



TEIAS 3.2

COORDENADORIA GERAL DE

ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ÁREA DE

PLANEJAMENTO 3.2



RELATÓRIO DE GESTÃO

Contrato de Gestão Nº 007/2021

Dezembro de 2023

Referência Novembro de 2023



EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Gerente de Projeto

Liz Lutterbach

Gerente de Qualidade

Mônica do Carmo

Analista de Qualidade

Clara Gouveia

Assistentes de Qualidade

Jéssica Ximenes e Victor Zăni

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)	11
1.1.3 Estrutura para impressão de documentos assistenciais.....	12
1.1.4 Abastecimento regular das unidades.....	13
1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados	14
1.1.6 Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO).....	15
1.1.7 Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3)	15
1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos.....	16
1.1.9 Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS/RJ	17
1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	17
1.1.11 Proporção de cura de tuberculose	18
1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação	19
1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas	20
1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	21
1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores	22
1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes.....	23
1.1.17 Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas.....	24
1.1.18 Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção e assistência.	24
1.1.19 Desempenho Assistencial.....	25
2. PARTE 2	26
2.1 Resultado dos Indicadores da Variável 02: incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária.....	26
2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.....	27
2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.....	28
2.1.3 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.....	28
2.1.4 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.....	29
2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados.....	29
2.1.6 Indicador A6 – Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.....	29
2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.....	30
2.1.8 Indicador D1 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.....	30
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.....	31
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.....	31
2.1.11 Indicador D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.....	32
2.1.12 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.....	32
2.1.13 Indicador D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.....	33



2.1.14	Indicador D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.	33
2.1.15	Indicador D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.	34
2.1.16	Indicador S1 – Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos.	34
2.1.17	Indicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário.	35
2.1.18	Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.....	36
2.1.19	Indicador E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.....	36
2.1.20	Indicador E4 - Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG.	37
3.	PARTE 3.....	37
3.1	Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB).	37
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	42
5.	REFERÊNCIAS	43
	ANEXO 1 – OFÍCIO Nº SMS-OFI-2023/31321	44
	ANEXO 2 – E-MAIL SUBPAV SOBRE INDICADOR 12 – SÍFILIS NA GESTAÇÃO	44
	ANEXO 3 – DECLARAÇÕES COMPROBATÓRIAS DA V1	44



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 Novembro de 2023.

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 IDEIAS (Gerência de Qualidade e Supervisão de Território) e coordenação de área abrem chamados frequentemente ao sistema de prontuário eletrônico solicitando correção de inconsistências porventura identificadas nos indicadores. Isto pode implicar em reprocessamentos de cálculos ao longo dos meses e alterar resultados.

A seguir, apresentamos quadro síntese contendo os resultados da Parte Variável 01 para o período em análise, especificando numerador e denominador.

Análise Assistencial Variável 1 - Competência: Novembro de 2023.						
Indicador		Meta	Num/Den		Resultado	Alcançado (Sim/Não)
01	Manutenção de comissões de prontuário	95%	Numerador	24	100,00%	Sim
			Denominador	24		
02	Acompanhamento do Cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES)	95%	Numerador	1214	98,22%	Sim
			Denominador	1236		
03	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	95%	Numerador	369	100,00%	Sim
			Denominador	369		
04	Abastecimento regular das unidades	95%	Numerador	24	100,00%	Sim
			Denominador	24		
05	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	95%	Numerador	23	100,00%	Sim ¹
			Denominador	23		
06	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)	100%	Numerador	24	100,00%	Sim
			Denominador	24		
07		100%	Numerador	1236	100,00%	Sim

	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes		Denominador	1236		
08	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	≤ 1	Numerador	-	Calculado ao final do trimestre	-
			Denominador	-		
09	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	95%	Numerador	-	Calculado ao final do trimestre	-
			Denominador	-		
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	95%	Numerador	607	98,70%	Sim
			Denominador	615		
11	Proporção de cura de Tuberculose	90%	Numerador	35	87,50%	Não
			Denominador	40		
12	Acompanhamento de Sífilis na Gestação	90%	Numerador	38	53,52%	Não
			Denominador	71		
13	Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas	85%	Numerador	164	80,79%	Não
			Denominador	203		
14	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	90%	Numerador	394554	97,04%	Sim
			Denominador	406570		
15	Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	Numerador	24	100,00%	Sim
			Denominador	24		
16	Rotatividade de profissionais nas equipes	≤ 5	Numerador	24,5	1,99	Sim
			Denominador	1229		
17	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	60%	Numerador	98	91,59%	Sim
			Denominador	107		
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
			Denominador	128		



19	Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	100%	Numerador	1819	16,85%	Não
			Denominador	10794		

Fonte dos dados: PEP/VitaCare. Competência: 10/2023.

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

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

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

1.1.1 Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades

Indicador	Meta	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Proporção de UAP com Comissões de prontuários mantidas.	95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comissões em atividade mensal / Nº de unidades com equipes de saúde da família x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: meta alcançada no período em análise.					

A instituição de uma Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) atende às resoluções N° 41/1992 do CREMERJ e N°1638/2002 do CFM, que tornam obrigatórias as comissões nas instituições de saúde.



Segundo esta última resolução, o prontuário do paciente pode ser entendido como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. O prontuário é uma das ferramentas de avaliação da qualidade da assistência, bem como de continuidade do cuidado, apoio à tomada de decisões e está envolvido também na segurança do paciente.

Para o efetivo acompanhamento das Comissões implementadas nas UAP, a Gerência de Qualidade IDEIAS (GQI) implementou roteiros estruturados para avaliações por linhas de cuidado, o que favorece a análise qualitativa dos prontuários e orientação à melhoria de processos de trabalho e, 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 Nº SMS-OFI-2023/09330, de 14 de março de 2023.

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

Indicador	Meta	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Proporção de profissionais de saúde cadastradas no SCNES.	95%	%	%	%	98,22%

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	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Percentual de consultórios com impressora funcionando.	95%	%	%	%	%
Cálculo do Indicador: Nº de consultórios assistenciais com impressora disponível e funcionando nas unidades da AP / nº de consultórios assistenciais nas unidades da AP x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: meta alcançada no período em análise.					

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



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

1.1.4 Abastecimento regular das unidades

Indicador	Meta	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente.	95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: Nº de declarações de abastecimento adequado / Nº de unidades recebendo apoio à gestão x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: meta alcançada no período em análise.					

Materiais e logística são dois dos fatores cruciais para o desenvolvimento de atividades de atenção à saúde e para a excelência operacional das instituições de saúde. A regularidade do abastecimento e a devida provisão dos recursos têm significativos impactos sobre os desempenhos dos serviços de saúde e imagem junto aos profissionais e à população (Infante, 2007).

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

1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados

Indicador	Meta	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
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 de saúde do SUS, faz-se fundamental a descentralização do fornecimento de medicamentos no intuito de aproximar o serviço ao paciente com orientação e educação individualizada, com objetivo de garantir a qualidade da Atenção Farmacêutica, principalmente em territórios com Estratégia Saúde da Família.

Quando se pensa em medicamentos controlados, essa descentralização se mostra mais importante, uma vez que o uso indiscriminado e sem as devidas orientações destes fármacos implicam em riscos importantes à saúde dos usuários, como intoxicação, alteração do estado mental e dependência. O profissional farmacêutico nestes casos tem a responsabilidade de orientar, rejeitar receitas inadequadas quando necessário e deve ultrapassar a barreira da dispensação, tornando-se um agente disseminador da informação e otimizador do processo propedêutico, visando à qualidade de vida do indivíduo (Lima, 2021). Neste sentido, assegurar o fornecimento de medicamentos controlados por profissionais farmacêuticos é um dos compromissos da gestão da área. Em 100% das unidades que possuem farmácia este serviço é ofertado. Apenas 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	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Proporção de unidades que informaram em dia.	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário / Nº total de unidades na área x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: meta alcançada no período em análise. Considera-se para este indicador as declarações emitidas pela DICA da AP 3.2 e relatório emitido pelo PEP VitaCare.					

A equipe da Gerência de Qualidade IDEIAS acompanha a transmissão dos arquivos do VitaCare que contemplam a produção das unidades de saúde (thrifths) via PEC e-SUS APS. Até o mês de fevereiro de 2023 esse processo era realizado semanalmente pelas unidades e, a partir de Março de 2023, passou a ser realizado semanalmente pelo VitaCare e mensalmente pelas UAP, conforme orientação da SUBPAV (reunião de 27/02/2023).

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

O preenchimento do Painel OSINFO é realizado mensalmente, até o 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	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Proporção de profissionais da eSF e eSB que receberam	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%



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

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

1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos

Indicador	Meta	Resultado Trimestre Anterior
Razão do gasto administrativo em relação ao total de gasto.	≤ 1	0,97
Cálculo do Indicador: Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS - OSS no trimestre / Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS - OSS no trimestre.		
Fonte: Prestação de contas		
Periodicidade da avaliação: Trimestral		
Nota: Calculado ao final do trimestre.		

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

Indicador	Meta	Resultado Trimestre Anterior
Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS.	95%	95,83%
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	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e serviços prestados.	95%	%	%	%	%
Cálculo do Indicador: Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade do período de análise / Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise (D=32) x 100.					
Fonte: PEP VitaCare					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

A equipe de gestão do IDEIAS acompanha as avaliações dos itens fornecidos e serviços prestados aos gestores das Unidades de Atenção Primária da AP 3.2 com objetivo de ter o feedback da qualidade dos mesmos. São realizadas medidas de correção de processos continuamente, visando manter o bom funcionamento dos serviços de saúde e cuidado aos profissionais e usuários da área.

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose

Indicador	Meta	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período.	90%	%			
			%	%	%
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 teve início no mês de maio de 2023 e perdurou até agosto. 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 resultados estão sendo compilados e analisados.

Outro produto importante foi o encontro de Educação Permanente em Saúde denominado “FOCO na Tuberculose” e foi pensado em parceria com a apoiadora da Linha de Cuidado (DAPS). O público alvo foi profissionais pontos focais em TB das unidades da AP 3.2. Planejado para acontecer em um único momento, que se deu em junho de 2023, acabou ampliando para dois, devido à grande troca ocorrida entre os profissionais. O segundo encontro ocorreu no mês de julho de 2023, com dinâmica diferente do primeiro e com apresentação de experiências exitosas de duas unidades da área: CF Barbara Starfield e CMS Renato Rocco.

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

1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação

Indicador	Meta	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Proporção de notificações de sífilis na gestação com tratamento adequado.	90%	%	%	%	%



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

Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

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

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

Desde julho tem sido realizado um levantamento e enviada para as unidades a listagem de usuárias com alguma falta de registro de dose para que as equipes avaliem e façam as adequações nos registros, o que pode interferir ainda mais positivamente no resultado do indicador.

1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas

Indicador	Meta	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas	85%*	%	%	%	%



de pré natal registradas no PEP.					
Cálculo do Indicador: Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico ou enfermeiro) na área no período em análise / Nº total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise.					
Fonte: PEP Vitacare					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

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

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

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

1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)

Indicador	Meta	Novembro	Resultados Mensais
-----------	------	----------	--------------------



Proporção de cadastros definitivos com nº único (CPF) *	90%	%	AGO	SET	OUT
			%	%	%
Cálculo do Indicador: Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais / Nº total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais x 100.					
Fonte: PEP Vitacare					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

* Com o 2º Termo Aditivo (010/2023) ao Contrato de Gestão, firmado em 18 de julho de 2023 para início em 01 de setembro de 2023, os indicadores 14 - Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF) - e 15 - Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com menos de 16 anos (DNU) - foram unificados, passando a “Proporção de cadastros definitivos com nº único (CPF)”.

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

Os cadastros estão em contínuo processo de atualização e adequação.

1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores

Indicador	Meta	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Manutenção dos Colegiados Gestores *	95%	100,00%	AGO	SET	OUT
			-	-	-
Cálculo do Indicador: Número de unidades com colegiados gestores com atividade mensal / Número de unidades com equipes de Saúde da Família X 100.					
Fonte: PEP Vitacare					



Periodicidade da avaliação: Trimestral

* Com o 2º Termo Aditivo (010/2023) ao Contrato de Gestão, firmado em 18 de julho de 2023 para início em 01 de setembro de 2023, os indicadores 14 - Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF) - e 15 - Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com menos de 16 anos (DNU) - foram unificados, passando a ser o indicador 14, “Proporção de cadastros definitivos com nº único (CPF)”. O atual indicador 15 da parte variável 1 é o “Manutenção dos Colegiados Gestores”.

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

1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes

Indicador	Meta	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família.	≤5	%	%	%	%
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	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Nº de crianças e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiárias.	Nov 80%	%			
	Out 60%				
	Set 40%		%	%	%
	Ago 30%				
Cálculo do Indicador: Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC acompanhados / Nº total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC.					
Fonte: Portal SUBPAV					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

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

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

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

Indicador	Meta	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
	90%				



Proporção de escolas e creches cobertas na área da UAP		100,00%	%*	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: Nº de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde / Total de escolas da área x 100.					
Fonte: PEP Vitacare					
Periodicidade da avaliação: Mensal					
Nota: *O mês de julho não foi considerado mês letivo, não sendo considerado para o trimestre (julho, agosto, setembro). O cálculo foi feito com os meses agosto e setembro.					

Foram elaborados e implementados pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS instrumentos de monitoramento, visando ao apoio e alcance deste indicador, como solicitação do planejamento mensal das atividades a serem realizadas. Este deve acontecer até o 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	Novembro	Resultados Mensais		
			AGO	SET	OUT
Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral entre as famílias beneficiárias de programa de incentivo.	100%	%	%	%	%
Cálculo do Indicador: número de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da ESF com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou ESB / total de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da ESF.					

Fonte: PEP Vitacare
Periodicidade da avaliação: Trimestral

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.

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



No período avaliado, apenas 8 equipes não atingiram a meta estabelecida para este indicador, que visa garantir que 70% ou mais das consultas aos pacientes sejam realizadas diretamente pelo médico de família. Uma mudança realizada entre o TA anterior e o atual foi na meta, que deixou de ser “70% a 95%” e passou a ser >70%.

Entre os fatores que interferem para estas equipes não alcançarem este indicador, destacam-se a vacância de profissionais, as férias dos médicos e as licenças médicas.

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

Observa-se uma estabilidade no alcance do indicador de percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos. Apenas 9 equipes não alcançaram o indicador. A maioria das equipes está concentrada no Complexo de Inhaúma - unidades CF Bibi Vogel, CF Herbert José de Souza - e um desafio desta área está relacionado ao perfil de atendimento destas unidades, pois os usuários buscam muito a unidade de APS em demanda espontânea.

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

Para a partir do mês de outubro, com o novo TA, houve uma mudança na regra deste indicador, que agora considera apenas as visitas domiciliares (VDs) realizadas pelos agentes comunitários de saúde. A meta também deixou de ser condicionada à cobertura de eSB, passando de “300/1000 sem eSB e 320/1000 com eSB” a “360/1000”.

Para avaliações mensais, como a que fazemos neste relatório, consideramos uma meta parcial de 120 VDs, logo, as 99 equipes atingiram esta meta no mês de outubro. A supervisão de território realizou feedback com as unidades com alguma dificuldade.



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

Observa-se um comportamento regular no alcance do indicador de taxa de grupos educativos realizados no mês. No período avaliado apenas 18 equipes não alcançaram esse indicador, onde também é considerada uma meta parcial de 4 grupos.

A equipe de supervisão de território realizou feedback com as unidades com alguma fragilidade e pactuou ações de intervenção para melhoria do processo.

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

Para a partir do mês de outubro, com o novo TA, 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%. Apenas uma equipe não atingiu essa meta no período avaliado, atribuída a um erro no preenchimento no prontuário eletrônico. Assim que identificado, a equipe da Gerência de Qualidade realizou o feedback com a unidade para evitar que ocorra novamente.

É importante destacar o progresso das equipes na unidade CMS Aquidabã. Este avanço foi impulsionado por melhorias na estrutura e pela cobertura de vagas, resultando em um notável aumento na disponibilidade dos serviços oferecidos.

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



Percebe-se uma evolução na quantidade de equipes que atingem este indicador.

A supervisão de território planeja realizar ações educativas para intervir junto às 7 equipes que não alcançaram esse indicador. O objetivo é pactuar com elas para garantir o registro correto dos agendamentos no prontuário eletrônico.

Essas ações educativas são essenciais para orientar e capacitar as equipes a realizar os registros de agendamento de forma correta no sistema de prontuário eletrônico. Isso não apenas ajuda a garantir a precisão dos dados, mas também contribui para o cumprimento das metas estabelecidas.

2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

* Com o novo termo aditivo, houve uma **mudança significativa no indicador** de cobertura de primeira consulta odontológica, onde o denominador deixa de multiplicar população cadastrada pela divisão de número de eSB pelo número de eSF, passando a ser apenas por população cadastrada.

	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.

Em outubro apenas 16 equipes alcançaram o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica.

As unidades estão em processo de adaptação quanto ao novo cálculo.

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



No mês de outubro, embora tenha havido um aumento na coleta de exames preventivos em todas as unidades, notamos uma estabilidade no número de equipes que conseguem atingir essa meta. Destaca-se que a equipe Magalhães Castro, lotada na CF Anna Nery, foi a única a atingir a meta.

Durante esse período, houve um acordo entre equipes e gestão (CAP e supervisão de território) para implementar estratégias visando ampliar o acesso à coleta de exames preventivos. As unidades de saúde realizaram ações fora de seus espaços habituais e intensificaram a oferta desses exames.

Para apoiar e monitorar essas ações relacionadas ao Outubro Rosa, a Supervisão de Território em conjunto com a linha de cuidado da CAP desempenharam um papel fundamental.

Essas iniciativas demonstram um esforço significativo para aumentar a conscientização e facilitar o acesso aos exames preventivos, especialmente durante um período dedicado a destacar a importância da prevenção do câncer de mama.

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.

Nota-se um comportamento regular na quantidade de equipes que alcançam este indicador quando comparados o mês objeto deste relatório (outubro) com o último (setembro).

As unidades de saúde que apresentam maiores desafios nesse indicador serão consideradas prioritárias durante as visitas institucionais da linha de cuidados de doenças crônicas. A supervisão de território estará envolvida para realizar uma matriz de intervenção, focada na melhoria desse indicador nessas unidades específicas. Essa abordagem visa direcionar atenção especial e estratégias específicas para as unidades que enfrentam dificuldades na garantia do acompanhamento adequado para pessoas com diagnóstico de diabetes, visando aprimorar os cuidados e resultados nessa área.

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.



Nota-se uma discreta queda na quantidade de equipes que alcançaram este indicador quando comparamos outubro a setembro.

As unidades de saúde que apresentam maiores desafios nesse indicador serão consideradas prioritárias durante as visitas institucionais da linha de cuidados de doenças crônicas. A supervisão de território estará envolvida para realizar uma matriz de intervenção, focada na melhoria desse indicador nessas unidades específicas. Essa abordagem visa direcionar atenção especial e estratégias específicas para as unidades que enfrentam dificuldades na garantia do acompanhamento adequado para pessoas com diagnóstico de hipertensão, visando aprimorar os cuidados e resultados nessa área.

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

No mês de outubro, houve uma redução no número de equipes que conseguiram atender ao indicador referente ao Percentual de crianças com até 2 anos e com o cartão de vacinas devidamente atualizado. Nesse período, 70 equipes alcançaram a meta estabelecida.

As unidades de saúde que demonstraram maior fragilidade nesse quesito serão objeto de feedback por parte da equipe de supervisão territorial. Isso implicará em um compromisso para monitorar de perto as listas das crianças menores de 2 anos que estão com atrasos no esquema de vacinação. Essa estratégia tem como objetivo identificar e corrigir eventuais falhas no acompanhamento do calendário vacinal das crianças, visando garantir a administração adequada das vacinas e assegurar que os pequenos recebam a imunização conforme preconizado pelas diretrizes de saúde.

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

No mês de outubro, 111 equipes atingiram o indicador que mede o Percentual de crianças até 6 anos com seus cartões de vacinação atualizados, apenas uma equipe não alcançou essa marca.



A supervisão territorial conduziu uma sessão de feedback com a equipe que teve mais dificuldades nesse indicador, visando estabelecer um plano de ação para intervenções e aprimoramento do processo de trabalho.

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

Observa-se uma melhoria no indicador que avalia o percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre da gravidez em comparação com o mês de setembro. Destacamos que o monitoramento de listas de gestão foi uma ferramenta crucial no processo de aprimoramento desse indicador.

As unidades que enfrentaram maiores dificuldades estão atualmente passando por intervenções através de feedbacks conduzidos pela supervisão territorial. Este processo visa 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 nas respectivas unidades de saúde.

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

No mês de outubro o indicador que avalia o percentual de primeiras consultas de puericultura realizadas até os 15 dias de vida apresentou uma queda em comparação com o mês de setembro. No período objeto de avaliação neste relatório, 63 equipes de saúde da família alcançaram a meta deste indicador.

A equipe de Supervisão de Território tem conduzido feedbacks com as unidades que demonstraram maiores fragilidades nesse indicador. O objetivo é identificar estratégias e implementar ações direcionadas para a melhoria nessas unidades. Essa abordagem visa entender as causas 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.

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

Observa-se uma queda significativa no número de equipes que alcançaram o indicador que avalia a razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. No período avaliado, houve uma diferença de 51 equipes em comparação com o mês de setembro. É importante destacar que, durante outubro, houve um aumento na vacância e profissionais dentistas de férias, o que teve uma repercussão negativa no resultado deste indicador.

Para abordar 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 nas equipes de saúde bucal. O objetivo é estabelecer um plano de ação para intervenções específicas visando melhorar esse indicador. Essa abordagem visa compreender os motivos por trás da diminuição no desempenho e colaborar com as equipes de saúde bucal para implementar estratégias que ajudem a superar os desafios enfrentados devido à vacância e ausência de profissionais, visando, ainda, melhorar a relação entre os tratamentos odontológicos concluídos e as primeiras consultas programáticas.

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

A partir de abril de 2023 começou a valer a pactuação feita junto à CAP 3.2 de validar os resultados apenas de unidades que tiveram um número de inquéritos respondidos igual ou superior a 5% do denominador do indicador A2. No gráfico abaixo pode ser visualizada a quantidade de equipes que alcançaram o mínimo



de inquéritos respondidos e, pelo menos, 90% de respostas de “satisfeitos ou muito satisfeitos”. Esta meta sofreu alteração no novo termo aditivo, passou de 80% para 90%.

Analisando o resultado do mês de outubro, podemos observar uma melhoria no quantitativo de equipes que têm alcançado este indicador. Podemos destacar como desafios: a instabilidade do funcionamento do aplicativo e o mal uso do tablet em algumas unidades.

A supervisão de território tem realizado visitas nas unidades estimulando o uso do tablet como ferramenta de gestão e reforçando junto às equipes sua importância, orientando a visita do TI da OSS para minimizar as fragilidades técnicas do equipamento.

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

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

Com o novo termo aditivo, houve uma mudança nos detalhes deste indicador. Antes havia a inclusão dos medicamentos REMUME e agora, não mais.

Nota-se em outubro uma variação positiva em comparação ao período anterior, apenas 3 equipes não atingiram o valor estabelecido como meta. As estratégias adotadas pelas unidades foram diversas, incluindo educação contínua para a equipe médica, definição de fluxos para prescrições e revisão de pedidos externos de pacientes na rede particular. Adicionalmente, as reuniões de Revisão Terapêutica têm sido empregadas para sensibilizar a equipe sobre a relevância da prescrição adequada no prontuário eletrônico, com o objetivo de melhorar tanto a qualidade das prescrições quanto o registro preciso das informações.

As equipes que não alcançaram o indicador ressaltaram a necessidade de ajustes no processo de trabalho e reforçaram a importância da educação contínua para os profissionais médicos. Essas ações visam aprimorar a qualidade das práticas de prescrição médica, enfatizando a importância de registros precisos e procedimentos padronizados. Além disso, a busca por ajustes contínuos no processo de trabalho busca garantir uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.



2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.

Observa-se uma redução no número de equipes que conseguiram alcançar este indicador quando se compara outubro com setembro. Identificamos como uma fragilidade a alta rotatividade de profissionais médicos, o que tem repercutido com prescrições em campos inadequados no prontuário eletrônico.

A supervisão de território e a responsável técnica médica da CAP 3.2 planejam realizar visitas institucionais. O objetivo dessas visitas é sensibilizar os médicos sobre a importância do preenchimento adequado no VitaCare e a necessidade de manter a listagem de medicamentos atualizada na REMUME. Essa abordagem busca orientar os médicos sobre boas práticas de prescrição, incentivando o uso adequado do sistema de registro e garantindo a atualização correta da lista de medicamentos, o que contribuirá para uma prescrição mais precisa e alinhada com as diretrizes da REMUME.

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

Ao analisarmos o desempenho das equipes em outubro através do indicador E3, identificamos uma estabilidade na quantidade de equipes que atingem a meta, quando comparado a setembro. Um ponto significativo que afeta a capacidade de alcance e a resolutividade dos atendimentos é a rotatividade dos profissionais médicos.

Para atingir 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 buscam aprimorar a capacidade de resposta das equipes de saúde, garantindo uma melhor gestão dos encaminhamentos e proporcionando um cuidado mais eficiente e adaptado às necessidades dos pacientes.



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

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

3. PARTE 3

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

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A parte variável 03 consiste em um recurso pago trimestralmente aos profissionais tendo como valor de referência o salário base de cada profissional. Com o segundo termo aditivo, houve mudanças em todos os grupos de ações. Antes, eram 13 grupos e agora passam a ser 11. Todos os grupos sofreram alterações em termos de estrutura e/ou quantidade de “Lacunas de Cuidado (LC)”, que são o “peso” de cada grupo e antes eram chamadas de Unidades Contábeis (UC). A quantidade de LC a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal. Por exemplo: se a equipe de saúde pontua 30 usuários no grupo de ações 7, que é “acompanhamento anual de uma pessoa hipertensa” e vale 03 LC, ela já contará com 90 LC no período. Uma equipe terá como teto o alcance de 300 LC no trimestre – limite mínimo de 60 LC no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos quatro grupos de ações – o que corresponde a 10% da soma dos salários base dos 3 meses.

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

e de Saúde Bucal (cirurgião dentista, TSB e ASB). Aqui também houve uma mudança importante, pois os profissionais da farmácia e o gerente não eram contemplados no termo anterior.

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

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

A seguir, apresentamos o número de equipes que pontuaram em cada grupo de ação no mês de Novembro de 2023. A comparação com meses anteriores fica prejudicada devido às modificações realizadas nas estruturas dos indicadores.

Em se tratando do **Grupo 01 (G1), 'Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU'**, a área como um todo apresenta um bom resultado. Aproximadamente 91% das equipes pontuaram neste indicador. Um acontecimento importante ao longo dos meses do último trimestre foi a capacitação de enfermeiros para a inserção de DIU, o que aumentou o número de procedimentos realizados na área.



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

O **Grupo 02 (G2)** agora é '**Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino**'. Nota-se também um grande número de equipes pontuando. A busca ativa por mulheres na idade alvo da prevenção do câncer de colo de útero tem sido uma prioridade de trabalho para as equipes de saúde da família da AP 3.2.

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

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.

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



meses de vida; e em vez de dois registros, agora é solicitado um registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor.

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

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

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

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



O **Grupo 10 (G10)**, que era ‘acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas’ agora é ‘**Acompanhamento de uma pessoa tabagista**’.

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

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
-----	-----------	------	--------------	-------

11/10/2023	Accountability CMS Tia Alice	Apresentação de resultados	SUBPAV e profissionais da unidade	CMS Tia Alice
Participantes:	Supervisão de Território IDEIAS, profissionais do CMS TA, parceiros do território e SUBPAV			

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

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

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 no mês de outubro.

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

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 – OFÍCIO Nº SMS-OFI-
2023/31321

ANEXO 2 – E-MAIL SUBPAV SOBRE
INDICADOR 12 – SÍFILIS NA GESTAÇÃO

ANEXO 3 – DECLARAÇÕES
COMPROBATÓRIAS DA V1

