TEIAS 3.2

TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE - ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.2

RELATÓRIO DE GESTÃO

Contrato de Gestão Nº 007/2021

Referência: Fevereiro de 2025

EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Assessor Executivo de Projetos

Rodrigo Moraes

Gerente de Projeto

Liz Lutterbach

Gerente de Qualidade

Mônica do Carmo

Responsável Técnica de Odontologia

Nerusa Grisolia

Analista de Gestão e Qualidade

Jacqueline Valim Araujo

Assistente de Qualidade e Planejamento

Jéssica Ximenes

Victor Zäni

Supervisão de Território

Marianna Costa

Rodrigo Rodriguez

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 5
1. PARTE 1 8
1.1 Resultado dos Indicadores da Variável 01: Incentivo à Gestão do TEIAS 11
1.1.1 Manutenção de Comissões de Prontuários nas Unidades 11
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 13
1.1.4 Abastecimento regular das unidades 14
1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados 15
1.1.6 Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO) 16
1.1.7 Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3) 17
1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos 18
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 19
1.1.11 Proporção de cura de tuberculose 20
1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação 22
1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas 24
1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) 27
1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores 28
1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes 29
1.1.17 Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas. 30
1.1.18 Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção e assistência 31
1.1.19 Desempenho Assistencial 32
2. PARTE 2 33
2.1 Resultado dos Indicadores da Variável 02: incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária 33
2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família. 35
2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos. 36

2.1.2 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos. 36
2.1.3 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos. 37
2.1.4 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados. 39
2.1.5 Indicador A6 – Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico. 40
2.1.6 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática. 41
2.1.7 Indicador D1 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos. 42
2.1.8 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. 45
2.1.9 Indicador D3 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses. 46
2.1.10 Indicador D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado. 47
2.1.11 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado. 48
2.1.12 Indicador D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. 49
2.1.13 Indicador D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida. 50
2.1.14 Indicador D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. 52
2.1.15 Indicador S1 – Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos. 53
2.1.16 Indicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário. 53
2.1.17 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME. 54
2.1.18 Indicador E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos. 55
2.1.19 Indicador E4 - Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG. 56
3 PARTE 3 56
3.1 Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB). 56
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 67
EDUCAÇÃO PERMANENTE 68
5 REFERÊNCIAS 70
ANEXO 1 - DECLARAÇÕES COMPROBATÓRIAS DA V1 71

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.

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

Em julho de 2023 houve a celebração do 2° termo aditivo ao contrato de gestão (termo Aditivo N° 010/2023), com a substituição do Anexo Técnico E – "Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os serviços de saúde – Área de Planejamento 3.2" e o estabelecimento do Anexo F – "Cronograma de Desembolso Financeiro e Metas Físicas". Com este documento houve alterações importantes nos indicadores de desempenho assistencial, tendo início a partir de outubro 2023.

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 Eliza Abrantes	5	0
CMS Carlos Gentille de Mello	4	2
CMS Cesar Pernetta	3	1
CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite	3	1
CMS Milton Fontes Magarão	4	1
CMS Renato Rocco	4	2

CMS Rodolpho Rocco	6	3
CMS Tia Alice	2	1

Unidade	Quantidade
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 mês de **janeiro de 2025.**

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 o quadro síntese contendo os resultados da Parte Variável 01 para o mês de **fevereiro.**

Análise Assistencial Variável 1 - Competência: fevereiro de 2025						
Indicador		Meta	Num/Den		Resultado	Alcançado (Sim/Não)
01	**Manutenção de comissões de prontuário**	95%	Numerador	24	**100%**	Sim
			Denominador	24		
02	**Acompanhamento do Cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES)**	95%	Numerador	1185	**95,95%**	Sim
			Denominador	1235		
03	**Estrutura para impressão de**	95%	Numerador	381	**99,74%**	Sim
			Denominador	382		

	documentos assistenciais					
04	**Abastecimento regular das unidades**	95%	Numerador	22	**91,67%**	Não
			Denominador	24		
05	**Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados**	95%	Numerador	22	**91,67%**	Não
			Denominador	24		
06	**Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)**	100%	Numerador	24	**100%**	**Sim**
			Denominador	24		
07	**Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes**	100%	Numerador	1235	**100%**	**Sim**
			Denominador	1235		
08	**Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos**	≤ 1	Numerador	-	**-**	NSA²
			Denominador	-		
09	**Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS**	95%	Numerador	-	**-**	NSA²
			Denominador	-		
10	**Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados**	95%	Numerador	591	**96,57%**	Sim
			Denominador	612		
11	**Proporção de cura de Tuberculose**	90%	Numerador	37	**84,09%**	Não
			Denominador	44		
12	**Acompanhamento de Sífilis na Gestação**	90%	Numerador	29	**38,16%**	Não
			Denominador	76		
13		85%	Numerador	133	**80,61%**	Não

	Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas		Denominador	165		
14	**Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)**	90%	Numerador	431296	**98,29%**	Sim
			Denominador	438785		
15	**Manutenção dos Colegiados Gestores**	95%	Numerador	24	**100%**	Sim
			Denominador	24		
16	**Rotatividade de profissionais nas equipes**	≤ 5	Numerador			
			Denominador			
17	**Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas**	Jan 20%	Numerador			
			Denominador			
18	**Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pela eSF e eSB**	90%	Numerador	133	**100%**	Sim
			Denominador	133		
19	**Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família**	100%	Numerador	2687	**21,86%**	NSA
			Denominador	12294		

Fonte dos dados: PEP/VitaCare. Competência: 01/01/2025 a 31/01/2025.

[2] NSA = Não se aplica. Indicador calculado ao final do trimestre.

[3] NSA = O mês de janeiro não é letivo, logo, não será considerado no trimestre.

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

Neste tópico apresentamos os resultados detalhados 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 Indicador 01 - Manutenção de Comissões de Prontuários nas Unidades

Indicador	Meta	Resultado Trimestre	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de UAP com Comissões de prontuários mantidas.	95%	-	100,00%	100%	-
Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comissões em atividade mensal / Nº de unidades com equipes de saúde da família x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: meta alcançada no período em análise.					

A instauração de uma Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) atende às resoluções N° 41/1992 do CREMERJ e N° 1638/2002 do CFM, que determinam a obrigatoriedade dessas comissões nas instituições de saúde. Segundo esta última resolução, o prontuário do paciente é um documento único, composto por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações relacionadas à saúde do paciente e à assistência prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, o prontuário possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional, garantindo a continuidade do cuidado, servindo como ferramenta de avaliação da qualidade da assistência e contribuindo para a segurança do paciente.

Para o acompanhamento efetivo das Comissões implementadas nas Unidades de Atenção Primária (UAP), a Gerência de Qualidade IDEIAS (GQI) desenvolveu roteiros estruturados para avaliações por linhas de cuidado, permitindo uma análise qualitativa dos prontuários e orientando a melhoria dos processos de trabalho e da prestação de cuidados em saúde. Esses roteiros estão em uso desde outubro de 2021, com o início do contrato de gestão firmado com a CAP 3.2.

Atualmente, as avaliações da Comissão de Revisão de Prontuário estão sendo revistas e deverão ser acordadas entre a Gerência de Qualidade e a Coordenação da CAP 3.2 nos próximos meses de 2025 para definição sobre a retomada dessas atividades. Vale destacar que o indicador da Comissão de Revisão de Prontuário permaneceu em 100% em janeiro de 2025, assim como no último trimestre de 2024.

1.1.2 Indicador 02 - Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

Indicador	Meta	Resultado Trimestre	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de profissionais de saúde cadastradas no SCNES.	95%	-	96,84%	95,95%	-
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 tem como objetivo acompanhar e comparar se os profissionais cadastrados no sistema de prontuário eletrônico estão devidamente registrados no SCNES. Para que seja um instrumento eficaz de gestão, garantindo dados

confiáveis e a adequada distribuição e composição dos profissionais da área, a equipe da Gerência de Qualidade e o RH do IDEIAS, em articulação com a DICA CAP 3.2, realizam um acompanhamento semanal das movimentações do SCNES, além do monitoramento contínuo junto ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) VitaCare, visando à correção permanente das informações. A meta estabelecida é de 95% e continuou sendo cumprida em fevereiro, com valor de 95,95%.

1.1.3 Indicador 03 - Estrutura para impressão de documentos assistenciais

Indicador	Meta	Resultado Trimestre	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Percentual de consultórios com impressora funcionando.	95%	-	99,21%	99,74%	-
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 os documentos produzidos nos atendimentos, como receitas, solicitação de exames e orientações é um dos caminhos para a garantia da comunicação eficaz entre instituição/profissional e usuário do serviço, minimizando os pontos que podem gerar dúvidas ou imprecisão nessa relação. Isso faz parte da Segurança do Paciente, a informatização também tem como objetivo agilizar o processo de trabalho, evitando atrasos no atendimento e na prescrição de terapias. 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 em fevereiro alcançando 99,74% de estrutura para impressão de documentos assistenciais.

1.1.4 Indicador 04 - Abastecimento regular das Unidades

Indicador	Meta	Resultado Trimestral	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente.	95%	-	95,83%	91,67%	-
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 fatores cruciais para o desenvolvimento das atividades de atenção à saúde e para a excelência operacional das instituições de saúde. A regularidade no abastecimento e a adequada provisão de recursos impactam diretamente o desempenho dos serviços de saúde e a percepção dos profissionais e da população sobre a qualidade assistencial (Infante, 2007).

A equipe de gestão do projeto IDEIAS segue empenhada em garantir a qualidade dos serviços prestados, aprimorando processos e reforçando continuamente o compromisso com a melhoria na logística e no abastecimento das Unidades de Atenção Primária da AP 3.2. Os esforços da equipe permanecem voltados para a manutenção da eficiência operacional e da qualidade assistencial, garantindo que o abastecimento adequado continue sendo prioridade. O foco central segue sendo o impacto positivo na saúde dos pacientes e a excelência dos serviços prestados.

Durante a extração do documento, a CF Olga Pereira Pacheco apresentou um erro, resultando na abertura do chamado t_69627 para correção. Já a CF Edney Canazarro de Oliveira, apesar de ter recebido todos os materiais solicitados no dia 24 de fevereiro de 2025, registrou a informação como “não abastecida regularmente” e agerente da unidade foi notificada. Esse apontamento será revisado para verificar possíveis inconsistências no registro.

1.1.5 Indicador 05 - Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados

Indicador	Meta	Resultado Trimestral	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.	95%	-	100,00%	91,67%	
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).

Assegurar o fornecimento de medicamentos controlados por profissionais farmacêuticos é um compromisso da gestão da área. Atualmente, 100% das unidades da AP 3.2 disponibilizam esses medicamentos. No mês de fevereiro, no entanto, duas unidades, CMS Milton Fontes Magarão e CF Carioca tiveram suas farmacêuticas em período de férias, o que resultou na ausência de registros de fornecimento no prontuário eletrônico. Essa situação será analisada para garantir a continuidade do serviço mesmo em períodos de afastamento dos profissionais.

1.1.6 Indicador 06 - Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)

Indicador	Meta	Resultado Trimestral	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de unidades que informaram em dia.	100%	-	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.

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

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

1.1.7 Indicador 07 - Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3)

Indicador	Meta	Resultado Trimestral	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 desempenho (V2 e V3), de sua equipe.	100%	-	100,00%	100,00%	
Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário / nº total de profissionais de ESF e ESB na área x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: meta alcançada no período em análise. Considera-se para este indicador as declarações emitidas pela DICA da AP 3.2 e relatório emitido pelo PEP VitaCare.					

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

1.1.8 Indicador 08 - Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos

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

1.1.9 Indicador 09 - Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS/RJ

Indicador	Meta	Resultado Trimestral	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS.	95%	-	-	-	-
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 Indicador 10 - Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

Indicador	Meta	Resultado Trimestre	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e serviços prestados.	95%	-	95,27%	96,57%	-
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 realiza o acompanhamento contínuo das avaliações feitas pelos gestores das UAP, referentes à qualidade dos itens fornecidos e serviços prestados às unidades. Esse processo tem como objetivo principal obter feedbacks que auxiliem na melhoria contínua dos processos, garantindo o funcionamento eficiente dos serviços de saúde e promovendo condições adequadas tanto para os profissionais quanto para os usuários.

Sempre que identificado algum serviço ou item que não atende aos padrões esperados, medidas corretivas são discutidas em conjunto com a Gerência de Projetos, Gerência de Qualidade e a Supervisão de Território, reforçando o compromisso com a excelência.

Em fevereiro de 2025, a meta estabelecida foi atingida, registrando um percentual de 96,57%. No entanto, algumas unidades de saúde apresentaram apontamentos negativos que impactaram esse resultado. Entre elas, destacam-se a CF Amélia dos Santos Ferreira (77,27%), a CF Erivaldo Fernandes Nóbrega (96,67%), a CF Izabel dos Santos

(95,83%), a CF Sérgio Nicolau Amin (60,00%), a CMS Antenor Nascentes (87,50%), a CMS Carlos Gentille de Mello (96,15%) e a CMS Renato Rocco (96,15%).

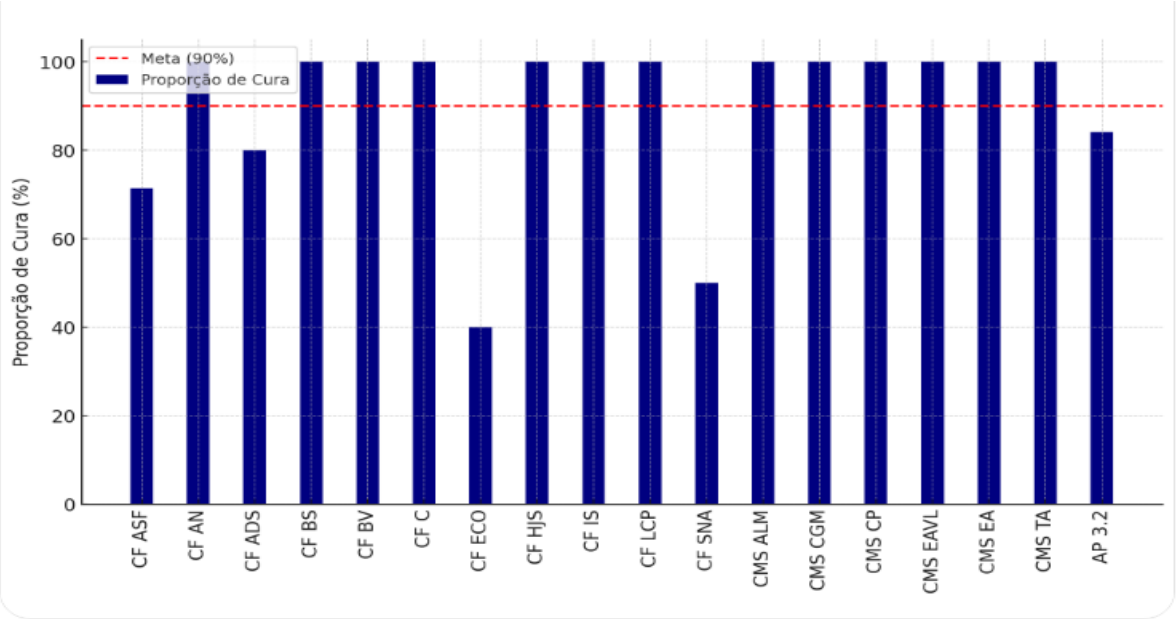
As principais questões levantadas foram a falta de manutenção preventiva dos aparelhos de ar-condicionado e a qualidade da programação visual das unidades. Em relação à manutenção dos aparelhos de climatização, o contrato já foi renovado, e quanto à programação visual, a empresa responsável já foi notificada para providenciar as melhorias necessárias.

Diante dessas observações, a equipe de gestão segue comprometida com a adoção de medidas que garantam a melhoria contínua dos serviços, assegurando tanto o cumprimento das metas estabelecidas quanto a qualidade da assistência prestada à população.

1.1.11 Indicador 11 - Proporção de cura de tuberculose

Indicador	Meta	Resultado Trimestre	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período.	90%	-	80,39%	84,09%	-
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.					
Indicador 11 - Proporção de cura de tuberculose					

Indicador 11 – Proporção de cura de tuberculose - Fevereiro



Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

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

Em fevereiro de 2025, a proporção de cura da tuberculose atingiu 84,09%, ainda abaixo da meta estabelecida de 90%. No período analisado, entre as unidades que tiveram encerramento de casos, quatro não registraram casos de tuberculose encerrados por cura, impactando negativamente o indicador. São elas: CF Amélia dos Santos Ferreira, CF Anthídio Dias da Silveira, CF Edney Canazarro de Oliveira e CF Sérgio Nicolau Amin.

Diante desse cenário, a partir de fevereiro de 2025, iniciamos atividades de educação permanente nas unidades da AP 3.2, com o objetivo de fortalecer essa linha de cuidado, principalmente nas unidades mais críticas. Essas ações serão conduzidas em parceria com a responsável pela linha de cuidado na CAP, buscando aprimorar as estratégias de acompanhamento e intervenção.

Como parte das estratégias de suporte, foi disponibilizada para gestores e equipes uma ferramenta de monitoramento contínuo deste indicador. Essa iniciativa tem se mostrado

essencial para identificar fragilidades nos processos de trabalho e embasar a elaboração de planos de intervenção mais eficazes.

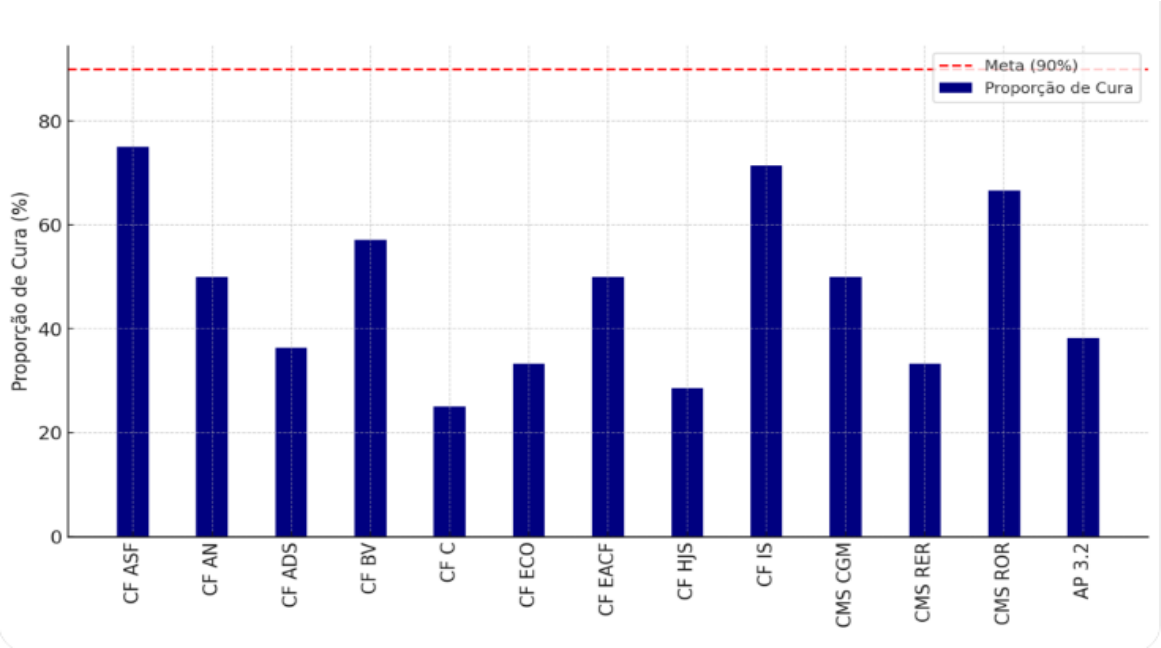
Além disso, o setor de qualidade realiza uma avaliação detalhada dos prontuários dos usuários com tuberculose que impactam negativamente o indicador. Esse processo busca compreender as barreiras enfrentadas durante o tratamento, sejam elas sociais, econômicas ou relacionadas ao acesso aos serviços. Os resultados dessas análises são compartilhados com a supervisão de território, a linha de cuidado da tuberculose, os gestores das unidades e os profissionais pontos focais, garantindo um acompanhamento mais próximo e eficiente.

Por fim, as unidades realizam o acompanhamento dos casos de tuberculose com base nos boletins extraídos do SINAN, elaborados pela apoiadora da linha de cuidado da CAP, complementando essas informações com os dados registrados no prontuário eletrônico.

1.1.12 Indicador 12 - Acompanhamento de Sífilis na Gestação

Indicador	Meta	Resultado Trimestre	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de notificações de sífilis na gestação com tratamento adequado	90%	-	31,34%	38,16%	-
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.					

Indicador 12 - Acompanhamento de Sífilis na Gestação - Fevereiro



Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Nota: *Estão apresentadas no gráfico apenas as unidades que tiveram acompanhamento de sífilis em Gestantes no período.*

Em fevereiro de 2025, a acompanhamento de Sífilis na Gestação atingiu 38,16%, abaixo da meta estabelecida de 90%. No mês vigente, tivemos 11 unidades que não tiveram gestantes com sífilis acompanhadas. Diante desse cenário, foram traçadas estratégias de melhoria deste indicador: Realizado um levantamento e enviado para as unidades a listagem de usuárias com alguma falta de registro de dose e/ou do número de notificação no SINAN para que as equipes avaliem e façam as adequações nos registros e identifiquem possíveis lacunas no cuidado.

Dentre os problemas encontrados para alcance do indicador podemos identificar os registros inadequados, mudanças de território pelos usuários que não completam as doses necessárias para o tratamento, alta rotatividade de profissionais e fluxos de atendimento inadequados. Para enfrentar esses desafios, iniciamos no mês vigente, treinamento da equipe para garantir o lançamento correto das doses aplicadas, a busca ativa de gestantes faltosas e a realização do pré-natal do parceiro. Essas medidas visam

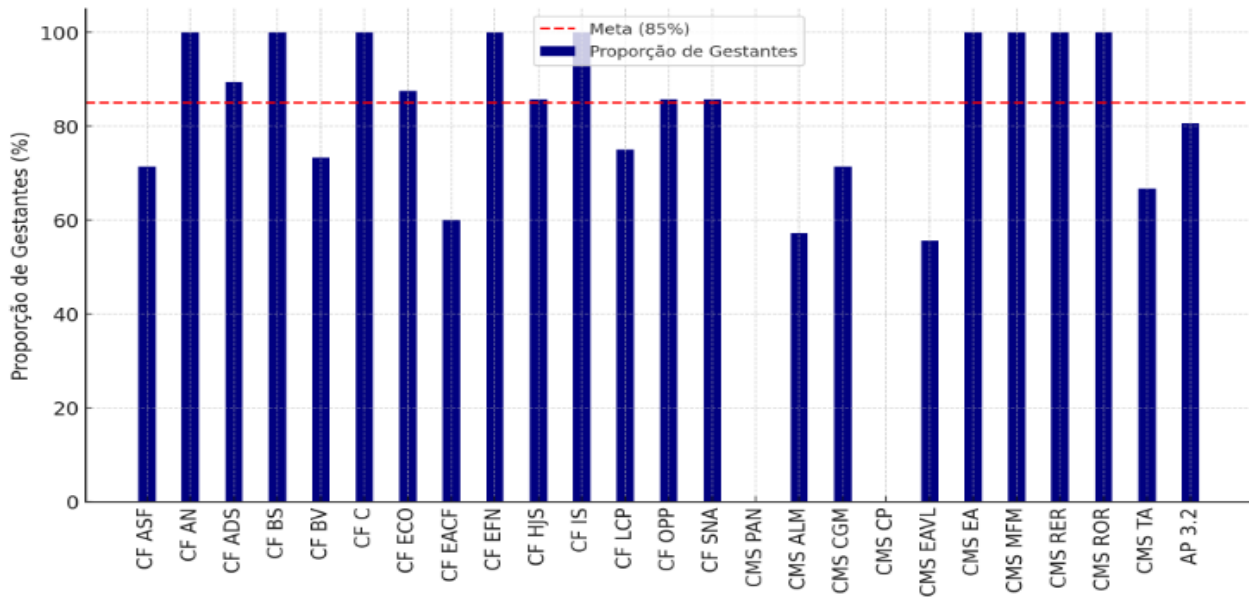
melhorar a precisão dos registros, aumentar a adesão ao tratamento e reduzir a rotatividade de profissionais, contribuindo para um atendimento mais eficaz e contínuo nas unidades de saúde.

1.1.13 Indicador 13 - Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas

Indicador	Meta	Resultado Trimestre	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal registradas no PEP.	85%	-	80,70%	¨80,61%	

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.

Indicador 13 - Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas – Fevereiro



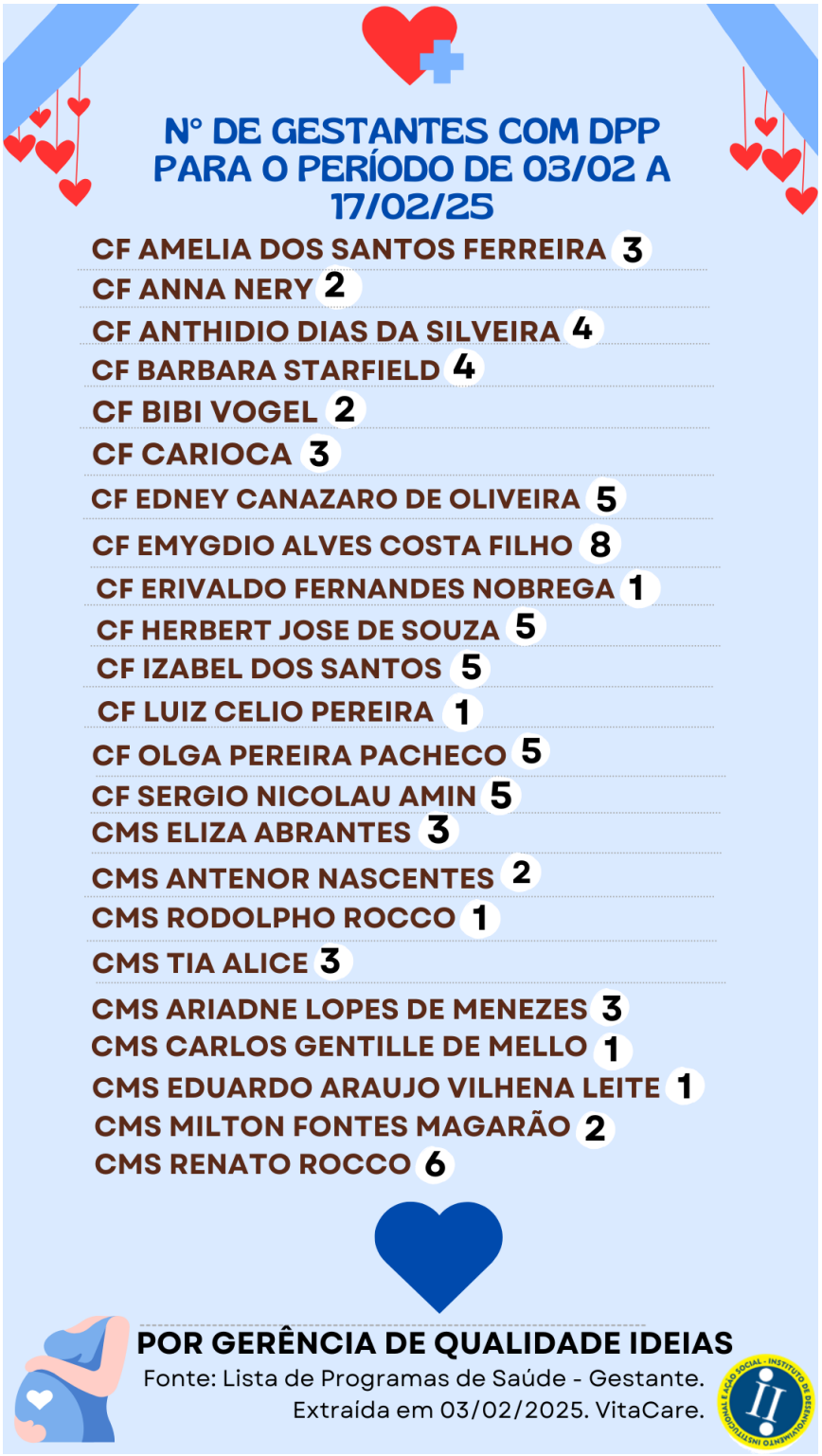
Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Em fevereiro de 2025, o acompanhamento de gestante com 7 ou mais consultas atingiu 80,61%, abaixo da meta estabelecida de 85%.

As estratégias de melhoria deste indicador são: ferramenta de monitoramento de gestantes, com disponibilização de listas de gestantes com sinalização da data provável do parto (DPP), 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.

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 capilarizarão facilitada entre as equipes. Visando qualificar e ampliar o monitoramento, além destas estratégias, passamos a comunicar semanalmente, com recurso visual (infográfico), inclusive, as gestantes com a DPP para a semana seguinte. Abaixo, segue um exemplo:



Dentre os problemas encontrados para alcance do indicador podemos identificar: A rotatividade das gestantes nos territórios dificultando a continuidade do cuidado, pois a

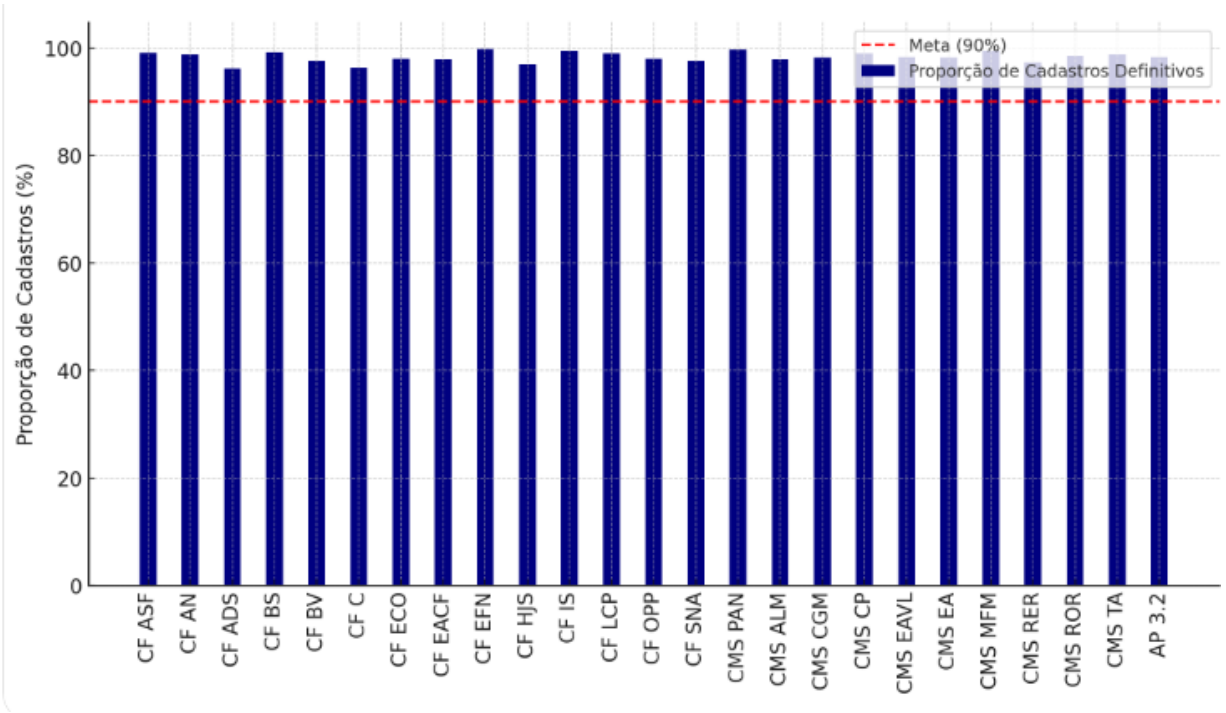
gestante pode mudar de área e ser atendida por diferentes equipes. O absenteísmo das gestantes em consultas programadas que compromete o acompanhamento regular e a identificação precoce de possíveis complicações. Além disso, gestantes encaminhadas para o alto risco muitas vezes optam por realizar todo o pré-natal apenas na unidade de referência, o que pode levar a uma desarticulação com a atenção primária e a perda de informações importantes para o seguimento integral do cuidado.

1.1.14 Indicador 14 - Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)

Indicador	Meta	Resultado Trimestre	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de cadastros definitivos com n° único (CPF)	90%	-	98,25%	98,29%	-

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.

Indicador 14 - Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) - Fevereiro



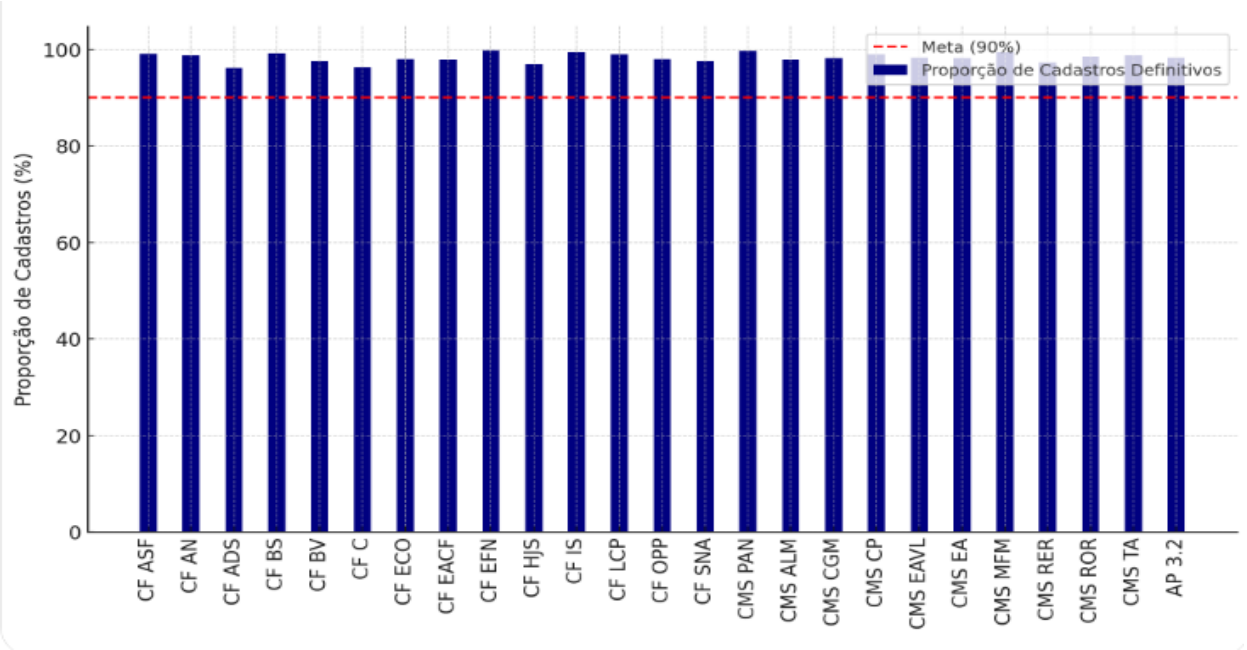
Fonte: PEP Vitacare
Periodicidade da avaliação: Trimestral

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 Indicador 15 - Manutenção dos Colegiados Gestores

Indicador	Meta	Resultado Trimestre	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	-	100,00%	100%	-
Cálculo do Indicador: Número de unidades com colegiados gestores com atividade mensal / Número de unidades com equipes de Saúde da Família X 100.					

Indicador 15 - Manutenção dos Colegiados Gestores



Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

As reuniões de colegiado gestor 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 compartilhas nas redes sociais, por informes aos usuários.

As unidades da AP 3.2 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.

1.1.16 Indicador 16 - Rotatividade de profissionais nas equipes

Indicador	Meta	Resultado Trimestre	Resultados mensais		
	≤5	-	Jan	Fev	Mar

Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família.			0,68	-	-
Cálculo do Indicador: [(Nº de profissionais substituídos + nº de profissionais admitidos) /2] / Nº total de profissionais ativos no período.					
Fonte: CNES					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

1.1.17 Indicador 17 - Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas.

Indicador	Meta	Resultado Trimestral	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Nº de crianças e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiárias.	Jul 20% Jun 90% Mai 80% Abr 60%	-	8,54%	-	-
Cálculo do Indicador: Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC acompanhados / Nº total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC.					
Fonte: Portal SUBPAV					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

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

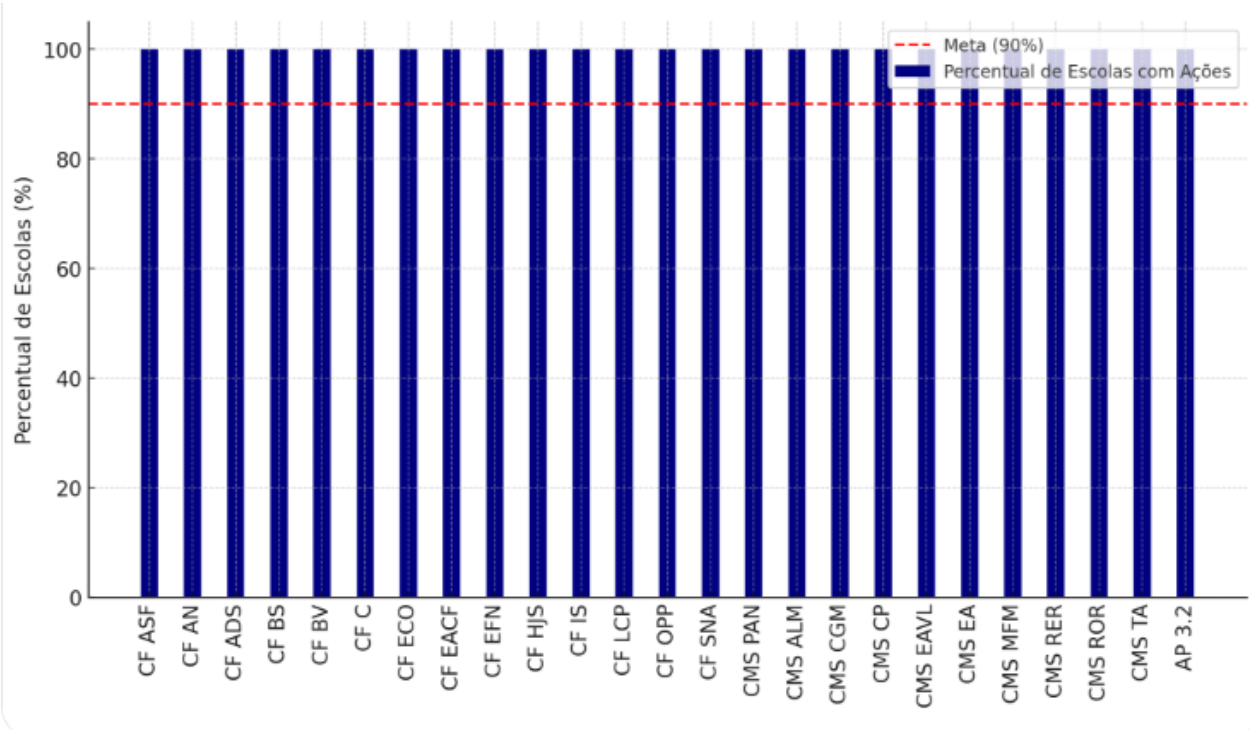
A plataforma SUBPAV onde são lançados os acompanhamentos foi aberta para essa vigência em 21 de janeiro de 2025, o que impactou na porcentagem de acompanhamento no mês vigente.

1.1.18 Indicador 18 - Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção e assistência

Indicador	Meta	Resultado Trimestre	Resultados mensais		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de escolas e creches cobertas na área da UAP	90%	-	51,88%*	100%	-

Cálculo do Indicador: Nº de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde / Total de escolas da área x 100.

Indicador 18 - Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção e assistência – Fevereiro



Fonte: PEP Vitacare

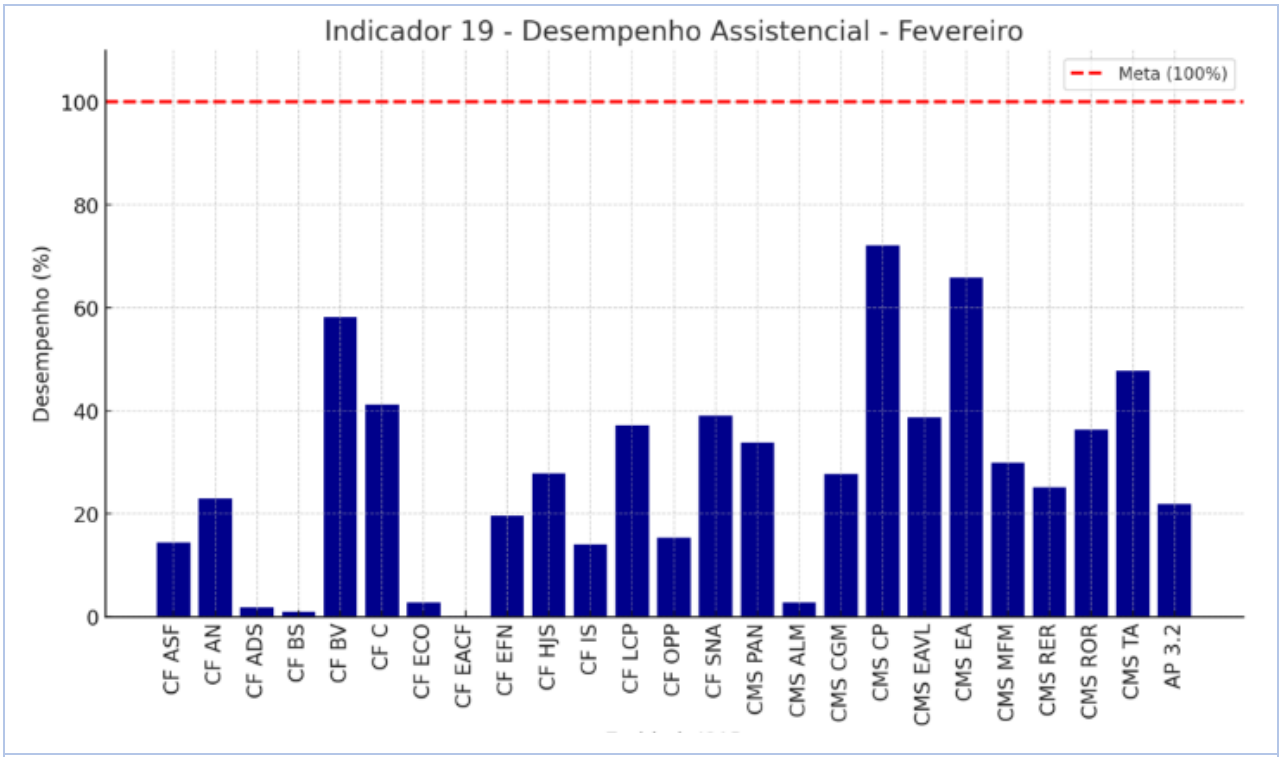
Periodicidade da avaliação: Mensal
Nota: * Mês não letivo, não será considerado para o trimestre.

Foram elaborados e implementados pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território IDEIAS instrumentos de monitoramento, visando ao apoio e alcance deste indicador, como solicitação do planejamento mensal das atividades a serem realizadas. Este deve acontecer até o 5° dia útil de cada mês. A Gerência de Qualidade IDEIAS acompanha semanalmente este indicador, até mesmo em menor intervalo, sinalizando às unidades e supervisores as escolas que ainda não sofreram ação no mês vigente e também parabenizando quando do alcance da meta.

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

1.1.19 Indicador 19 - Desempenho Assistencial

Indicador	Meta	Resultado Trimestre	Resultado Mensal		
			Jan	Fev	Mar
Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral entre as famílias beneficiárias de programa de incentivo.	100%	-	7,34%	21,86%	
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					
Indicador 19 - Desempenho Assistencial – Fevereiro					



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.

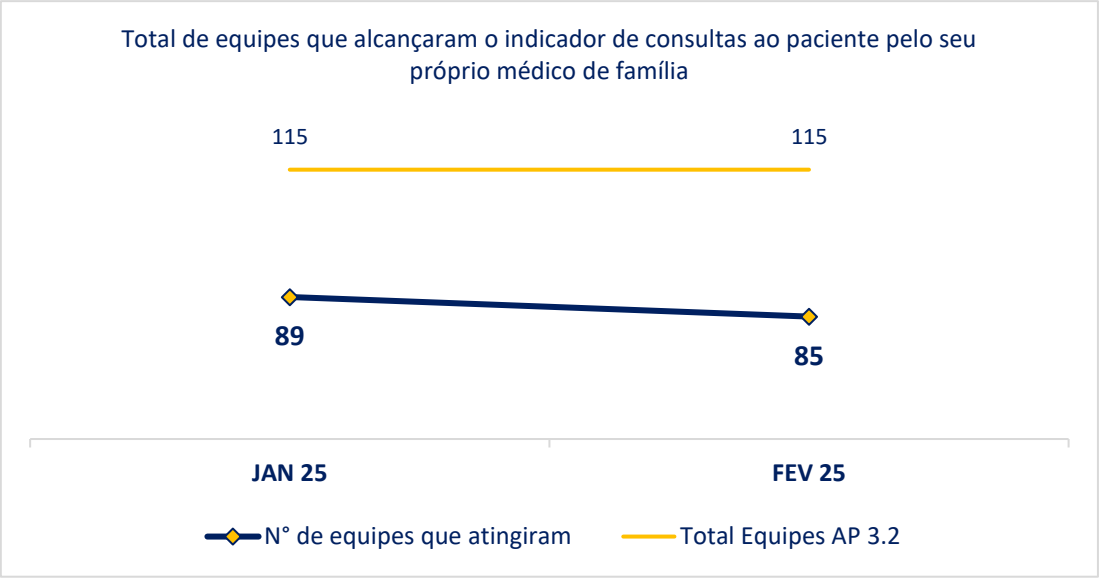
Somente se este percentual for atingido nos três meses do trimestre, as unidades que atingiram as metas de 17 a 20 indicadores terão 100% do repasse. Se não houver 90% de completude das Fichas de Cadastro, o repasse cairá para 50%.

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.

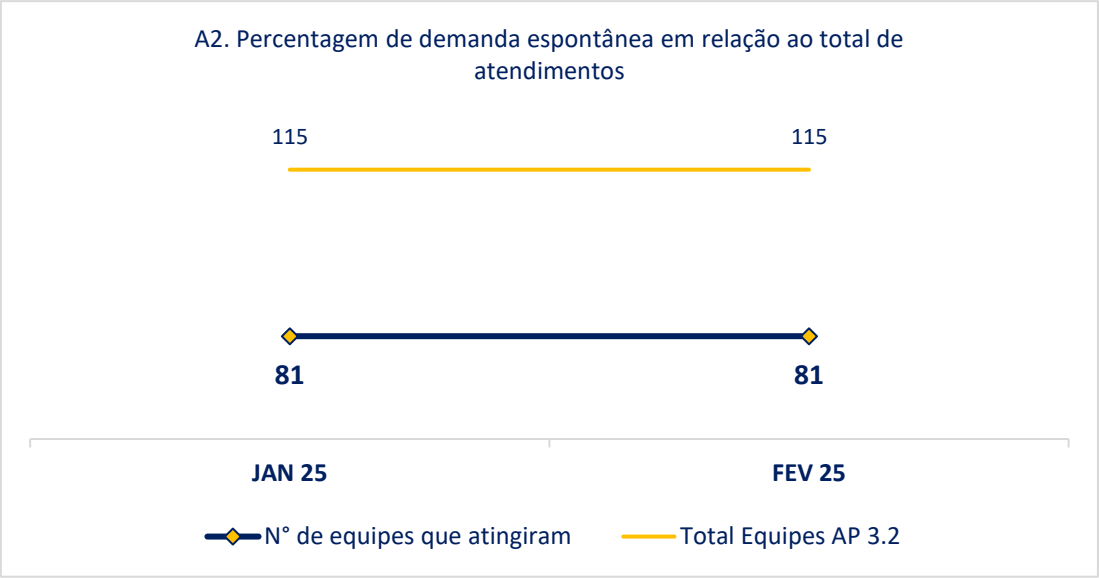
2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.



Em fevereiro de 2025, 85 equipes alcançaram a meta estipulada para consultas realizadas pelo próprio médico de família, chegando a 73,91% do indicador (meta alcançada), esse desempenho demonstra uma estabilidade comparada ao mês de janeiro de 2025.

Podemos destacar alguns fatores importantes que impactaram para desempenho insatisfatório, como: Vacância médicas em unidades como: CF Cabo Edney, CF Herbert de Souza, CF Bibi Vogel, outro fator que impacta é a quantidade profissionais médico retirando seu período de férias no mês de janeiro.

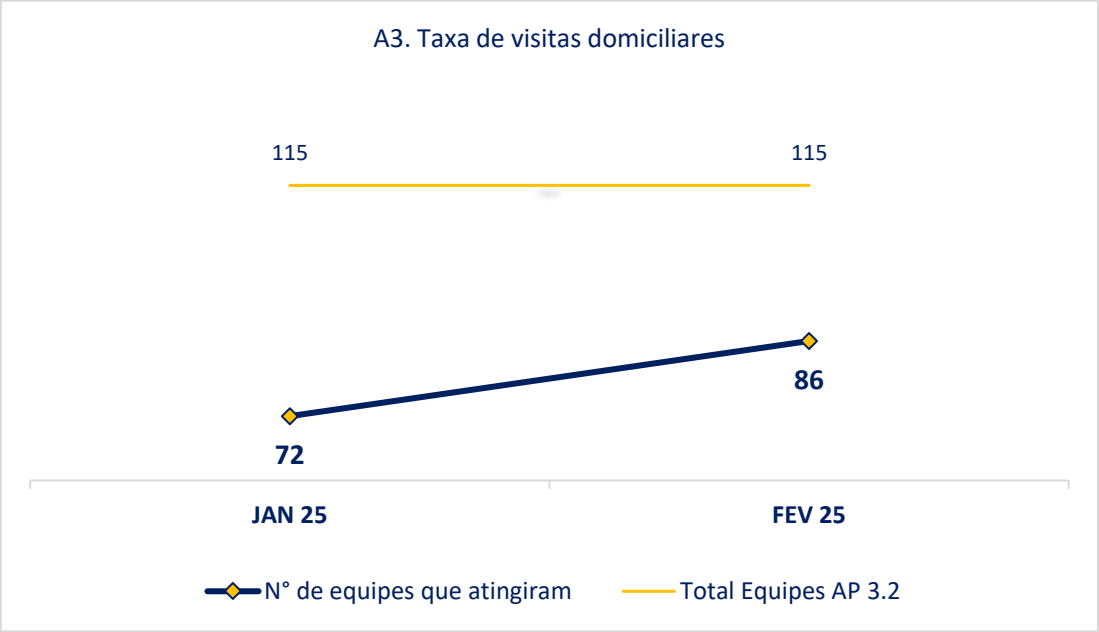
2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.



No mês de fevereiro mantemos o valor do indicador, 81 equipes alcançaram o indicador de desempenho proporcional à meta mensal.

Os principais fatores que influenciaram essa dificuldade foram as férias dos profissionais e a vacância de cargos, que afetaram a capacidade das equipes de atingir a meta estabelecida. O aumento da demanda espontânea e a capacidade de atendimento diminuída devido a vacâncias médica impactam diretamente no seu atendimento médico por equipe.

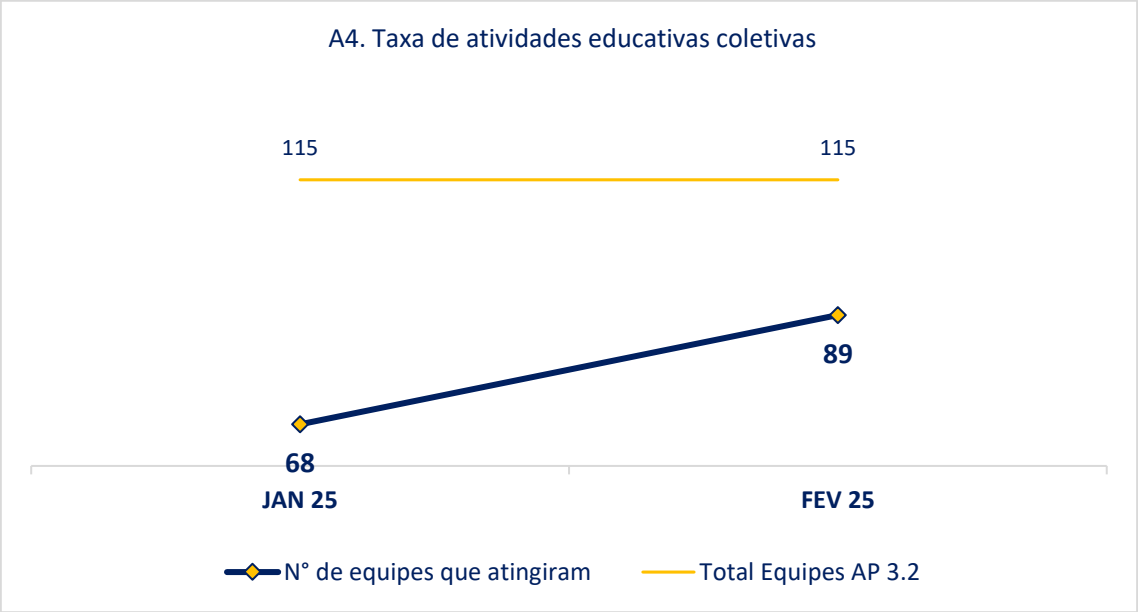
2.1.2 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.



* Meta parcial mensal: 120.

Em fevereiro tivemos um aumento na quantidade de equipes que alcançaram a meta do indicador em relação a janeiro, 86 equipes alcançaram o indicador proporcionalmente. Podemos destacar um aumento de profissionais de férias nesse período o que diminui proporcionalmente as visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde. Vêm sendo realizados Feedback com os gestores para discutir agenda padrão e garantir a realização de visitas domiciliares de toda a equipe de ACS e equipe técnica.

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

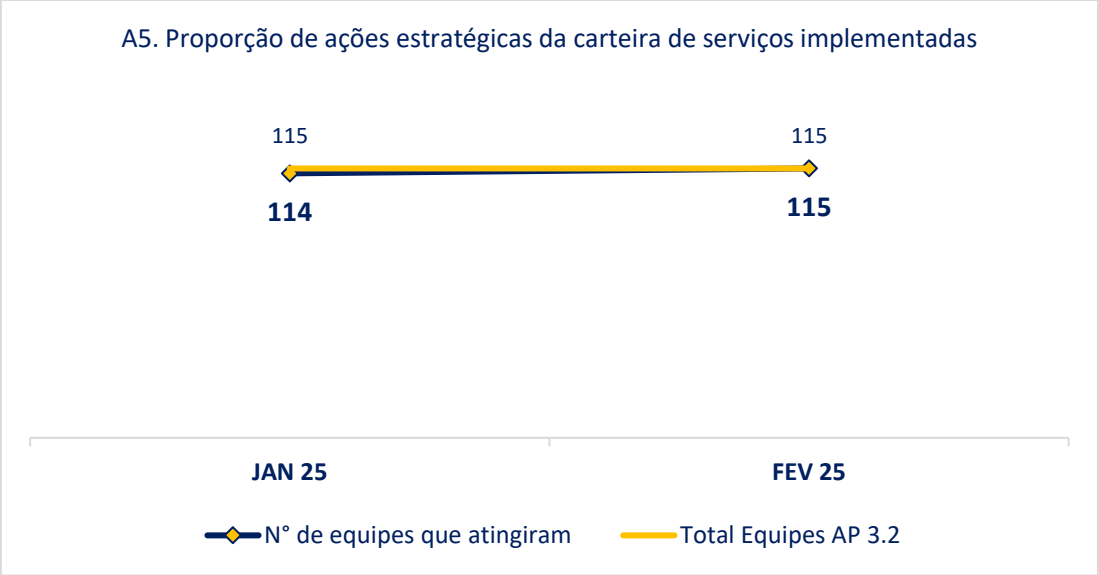


* Meta parcial mensal: 4.

Durante o mês de fevereiro, 89 equipes alcançaram proporcionalmente o indicador de taxa de atividades educativas coletivas. Comparado ao mês de janeiro, tivemos um aumento nesse indicador.

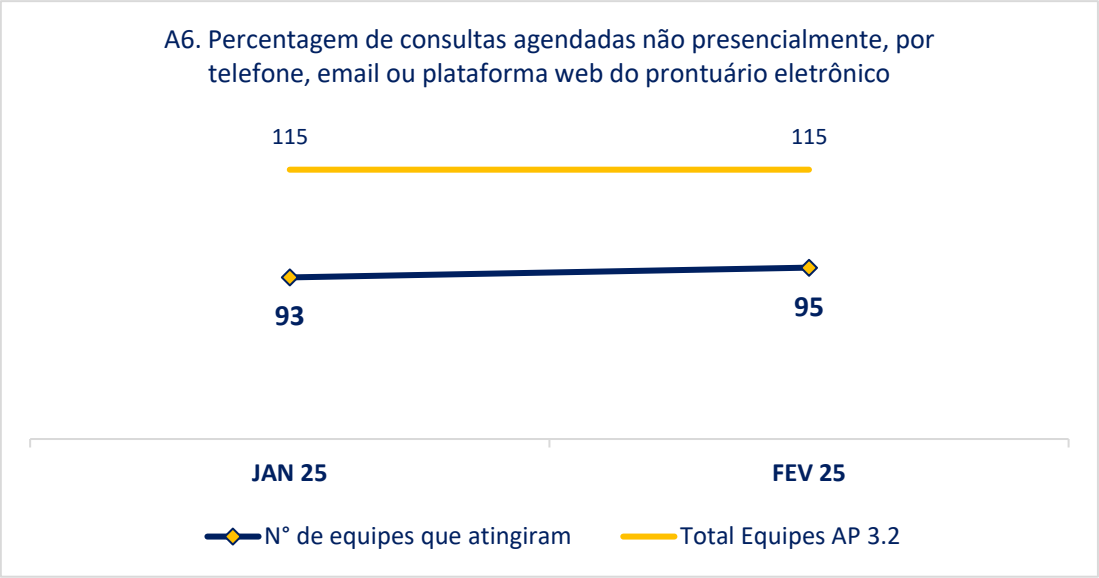
A equipe de gestão tem trabalhado ativamente junto aos gerentes das unidades para manter a continuidade das ações educativas. Esforços têm sido direcionados para a realização de grupos educativos e a organização de salas de espera temáticas, alinhadas ao calendário da saúde.

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



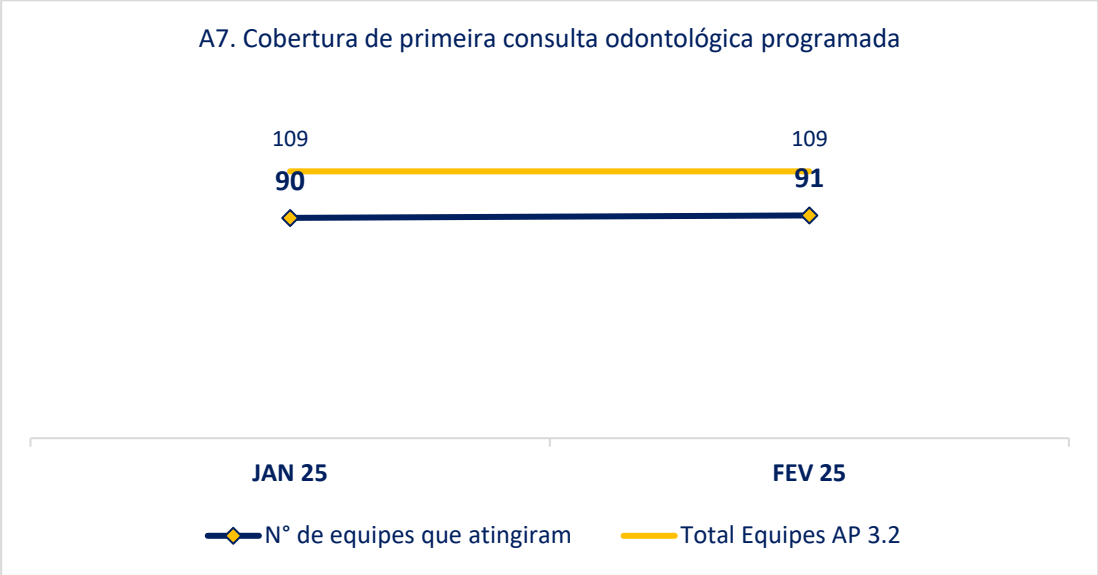
Desde outubro de 2023, com a implementação do novo Termo Aditivo, houve uma alteração significativa no indicador utilizado para avaliar as equipes. Antes, eram considerados todos os itens da carteira de serviços de forma geral. No entanto, agora o foco foi direcionado especificamente para as "ações estratégicas" contidas na carteira de serviços. Além disso, a meta estipulada também sofreu uma mudança, sendo reduzida de 90% para 85%. No mês fevereiro todas as 115 equipes do território, conseguiram atingir o indicador A5.

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



Foi identificado que 20 equipes não alcançaram de forma proporcional o indicador de consultas agendadas por meios não presenciais, como telefone, e-mail ou plataformas web. Para melhorar esse desempenho, os agentes comunitários de saúde estão sendo orientados a utilizar o WhatsApp Web e o aplicativo Minha Saúde Rio para facilitar o agendamento. Essa estratégia tem ampliado o acesso da população às consultas programadas, tornando o processo mais ágil e promovendo uma maior adesão aos serviços de saúde. Para fortalecer essas unidades, os supervisores de território estão oferecendo suporte contínuo, com o objetivo de otimizar e aprimorar o processo de trabalho.

2.1.6 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.



*109- Total de equipes que possuem saúde bucal nas unidades.

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	**Contrato de Gestão Nº 007/2021**	**Termo Aditivo Nº 010/2023**
Numerador	N° de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas nos últimos 3 meses	N° de primeiras consultas odontológicas programadas realizadas nos últimos 3 meses
Denominador	População cadastrada na área da unidade x (n° de eSB ÷ n° de eSF)	População cadastrada na unidade

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

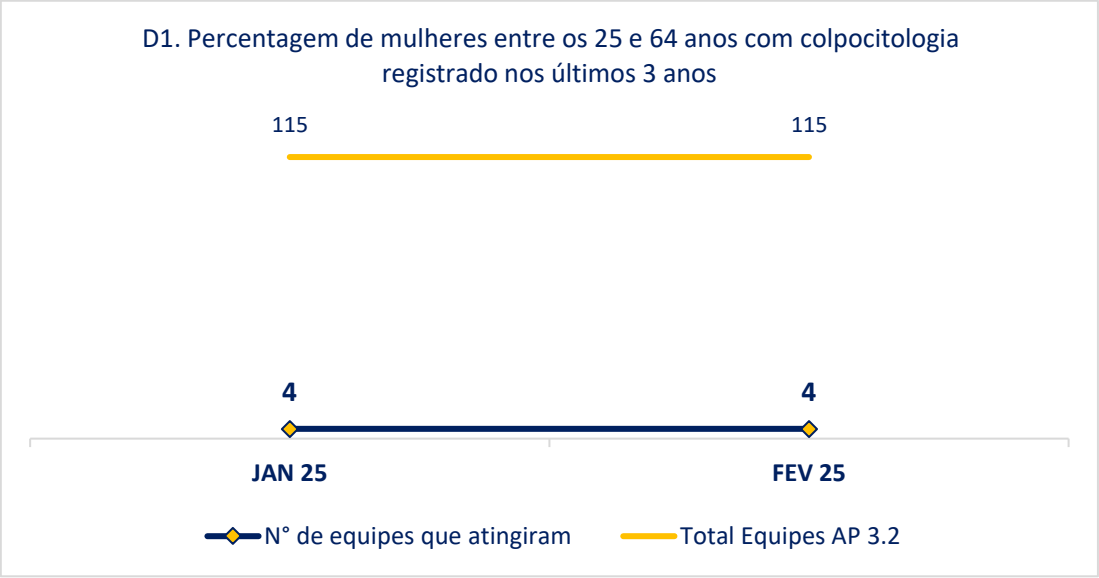
O presente relatório tem como objetivo apresentar a análise de desempenho das equipes de saúde bucal no mês de janeiro de 2025, com foco no Indicador A7, que avalia a cobertura da primeira consulta odontológica programática. Este indicador é fundamental para monitorar o acesso da população aos serviços odontológicos, refletindo diretamente na qualidade da atenção básica.

No período avaliado, 109 equipes foram analisadas, das quais 90 alcançaram o indicador proporcional esperado, representando uma taxa de adesão de 82,57%. Esse desempenho evidencia o comprometimento da maioria das equipes com as metas estabelecidas e a efetividade das estratégias adotadas para ampliar o acesso à primeira consulta odontológica.

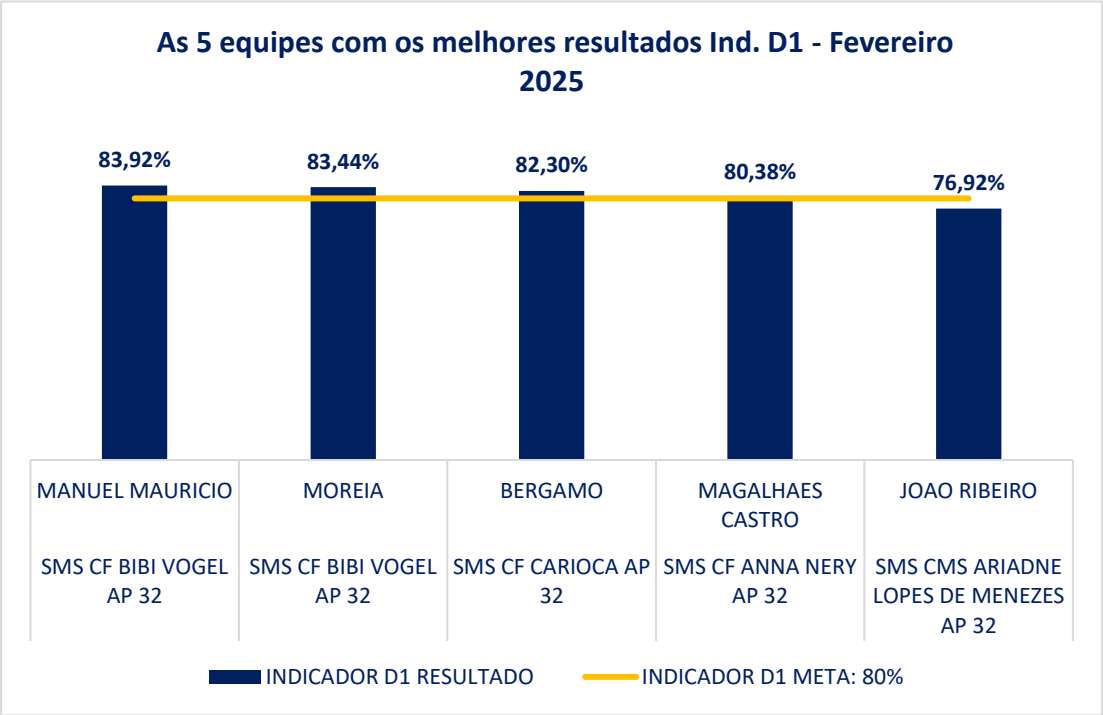
A meta mensal estipula que cada equipe deva atingir, no mínimo, 1% do indicador trimestral. Apesar dos resultados positivos, algumas equipes não alcançaram o desempenho esperado, como é o caso das equipes Bela Vista (0,89%), Cerqueira Lima (0,90%), Manoel Miranda (0,51%), São Paulo (0,82%) da CF Cabo Edney; Macedo Braga (0,66%) da CF Isabel dos Santos; João Ribeiro (0,77%) do CMS Ariadne Lopes de Menezes; Araujo Leitão (0,93%), Barão do Bom Retiro (0,68%) e Miguel Galvão (0,93%) do CMS Carlos Gentille de Mello; Hermengarda (0,64%), Lopes da Cruz (0,63%), Venceslau (0,54%); Adolfo Bergamini (0,60%), Borja Reis (0,60%), Camarista (0,69%) e Santos Titara (0,53%) do CMS Eliza Abrantes; Aires Casal (0,92%) do CMS Renato Rocco. Esses resultados apontam para a necessidade de revisão de estratégias e maior foco em ações de melhoria.

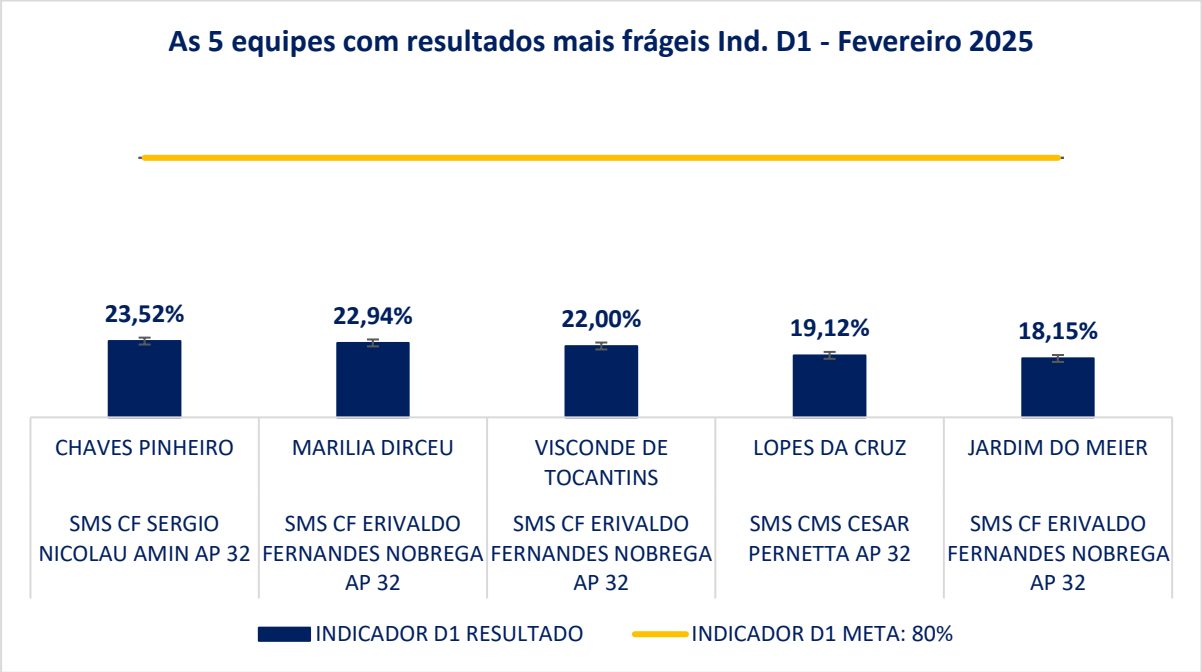
Quando comparado ao mês de janeiro, em que 91 das 109 equipes pontuaram, observa-se uma estabilidade no desempenho, com uma leve variação que destaca a importância do monitoramento contínuo.

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



Em fevereiro de 2025 o indicador se manteve em relação a janeiro na quantidade de equipes que alcançam o indicador de percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos que têm colpocitologia registrada nos últimos três anos.





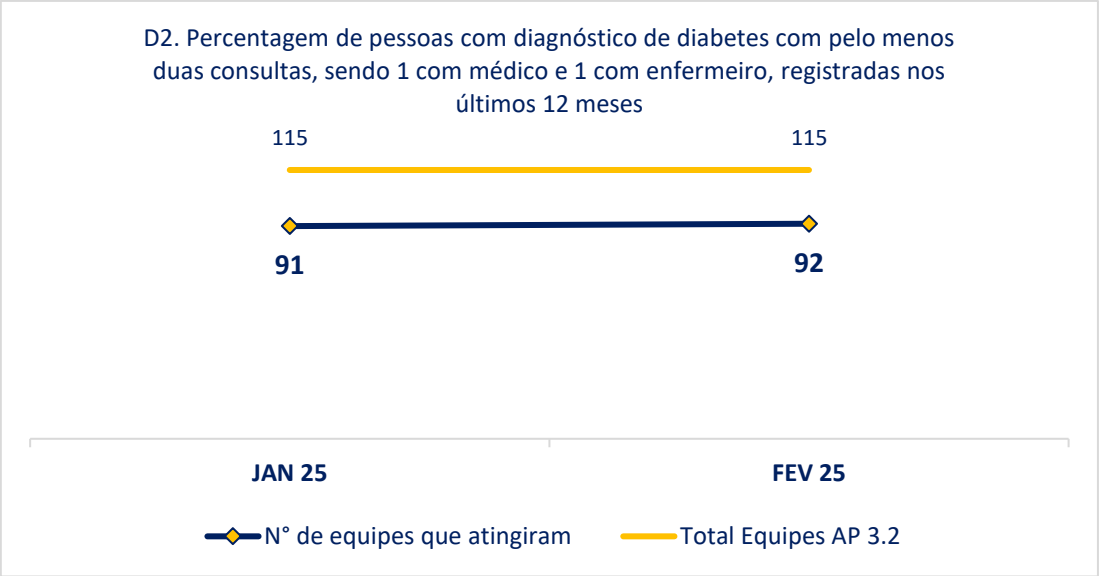
A equipe com maior desempenho em fevereiro foi a Manoel Maurício com (83,92%) da CF Bibi Vogel e a equipe com menor desempenho foi Jardim do Meier com (18,15%) da CF Erivaldo Fernandes Nobrega.

Embora não tenha ocorrido um aumento significativo nos indicadores das equipes ao longo do mês, algumas já se encontram próximas à meta estabelecida de 80%.

Durante o período, um acordo foi estabelecido junto às equipes voltado para implementação de estratégias visando 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, com o objetivo de 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 ressaltam a importância da colaboração entre equipes e gestão para alcançar melhores resultados na promoção da saúde da população.

Para apoiar o progresso das unidades, a equipe de Supervisão de Território, junto à Gerência de Qualidade, implementou um instrumento de monitoramento com metas escalonadas de 10% ao trimestre por equipe. Planeja-se também espaços de educação permanente onde serão apresentadas experiências exitosas das equipes em destaque.

2.1.8 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 mês de fevereiro, 92 equipes de atenção primária à saúde atingiram proporcionalmente o indicador de percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes que tiveram pelo menos duas consultas, uma com médico e outra com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses. Sendo assim, 23 equipes não conseguiram performar conforme o esperado, porém, esse resultado mostra uma estabilidade em relação ao mês de janeiro, aumentando o alcance do indicador de mais uma equipe.

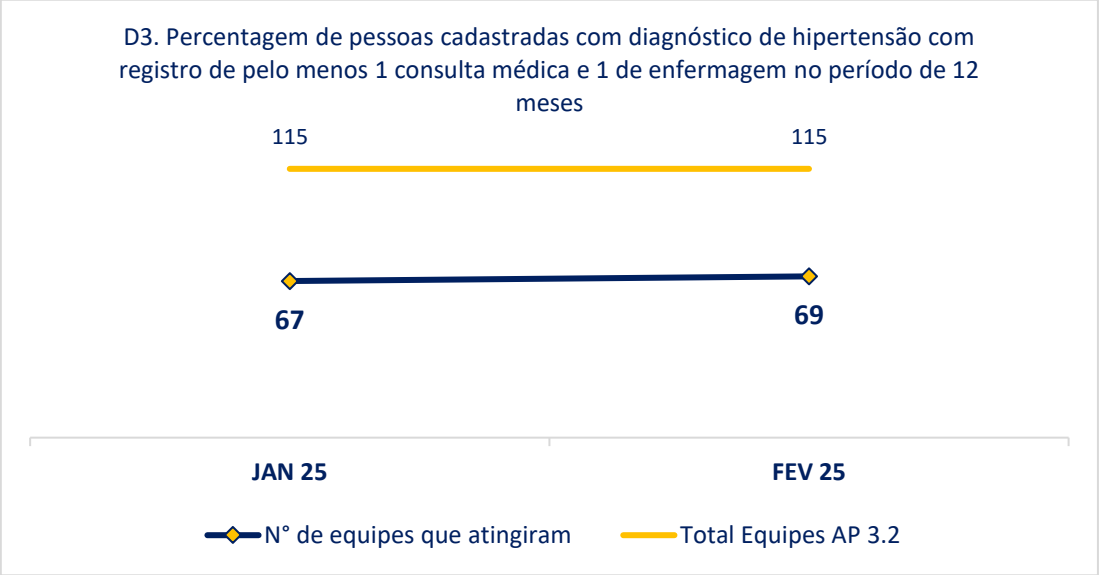
Essa leve diferença indica a necessidade de uma atenção especial e ações direcionadas pela equipe de gestão do projeto IDEIAS. Para abordar as fragilidades identificadas, serão implementadas estratégias de intervenção.

As três unidades que apresentaram os melhores indicadores foram, CMS Tia Alice (82,42%), CMS Ariadne Lopes de Menezes (82,28%), e CF Bibi Vogel (81,93%) e as três unidades com os indicadores mais frágeis foram, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega (58,27%), CMS Eduardo Araujo Vilhena Leite ((62,27%) e CF Herbert de José de Souza

(68,6%). Os principais fatores que impactaram esse indicador foram as características do território, onde muitos idosos realizam seu tratamento na rede privada, e a fragilidade no processo de trabalho, especialmente na gestão das listas geradas pelo prontuário eletrônico.

Diante disso, a equipe de gestão iniciou um processo de feedback com os gestores das unidades que enfrentaram dificuldades para atingir a meta. Esses gestores serão contatados nos últimos dias úteis de cada mês para, em conjunto, avaliar os desafios enfrentados por suas unidades. Aqueles que não atingirem o indicador estabelecido receberão orientações específicas para elaborar um plano de ação voltado à ampliação do acesso às consultas para pacientes com diagnóstico de diabetes.

2.1.9 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.



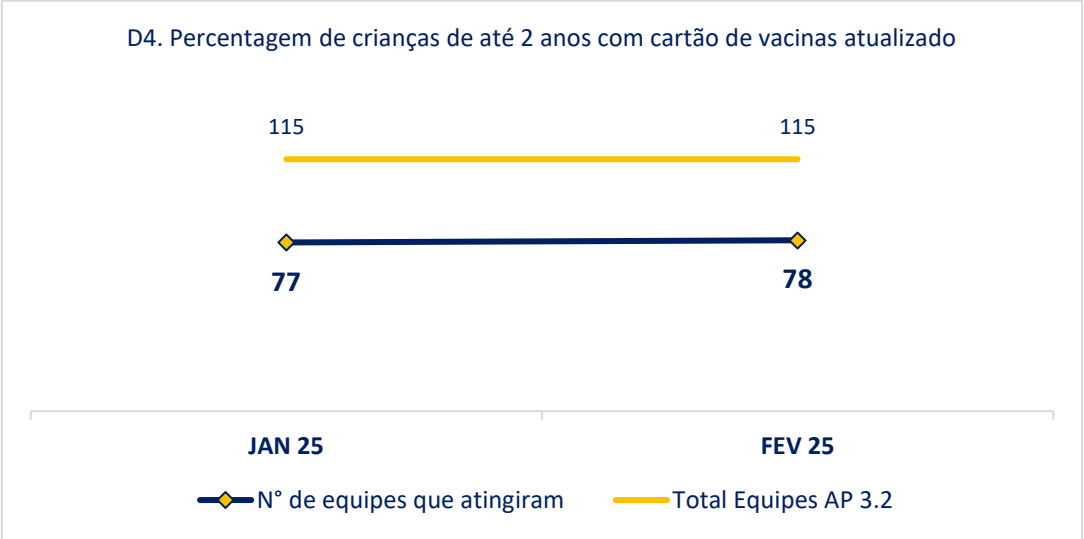
No mês fevereiro 69 equipes alcançaram o indicador de percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses. Nesse período observou-se um pequeno aumento no indicador em comparação ao mês anterior.

As três unidades que apresentaram os melhores indicadores foram, CMS Eliza Abrantes (80,24%), CMS Tia Alice (75,47%) e CMS Ariadne Lopes de Menezes (74,49%) e as três unidades com os indicadores mais frágeis foram, CMS Eduardo Araujo Vilhena Leite (52,49%), CF Erivaldo Fernandes Nóbrega (54,76%) e CMS Professor Antenor Nascentes (59,43%).

As fragilidades identificadas estão relacionadas à gestão de listas, ao absenteísmo de usuários e profissionais, além de desafios na organização do processo de trabalho.

Para enfrentar essas questões, serão adotadas estratégias de intervenção. A equipe de gestão realizará feedbacks com os gestores das unidades que enfrentaram dificuldades em alcançar o indicador. Esses gestores serão contatados nos últimos dias úteis de cada mês para, em conjunto, avaliar os desafios enfrentados em suas unidades. Aqueles que não atingirem a meta estabelecida receberão orientações específicas para elaborar um plano de ação voltado à ampliação do acesso às consultas para pacientes com diagnóstico de hipertensão.

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

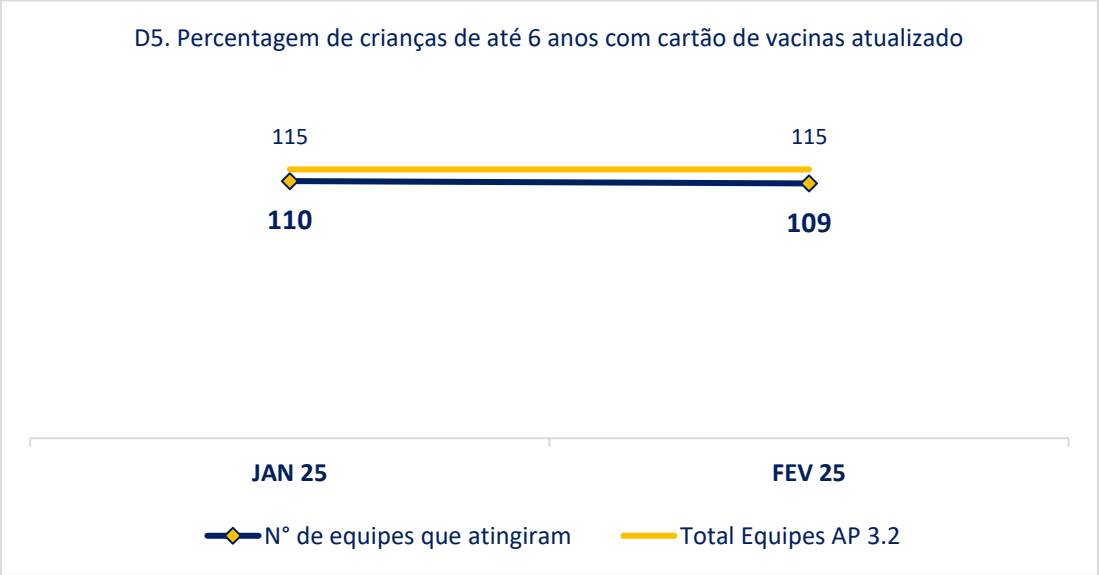


No mês de fevereiro, 78 equipes alcançaram o indicador de percentual de crianças com até 2 anos e com o cartão de vacinas atualizado. No entanto, a cobertura vacinal ainda enfrenta desafios significativos.

A principal fragilidade identificada nesse período está relacionada à gestão de listas pelas equipes, impactando a implementação de ações voltadas à vacinação das crianças menores de 2 anos.

Para mitigar essas dificuldades, a equipe de supervisão territorial tem realizado feedbacks mensais por e-mail, acompanhados de uma planilha de monitoramento direcionada às unidades que não atingiram o indicador. Além disso, os gestores dessas unidades devem apresentar uma justificativa nominal, possibilitando a identificação das causas específicas dos desafios enfrentados e permitindo a adoção de medidas mais assertivas para aprimorar a cobertura vacinal.

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



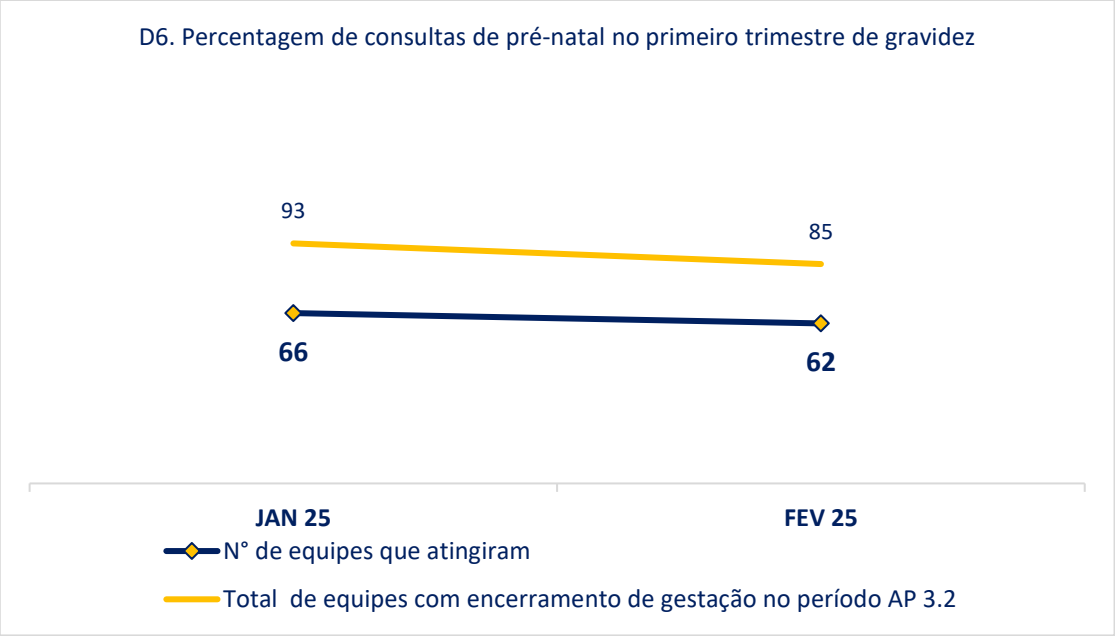
No mês de fevereiro, 109 equipes alcançaram o indicador que mede o percentual de crianças até 6 anos com o cartão de vacinação atualizado, registrando uma redução de uma equipe em comparação a janeiro.

Dentre os fatores que contribuíram para essa queda, destacam-se registros inadequados no prontuário eletrônico, cadastros incompletos de crianças vacinadas, alta rotatividade de profissionais técnicos e a baixa adesão da população à vacinação na rede pública. Esses desafios evidenciam a necessidade de aprimorar a gestão de registros, fortalecer a busca ativa e ampliar as estratégias de conscientização para aumentar a cobertura vacinal.

Uma das principais fragilidades apontadas pelos gestores é a dificuldade de acesso à caderneta de vacinação das crianças cadastradas, especialmente quando a imunização ocorre na rede privada.

Para enfrentar esse cenário, a equipe de supervisão territorial realiza feedbacks mensais por e-mail, acompanhados de uma planilha de monitoramento direcionada às unidades que não atingem o indicador. Além disso, os gestores dessas unidades devem apresentar uma justificativa nominal, permitindo a identificação precisa das causas dos desafios enfrentados e possibilitando a implementação de estratégias mais eficazes para superá-los.

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

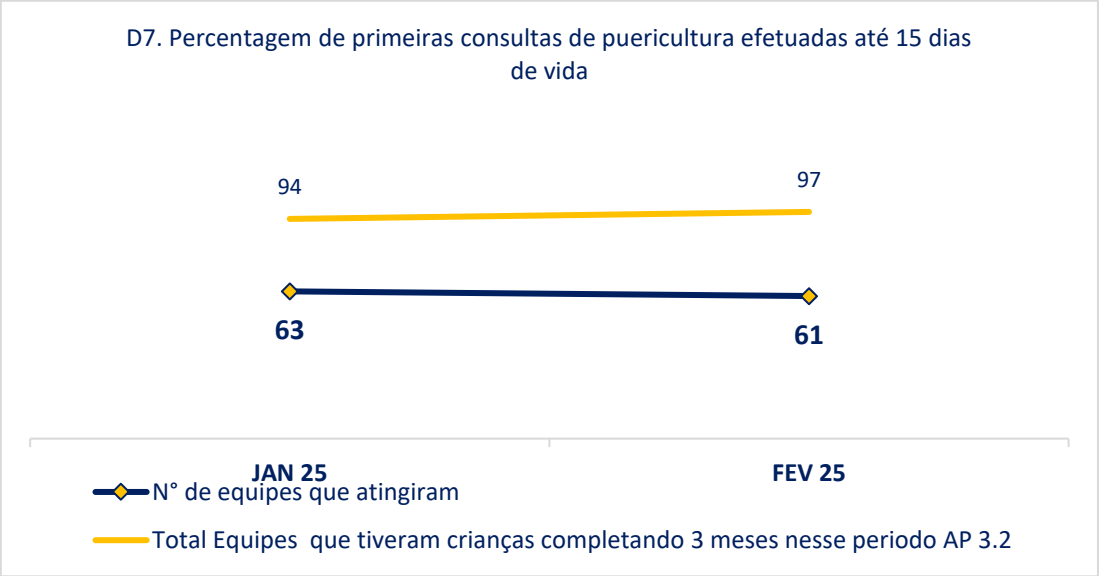


O mês de fevereiro, das 115 equipes de Saúde da Família, 30 não apresentaram encerramento de gestante. No período analisado, 85 equipes registraram gestantes concluindo o pré-natal, porém apenas 62 atingiram o indicador acima de 80%. Comparando com o mês de dezembro, observa-se uma evolução discreta no número de equipes que alcançaram o indicador de consultas de pré-natal no primeiro trimestre da gestação. O uso das listas de gestão teve um papel fundamental na melhoria desse indicador, contribuindo para o fortalecimento da vigilância do território.

As dificuldades identificadas estão sendo abordadas pela equipe de gestão do projeto IDEIAS para reduzir as discrepâncias no indicador de percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. As unidades com maiores fragilidades passarão por feedbacks conduzidos pela supervisão territorial, com o apoio da linha de cuidado da CAP. Esse processo visa orientar e apoiar as equipes na identificação de áreas que precisam de aprimoramento e na implementação de estratégias para melhorar a qualidade e o acesso aos cuidados pré-natais.

O objetivo é garantir um acompanhamento mais eficaz e de qualidade durante os estágios iniciais da gravidez, promovendo a saúde materna e fetal e assegurando que as gestantes recebam o cuidado necessário para um pré-natal adequado.

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



*A análise desse indicador é realizada após a criança completar 3 meses de vida.

No mês de fevereiro de 2025, das 115 equipes existentes na Área 3.2, 97 crianças completaram três meses de vida. Entre essas, apenas 61 equipes alcançaram a meta do indicador.

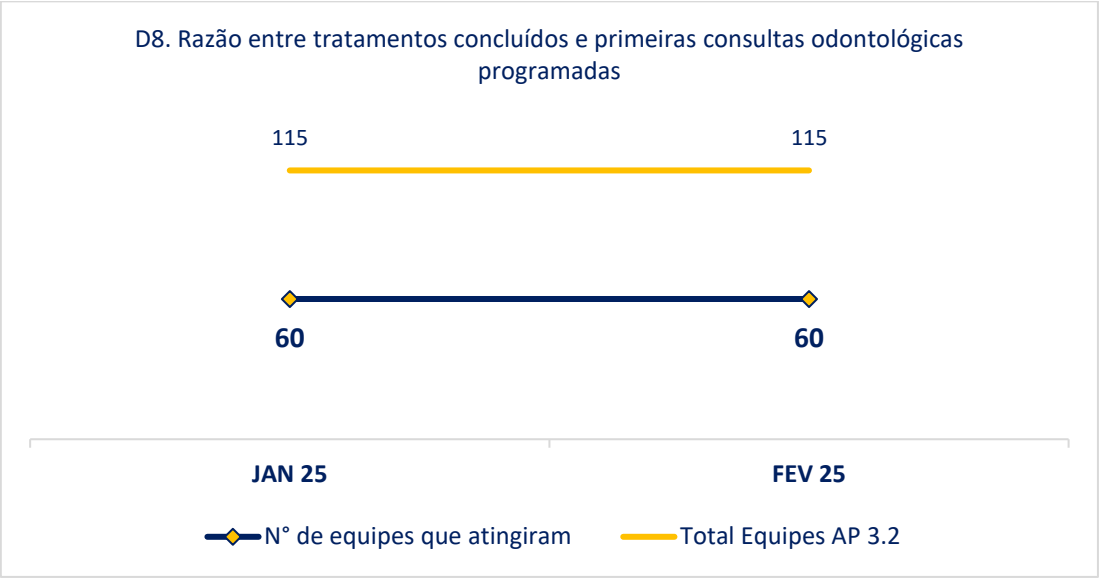
As cinco unidades com os menores desempenhos nesse período foram: CF Sérgio Nicolau Amin, CMS César Pernetta, CMS Eliza Abrantes, CMS Rodolpho Rocco e CF Emygdio Alves Costa Filho.

A principal fragilidade identificada está na vigilância das equipes sobre as mulheres para o início do pré-natal, o que impacta diretamente o acompanhamento das crianças nos primeiros meses de vida.

Para melhorar esse desempenho, foram implementadas estratégias específicas. O monitoramento das listas de gestantes foi intensificado, com a adoção do protocolo de visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde (ACS) tanto no final da gestação quanto na primeira semana de vida do bebê. Além disso, foram reforçadas as consultas de acolhimento mamãe e bebê no domicílio, com o objetivo de reduzir a evasão da puérpera e garantir um acompanhamento inicial mais efetivo e oportuno.

Essas ações visam aprimorar a cobertura e a qualidade das primeiras consultas de puericultura, fortalecendo o cuidado materno-infantil e promovendo um acompanhamento mais estruturado para as mães e seus recém-nascidos.

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



O Indicador D8 mede a capacidade de resolução do profissional por meio da realização de consultas de alta odontológica em um período de 12 meses, sendo um parâmetro essencial para avaliar a efetividade das intervenções clínicas. Considerando que esse indicador é avaliado e analisado trimestralmente, a mensuração mensal com estabelecimento de metas progressivas não reflete com precisão o desempenho real das equipes.

Em fevereiro, as principais dificuldades identificadas que impactaram o resultado desse indicador foram a gestão de listas e a efetividade na condução dos atendimentos pelos dentistas.

Vale destacar que as equipes têm implementado estratégias discutidas e estruturadas no Grupo de Trabalho (GT) de indicadores, que vem sendo realizado de maneira periódica.

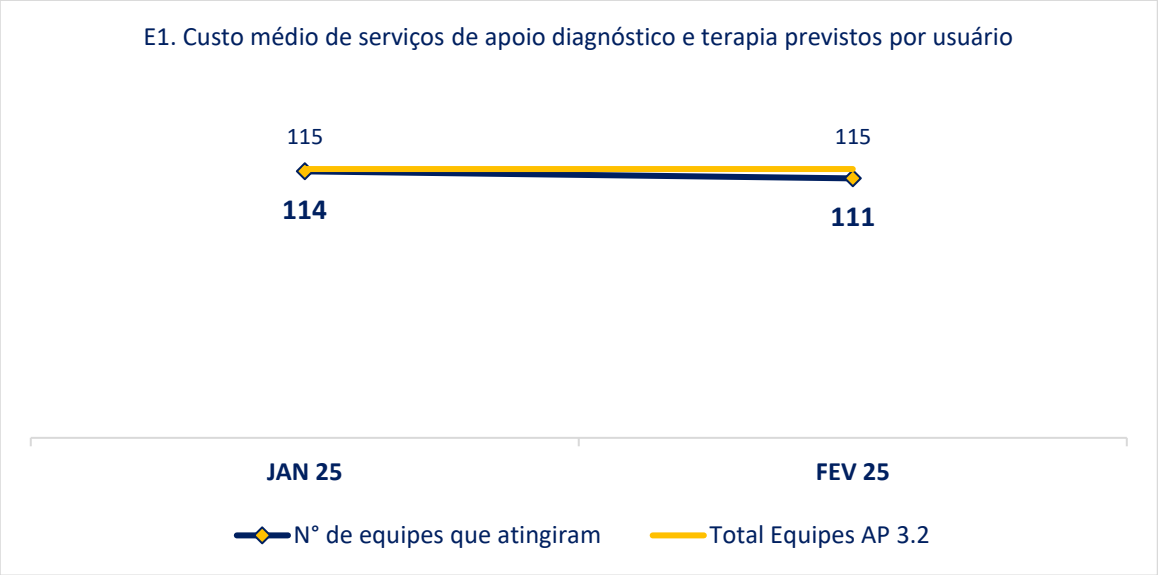
2.1.15 Indicador S1 – Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos.

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 mês de fevereiro de 2025, esse indicador não pode ser avaliado devido a resposta a outras demandas relacionadas ao contrato de gestão, onde foi decidido que, a partir de agosto de 2024, através do oficio 057/2025 os *tablets* utilizados para a avaliação da satisfação do usuário seriam removidos.

Para continuar monitorando a opinião dos usuários de maneira eficiente, adotaremos novos canais de comunicação. Entre eles, o canal 1746 da Prefeitura, que permitirá aos cidadãos registrar suas impressões e sugestões; o *WhatsApp Web*, que facilitará um contato mais direto e acessível; e a comunicação direta com a gerência da unidade, que proporcionará um acompanhamento mais próximo das demandas e expectativas dos usuários.

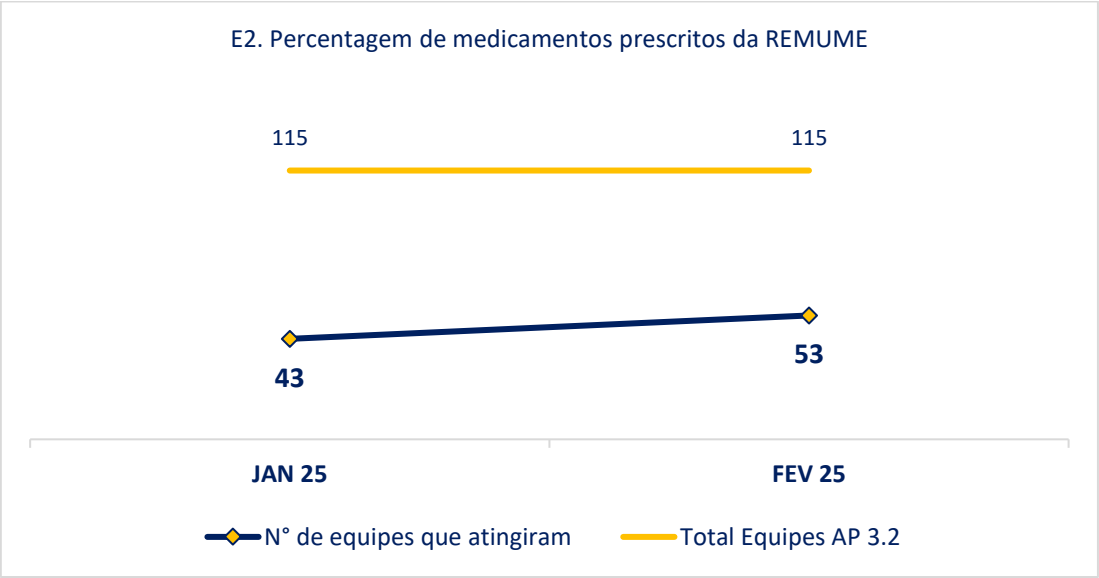
2.1.16 Indicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário.



No mês de fevereiro tivemos um alcance de 111 equipes que alcançaram o indicador de custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário, quatro equipes de saúde da família, não alcançaram o indicador.

No período avaliado podemos destacar que a vacância de profissional impactou em 10 equipes que não geraram informações neste indicador.

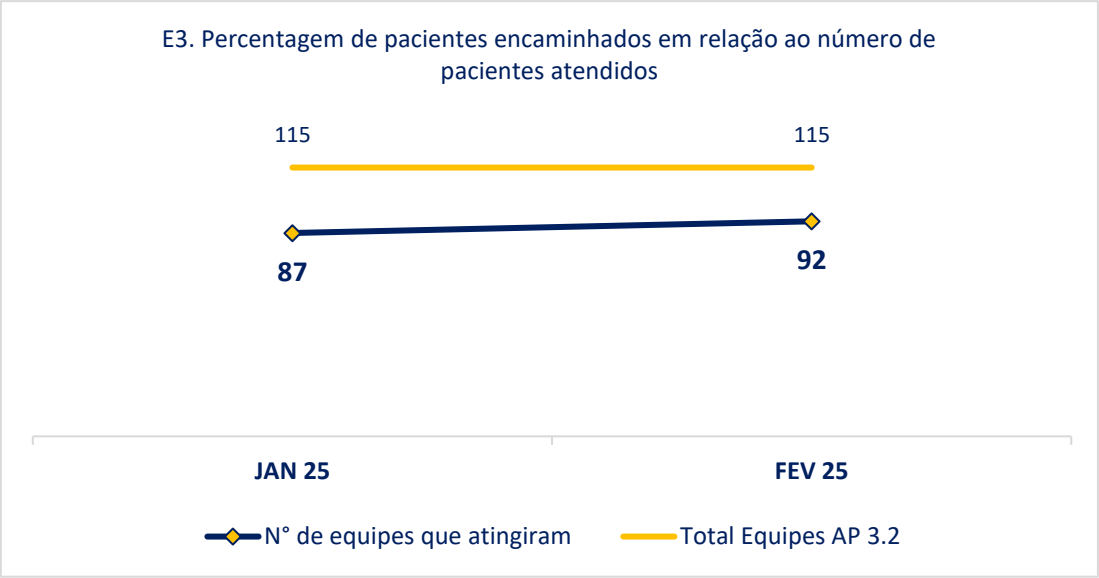
2.1.17 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.



Em fevereiro, 53 equipes de saúde da família atingiram a meta do indicador de percentual de medicamentos prescritos conforme a REMUME, um aumento de dez equipes em relação a janeiro.

Em determinados territórios, a condição socioeconômica da população, com maior poder aquisitivo, tende a gerar uma preferência por medicamentos que não fazem parte da REMUME. Além disso, a alta rotatividade de médicos em algumas unidades impacta diretamente esse indicador, já que profissionais recém-chegados, ainda não familiarizados com o prontuário eletrônico, acabam prescrevendo fora da lista padronizada.

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



No mês de fevereiro, podemos observar o aumento do alcance do indicador de 87 equipes em janeiro para 92 equipes em fevereiro, com isso podemos constatar uma estabilidade no percentual de pacientes encaminhados em relação ao total de pacientes atendidos. A alta rotatividade frequente dos profissionais médicos tem se mostrado um fator importante que afeta negativamente a capacidade de atingir e resolver os atendimentos de forma eficiente.

Para enfrentar as fragilidades identificadas, a equipe de supervisão territorial, em colaboração com a Revisão Terapêutica (RT) médica da CAP, planeja realizar um treinamento específico voltado para as unidades que apresentaram maiores dificuldades nos encaminhamentos para a atenção secundária. Este treinamento tem como objetivo reforçar a responsabilidade dos profissionais em serem mais eficazes e resolutivos em seus atendimentos.

Além disso, diversas estratégias foram implementadas para atingir o indicador, incluindo a atualização constante dos protocolos através de programas de educação permanente e a capacitação contínua da equipe médica. Essas ações visam aprimorar a eficácia e a resolução nos atendimentos, melhorar a gestão dos encaminhamentos e oferecer um cuidado mais adequado às necessidades dos pacientes.

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

Conforme informado no ofício Nº 058/2025 que esclarece que 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.

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.

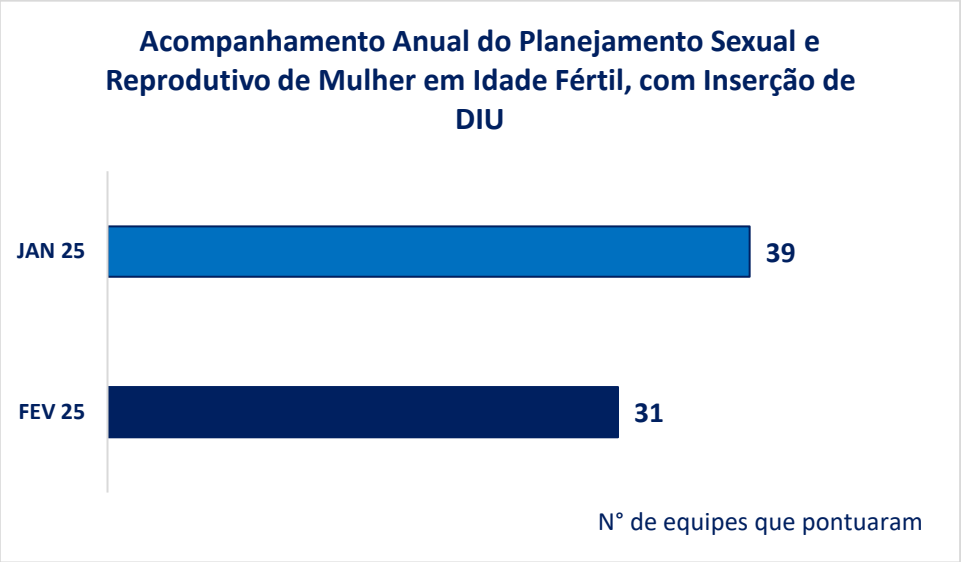
A parte variável 03 consiste em um recurso pago trimestralmente aos profissionais tendo como valor de referência o salário base de cada profissional. Com o segundo termo aditivo, houve mudanças em todos os grupos de ações. Antes, eram 13 grupos e agora passam a ser 11. Todos os grupos sofreram alterações 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

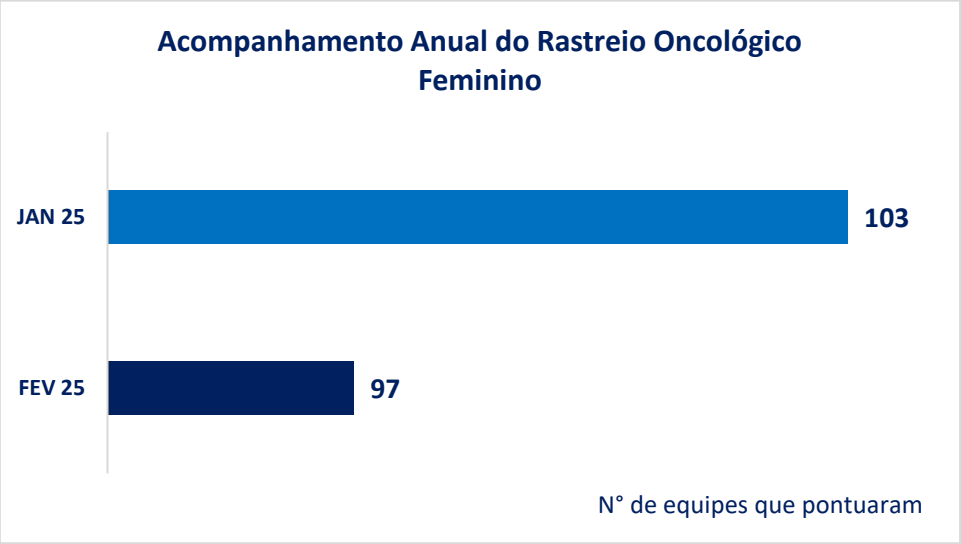
Grupo 01 (G1), ‘Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU’



No mês no mês de fevereiro, 31 equipes pontuaram pelo menos um usuário 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.

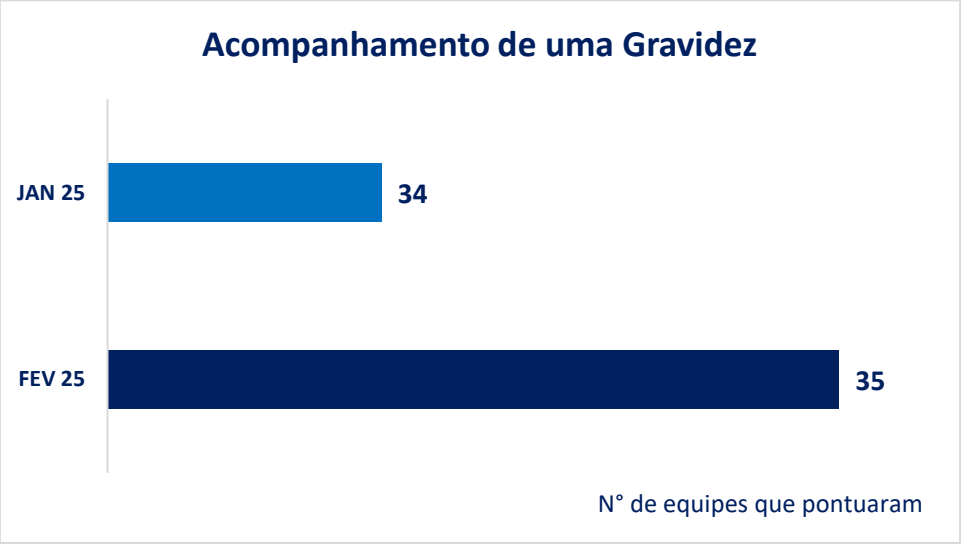
Grupo 02 (G2), 'Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino'



No mês de fevereiro de 2025 no GRUPO 02 nota-se que 97 equipes pontuaram pelo menos um usuário o indicador de acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino.

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. Onde foi estabelecido uma meta de 10% de lançamento de resultado do exame preventivo. O rastreio oferece oportunidades para intervenções preventivas, educação sobre saúde e promoção do autocuidado, contribuindo para a saúde geral e bem-estar das mulheres.

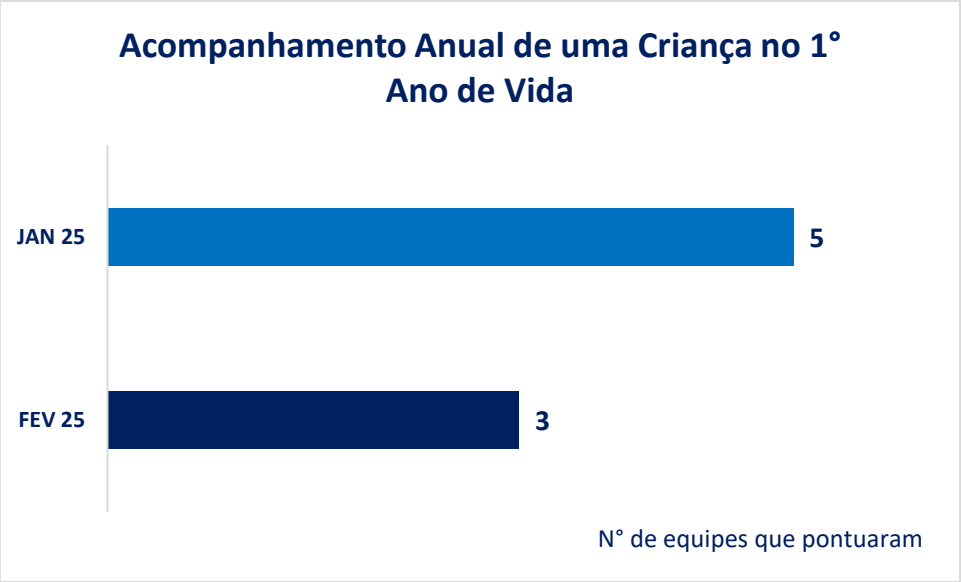
Grupo 03 (G3), 'Acompanhamento de uma gravidez'



No mês de fevereiro de 2025 nota-se que 35 equipes alcançaram pelo menos uma usuária nesse grupo. Importante ressaltar que este grupo é "regido" pelo número de usuárias com pré-natal encerrado no período analisado, sendo está a primeira condição para que a usuária comece a aparecer nele e a partir daí pontuar (ou não) nas demais condições.

Esse indicador preza pela qualidade da assistência do Preá Natal da gestante.
No mês de fevereiro, a Lacuna de Cuidado que apresentou maior dificuldade foi ter efetuado consulta puerperal com o código SIGTAP 03.01.01.012-9, no período em análise e, até 20 dias após o parto, registrada por profissional médico(a) ou enfermeiro(a).

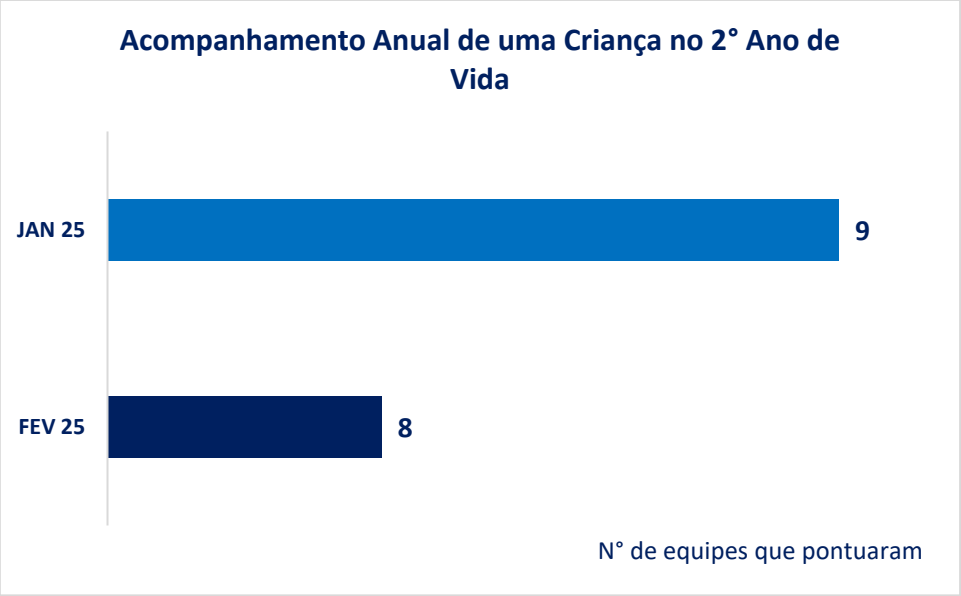
Grupo 04 (G4), 'Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano'



No mês de fevereiro, 3 equipes pontuaram pelo menos um usuário nesse grupo. Para este grupo de ação, a primeira condição é que a criança tenha completado um ano de vida no período analisado. Para fins de contabilização neste indicador, a realização do teste do pezinho deve ser entre o 2° e 5° dias de vida, e não mais entre o 2° e 7° dias como no aditivo anterior.

As unidades que tiveram equipes pontuando nesse período foram: CF Anna Nery, CMS Eliza Abrantes e CMS Renato Rocco.

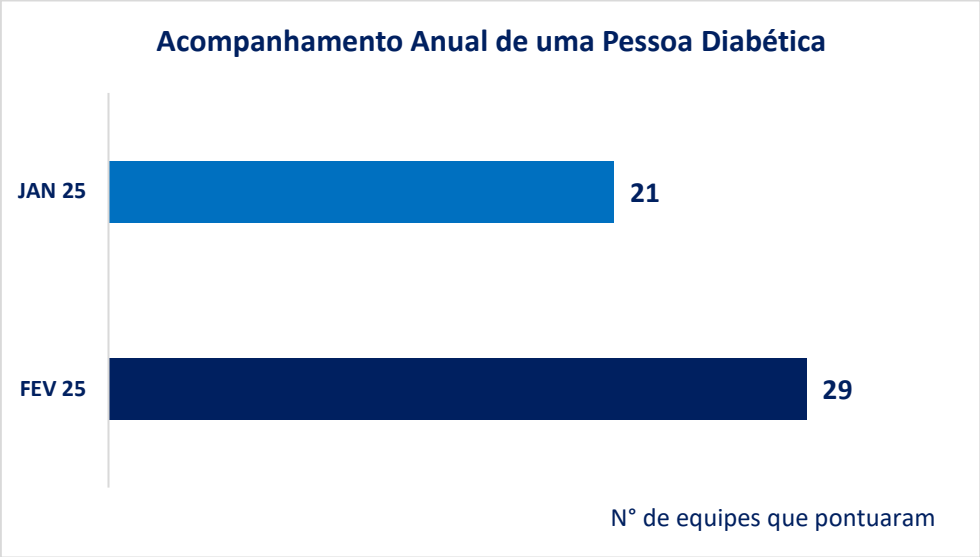
Grupo 05 (G5), 'Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano'



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.

No mês em análise, 9 equipes pontuaram neste grupo. Os levantamentos das principais fragilidades e as orientações adequadas serão realizadas para qualificar o cuidado.
As unidades que pontuaram nesse grupo no mês de fevereiro foram: CF Anna Nery, CF Emygdio Alves, CMS Antenor Nascente e CMS Renato Rocco, CF Eliza Abrantes, CF Luiz Célio Pereira, CF Edney Canazaro de Oliveira.

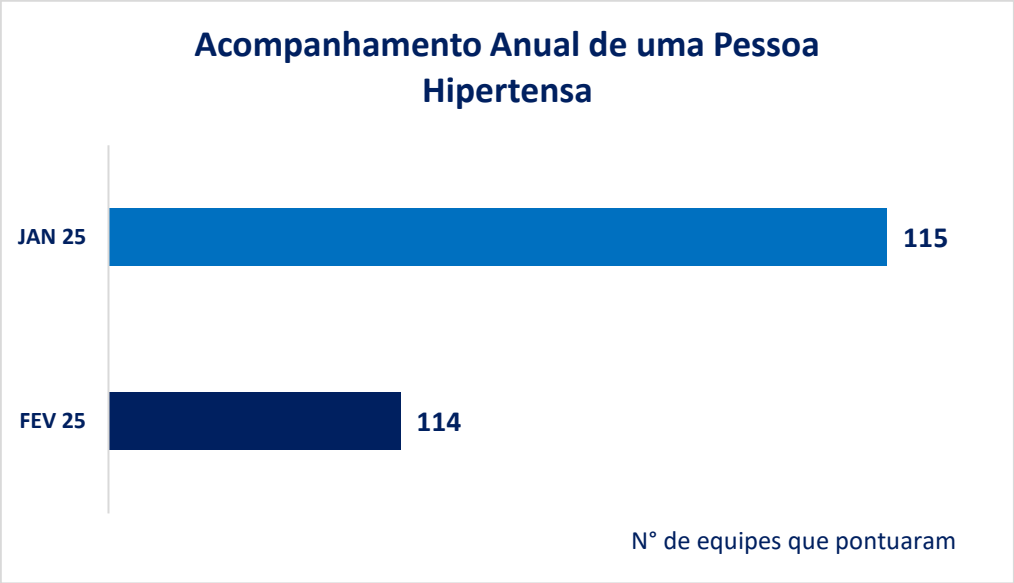
Grupo 06 (G6), ‘Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano’



No mês de fevereiro, 29 equipes pontuaram pelo menos um usuário neste grupo no período avaliado. As condições contempladas neste grupo de ações envolvem cuidados para o controle adequado da Diabetes Mellitus e a 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.

Considerando que esse indicador faz parte do planejamento anual da CAP no ano de 2025, podemos afirmar que a Lacuna de cuidado que apresentou maior dificuldade de alcance no mês de janeiro foi ter realizado pelo menos uma consulta com registro de fundoscopia com código SIGTAP 02.11.06.010-0, no último ano (não necessariamente realizada pelo próprio médico da equipe, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise).

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

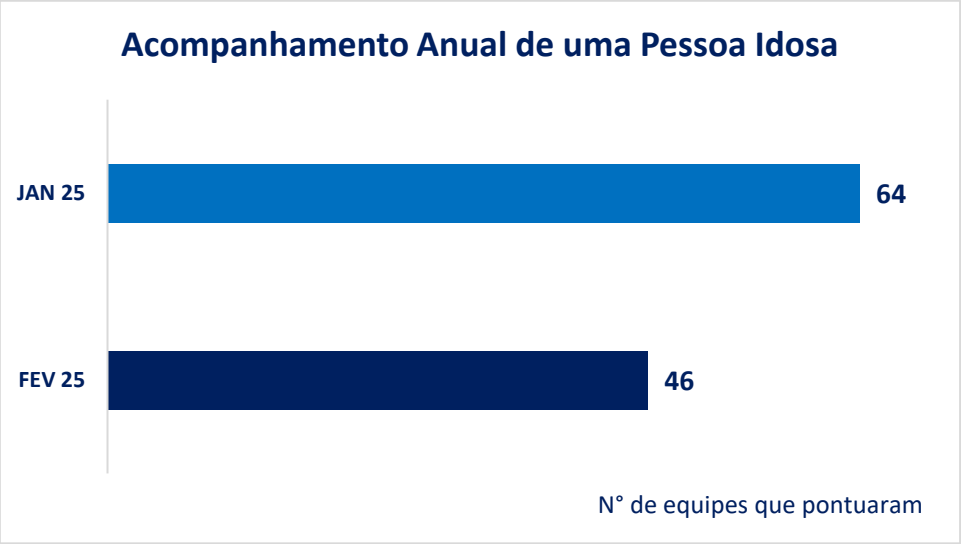


No mês de fevereiro, das 115 equipes de Saúde da Família, 114 equipes pontuaram no indicador, demonstrando um alto comprometimento no acompanhamento da saúde da população. Apesar desse excelente desempenho, ainda persistem desafios importantes nas unidades de saúde, especialmente em relação à lacuna de cuidado no monitoramento da pressão arterial.

Para garantir a pontuação adequada, é necessário que cada paciente tenha pelo menos dois registros de pressão arterial com o código SIGTAP 03.01.10.003-9, aferidos e registrados em dias diferentes, sendo pelo menos um deles com valores de pressão arterial sistólica ≤ 150 mmHg e diastólica ≤ 90 mmHg, no período de 12 meses que antecede a data final da análise.

A monitorização correta e sistemática da pressão arterial é essencial para a detecção precoce e o manejo adequado da hipertensão arterial sistêmica, reduzindo o risco de complicações graves, como acidentes vasculares cerebrais (AVC), infartos e doenças renais crônicas.

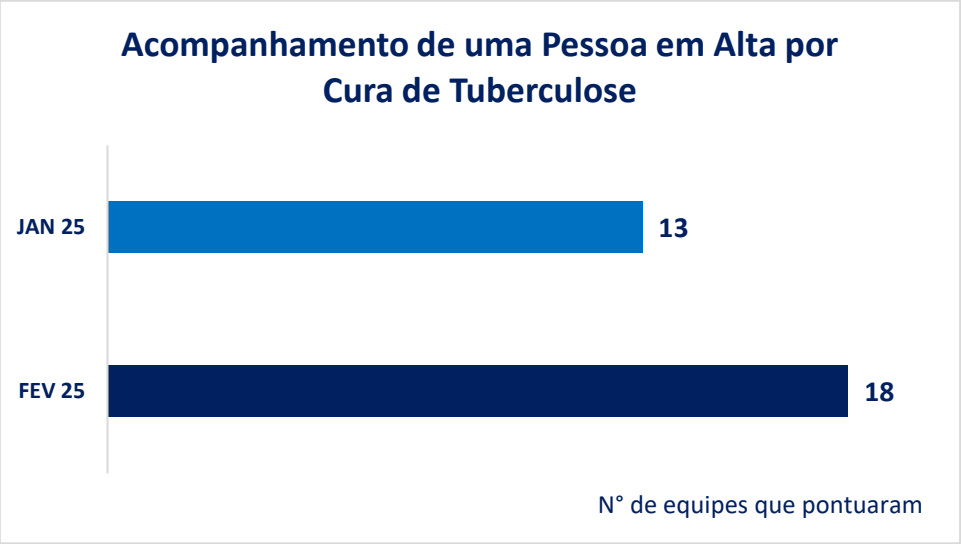
Grupo 08 (G8), 'Acompanhamento anual de uma pessoa idosa'



No mês de janeiro, a AP 3.2 obteve 64 pontos nesse indicador, demonstrando um bom desempenho das equipes na realização e documentação da avaliação da pessoa idosa. No entanto, em fevereiro, houve um declínio, com a pontuação caindo para 46, o que indica a necessidade de reforçar estratégias para garantir a continuidade e a qualidade do registro adequado.

Para reverter essa queda e aprimorar o acompanhamento da população idosa, é essencial que as equipes reforcem o uso correto do prontuário eletrônico e assegurem que a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa seja registrada de maneira completa e padronizada.

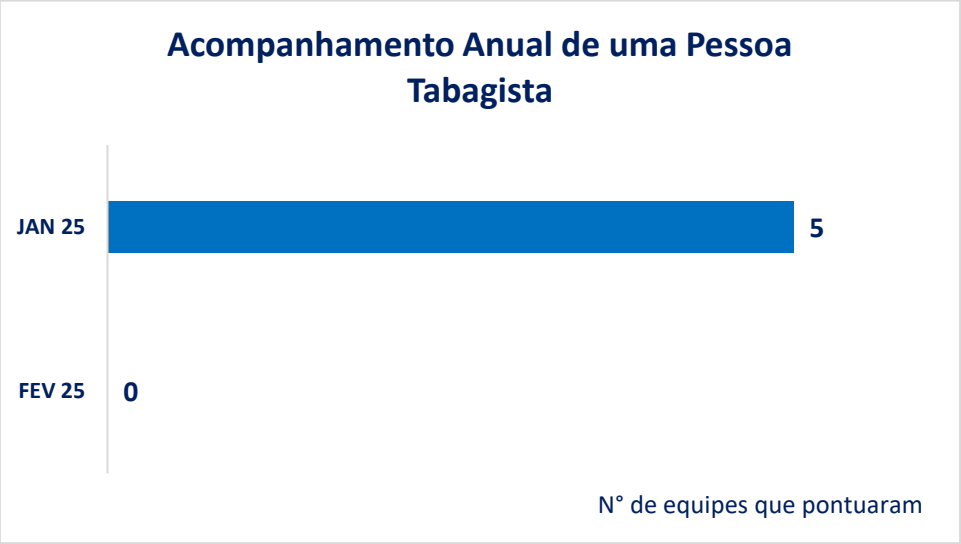
Grupo 09 (G9), 'Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose'



No mês de fevereiro de 2025, 18 equipes registraram pelo menos um usuário no Grupo 9 da variável 3, que avalia o acompanhamento de pessoas em alta por cura da tuberculose.

Esse acompanhamento é fundamental para garantir a eficácia do tratamento e prevenir recaídas. Durante esse período, os profissionais de saúde devem monitorar de perto o usuário, identificando possíveis sinais de recorrência da doença. Além disso, é essencial oferecer suporte emocional e educacional, incentivando a adesão contínua às orientações de saúde e a adoção de medidas preventivas.

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



No período analisado, observa-se que nenhuma equipe pontuou neste grupo, foi percebido que há a necessidade de reforçar a qualificação do acompanhamento às pessoas tabagistas nas unidades de saúde é essencial para melhorar esses resultados. Isso envolve garantir que os profissionais estejam capacitados e atualizados para oferecer o suporte necessário aos pacientes que desejam cessar o tabagismo.

Como estratégia para ampliar o alcance desse indicador, a equipe de supervisão territorial, com o apoio da linha de cuidado do tabagismo, desenvolverá um fluxograma para orientar o atendimento aos pacientes tabagistas nas unidades de atenção primária. Além disso, será realizada uma capacitação sobre a importância do registro adequado do cadastro do usuário, incluindo a correta classificação quanto ao uso do tabaco e a ativação do CID quando necessário, contribuindo para um acompanhamento mais eficaz e preciso.

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

No mês de fevereiro de 2025, diversas atividades foram realizadas pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território. Abaixo, apresentamos algumas atividades realizadas no período. **RODRIGO**

Data	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
14/01/2025	Visita institucional	Visita institucional junto com a SMS	Gerentes e profissionais eSB	CMS Renato Rocco e CF Sergio Nicolau

Participantes:	Gerência de Qualidade, Supervisão de Território e Gerência de Projeto – IDEIAS e DAPS e DICA AP 3.2

Data	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
24/01/2025	Reunião residência de enfermagem	Ajuste de processo de trabalho	CAP e Residência	CAP
Participantes:	Residência de enfermagem, Supervisão de Território e CAP			

Data	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
27/01/2024	Reunião com residência de enfermagem	Avaliação do processo de trabalho	Gerente e profissionais eSB	CF Bárbara Starfield
Participantes:	Coordenação de Saúde Bucal IDEIAS			

Data	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
29/01/2025	Reunião de saúde bucal	Capacitação dos indicadores de saúde bucal	Dentistas	CAP 3.2
Participantes:	Coordenação de Saúde Bucal IDEIAS			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
30/01/2025	Introdutório	Apresentação dos indicadores de gestão	Profissionais 3.2	CAP 3.2
Participantes:	Analista de Qualidade IDEIAS			

EDUCAÇÃO PERMANENTE Rodrigo

A gestão do IDEIAS reconhece a Educação Permanente como uma ferramenta essencial para qualificar e aprimorar o processo de trabalho, sempre com foco na ampliação do

acesso, na melhoria da qualidade e na humanização dos serviços, além do fortalecimento da gestão de seus projetos.

Na AP 3.2, tem sido feito um investimento contínuo em ações de Educação Permanente, garantindo a qualificação das práticas desenvolvidas. No período avaliado, avançamos significativamente por meio de diversas iniciativas. A análise conduzida pela Gerência de Qualidade permitiu uma compreensão mais aprofundada dos processos e das oportunidades de melhoria, contribuindo diretamente para elevar nossos padrões e práticas.

No mês de fevereiro, destacamos diversas ações importantes, como a reunião de Saúde Bucal, o Curso Introdutório, a reunião permanente com a CAP e visitas institucionais. Essas iniciativas tiveram como objetivo discutir e implementar ações educativas voltadas para a melhoria dos indicadores e o fortalecimento das unidades de saúde.

O suporte prestado pela Supervisão de Território às unidades de APS reforçou nosso compromisso com a eficiência operacional, enquanto a atuação colaborativa da Gerência do Projeto garantiu uma coordenação eficaz das ações, assegurando sua implementação bem-sucedida. Esses avanços refletem o esforço coletivo do IDEIAS na busca pela excelência, demonstrando nossa capacidade de enfrentar desafios e alcançar resultados concretos.

No encontro de saúde bucal teve objetivo a qualificação da assistência odontológica e aprimorar os processos de trabalho, realizamos um encontro no dia 29 de janeiro de 2025. Durante a reunião, foram discutidos processos e fluxos de trabalho, visando identificar pontos críticos e propor estratégias de melhoria. O foco principal foi a qualificação da assistência, com ênfase na análise de indicadores de desempenho e na definição de ações que possam contribuir para o alcance das metas estabelecidas. Esse espaço de discussão permitiu a troca de experiências entre as equipes, o compartilhamento de boas práticas e a construção conjunta de soluções para os desafios identificados. As contribuições coletadas durante o encontro serão fundamentais para o planejamento de ações futuras, fortalecendo o compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

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

SUS
Sistema
Único
de Saúde