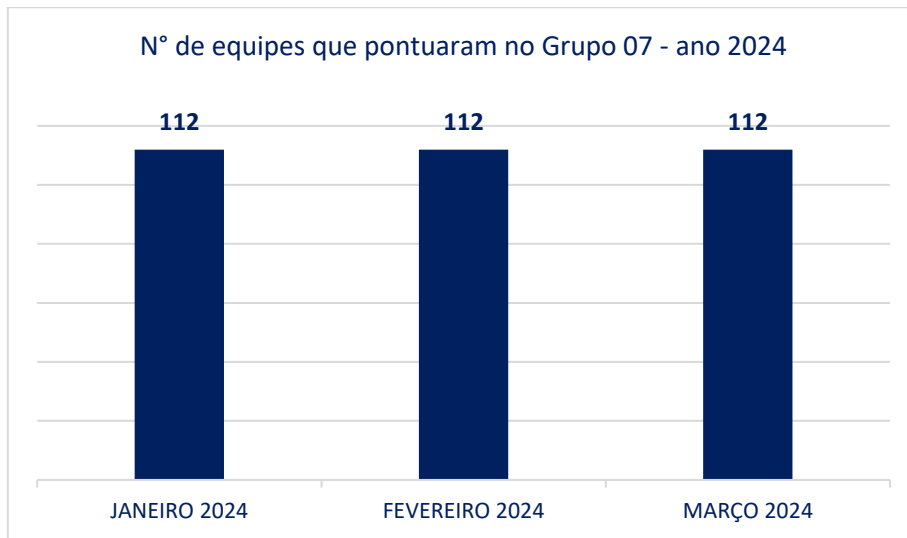
Para este grupo de ação, a primeira condição é que a criança tenha completado dois anos de vida no período analisado. Durante o segundo ano de vida da criança, ocorrem avanços significativos em áreas como linguagem, habilidades motoras e interação social. O acompanhamento regular por profissionais de saúde permite identificar precocemente quaisquer atrasos no desenvolvimento, problemas de saúde ou necessidades específicas da criança, possibilitando intervenções oportunas e fornecendo suporte aos pais. Apenas 5 equipes conseguiram pontuar neste grupo no trimestre. Os levantamentos das principais fragilidades e as orientações adequadas serão realizadas para qualificar o cuidado.

Grupo 06 (G6), 'Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano'



Observa-se que 57 equipes pontuaram neste grupo no período avaliado. As condições contempladas neste grupo de ações envolvem cuidados para o controle adequado da doença e prevenção de complicações graves. O acompanhamento regular por profissionais de saúde permite monitorar os níveis de glicose no sangue, ajustar o tratamento conforme necessário e oferecer orientações sobre dieta, exercícios e medicamentos.

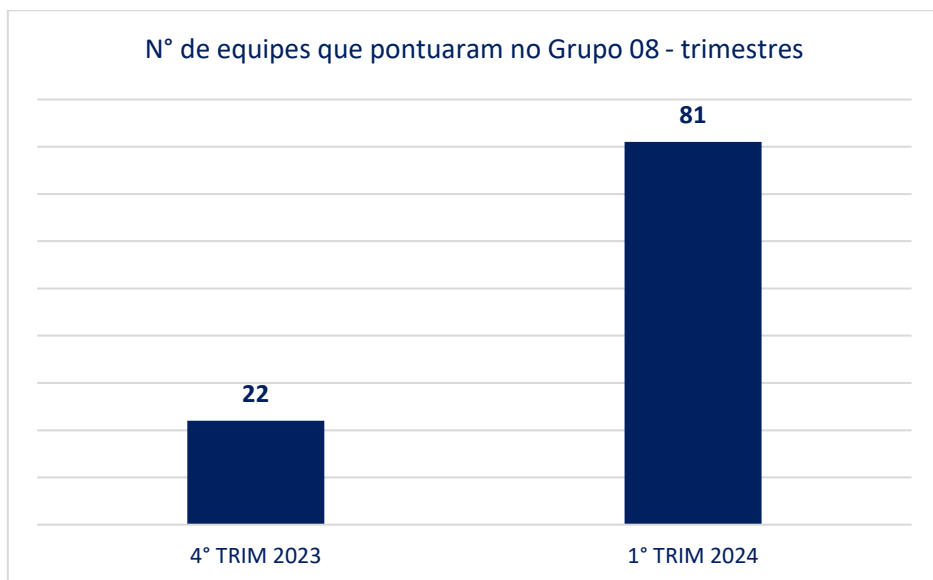
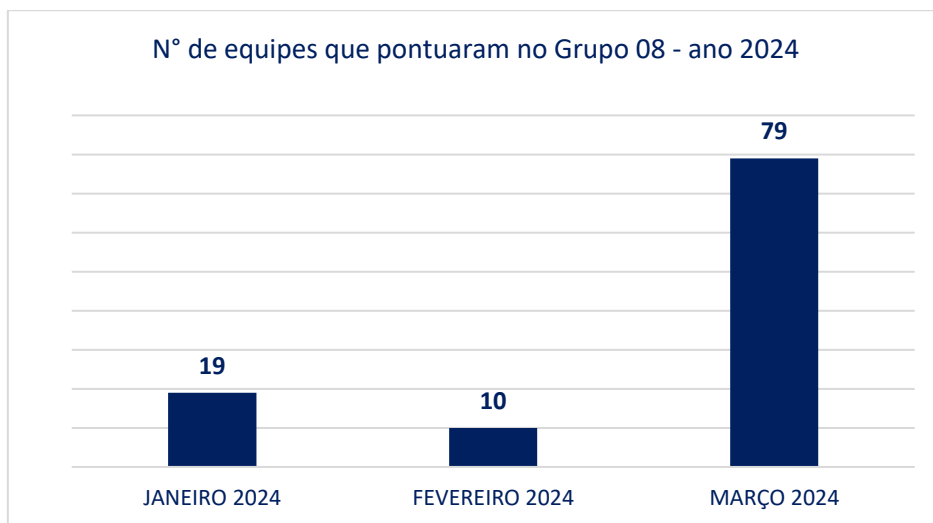
Grupo 07 (G7), 'Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano'



Este grupo tem apresentado bons resultados, onde 100% das equipes da área pontuam.

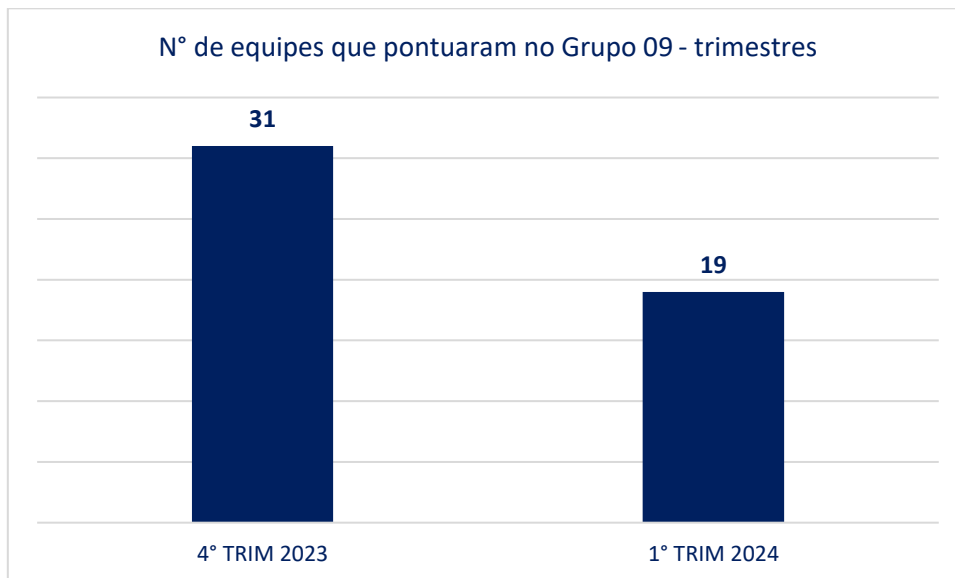
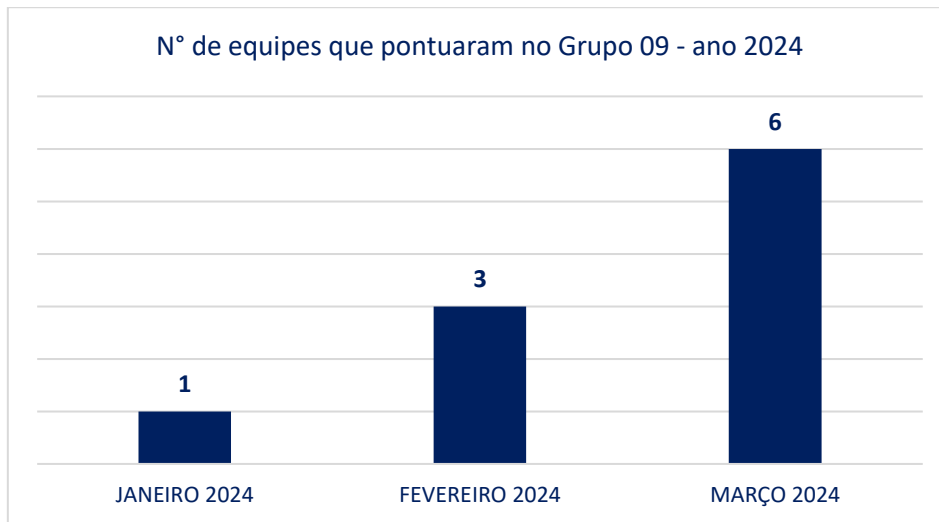
Controlar a pressão arterial elevada e prevenir complicações relacionadas, como doenças cardiovasculares e acidentes vasculares cerebrais, são ações contempladas neste indicador. O acompanhamento adequado permite identificar e tratar precocemente quaisquer problemas de saúde relacionados à hipertensão arterial sistêmica, promovendo uma melhor qualidade de vida e reduzindo o risco de complicações graves.

Grupo 08 (G8), 'Acompanhamento anual de uma pessoa idosa'



O Grupo 08 (G8) é um grupo de ações novo na parte variável 3 (segundo trimestre de sua implementação) 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. No período avaliado 81 equipes pontuaram no grupo.

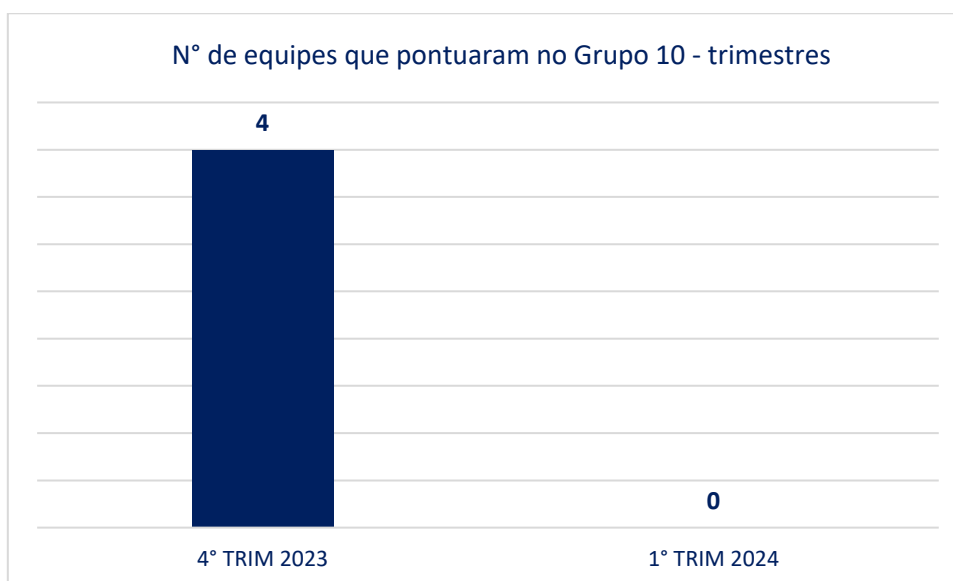
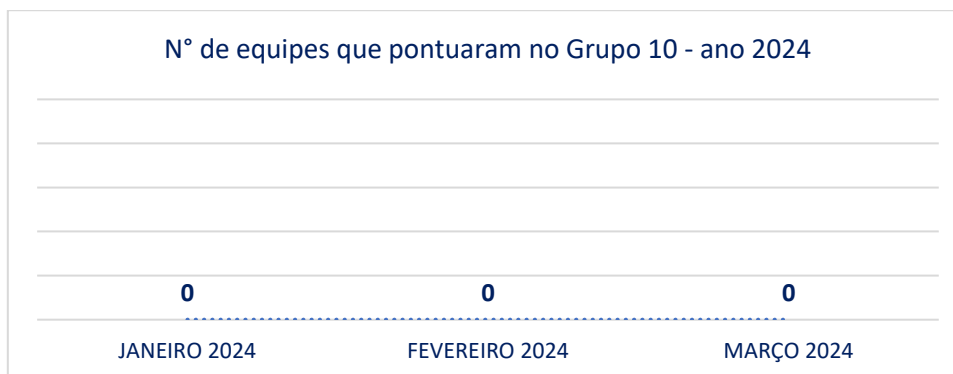
Grupo 09 (G9), 'Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose'



Esse acompanhamento é crucial para garantir a eficácia do tratamento e prevenir recaídas da doença. Durante esse período, os profissionais de saúde devem monitorar de perto o usuário para detectar qualquer sinal de recorrência da tuberculose, além de oferecer suporte emocional e educacional para promover a adesão contínua ao tratamento e a adoção de medidas preventivas.

Nota-se que 19 equipas pontuaram algum usuário neste grupo de ações.

Grupo 10 (G10), 'Acompanhamento de uma pessoa tabagista'



Durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2024, observou-se uma ausência de pontuação por parte das equipes neste grupo, principalmente devido à 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”) ter sido a menos alcançada.

Reforçar a importância da qualificação do acompanhamento às pessoas tabagistas junto às unidades de saúde é crucial diante dessa situação. Isso implica assegurar que os profissionais estejam plenamente capacitados e atualizados para oferecer o suporte necessário aos pacientes que buscam cessar o tabagismo.

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 trimestre em avaliação, diversas atividades foram realizadas pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território. Abaixo, apresentamos atividades realizadas nos meses de **janeiro, fevereiro e março de 2024**.

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
03/01/2024	Curso de Gestores	Alinhamento de processos de trabalho	Gerentes da AP 3.2	CAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS, CAP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
18/01/2024	Reunião pré-CTA	Resultados indicadores trimestre out, nov, dez de 2023	CAP 3.2, OSS e RTs das UAP da AP 3.2	CAP 3.2
Participantes:	Gerência de Qualidade, Supervisão de Território IDEIAS, CAP 3.2 e RTs das UAP da AP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
29/01/2024	Reunião de Grupo de Trabalho para construção de Procedimento Operacional Padrão (POP)	POP - Reunião de Equipe	Qualidade e Gerentes	Online
Participantes:	Gerência de Qualidade IDEIAS (Clara Gouveia), Daniel Barros (CF BV) e Rhanna Henrique (CF ADS)			



Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
30/01/2024 Manhã e Tarde	Reunião Equipe Qualidade	Resultados Café com IDEIAS / Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	Equipe Qualidade IDEIAS	IDEIAS
Participantes:	Gerência de Qualidade, Coordenação de Saúde Bucal, Supervisão de Território e Gerência de Projeto AP 3.2 - IDEIAS			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
07/02/2024	Inauguração Polo de Dengue	-	População da AP 3.2	CMS Rodolpho Rocco
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS, CAP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
28/02/2024	Curso de Gestores	Bolsa Família	Gerentes da AP 3.2	CAP 3.2
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS, CAP 3.2			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
13/03/2024	Reunião com SUBPAV	Curso de Qualificação de Gerentes – módulo II	Apoiadores das APs e OSS	Online
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS (Rodrigo Rodriguez)			

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 **janeiro, fevereiro e março de 2024**.

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
25/01/2024	Curso Introdutório	Monitoramento e Avaliação de Indicadores	Profissionais da AP 3.2	CAP 3.2
Participantes:	Gerência de Qualidade IDEIAS, DAPS e profissionais da AP 3.2			

No trimestre em avaliação houve avanços através das diversas frentes de atuação. A análise de informações pela Gerência de Qualidade proporcionou uma compreensão mais profunda dos processos e áreas de melhoria, contribuindo significativamente para aprimorar nossos padrões e práticas. O apoio in loco fornecido pela Supervisão de Território às unidades de APS demonstrou nosso compromisso em garantir a eficiência operacional. Além disso, a colaboração contínua da Gerência do Projeto foi fundamental para a coordenação eficaz de todas as iniciativas, garantindo sua implementação bem-sucedida. Estes feitos refletem o empenho coletivo dos membros do IDEIAS em buscar a excelência e reforçam a capacidade de enfrentar desafios e alcançar objetivos com sucesso.

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

