TEIAS 3.2
COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.2

RELATÓRIO DE GESTÃO

Contrato de Gestão Nº 007/2021

Março 2025

Referência: trimestre janeiro, fevereiro e março de 2025

EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Gerente de Projeto

Liz Lutterbach

Gerente de Qualidade

Mônica do Carmo

Analista de Qualidade

Jacqueline Valim Araujo

Assistentes de Qualidade

Jéssica Ximenes e Victor Zäni

Supervisão de Território

Marianna Costa e Rodrigo Rodriguez

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 4

1. PARTE 1 6

1.1 Resultado dos Indicadores da Variável 01: Incentivo à Gestão do TEIAS 9

1.1.1 Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades 9

1.1.2 Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) 10

1.1.3 Estrutura para impressão de documentos assistenciais 11

1.1.4 Abastecimento regular das unidades 13

1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados 14

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

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

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

1.1.9 Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS/RJ 17

1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados 18

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose 18

1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação 21

1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas. 23

1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) 25

1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores 27

1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes 28

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

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

1.1.19 Desempenho Assistencial 31

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

2. PARTE 3 108

3.1 Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB). 108

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS 126

EDUCAÇÃO PERMANENTE 131

4. REFERÊNCIAS 132

ANEXO 1 - DECLARAÇÕES COMPROBATÓRIAS DA V1 133

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

Em 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 trimestre **janeiro, fevereiro e março.**

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, são apresentados dois quadros-síntese:

- O primeiro quadro, reúne os resultados da variável 1 (um) referentes ao mês de março de 2025, considerando que o último relatório contemplava o mês de fevereiro de 2025.

- O segundo quadro, apresenta os dados consolidados do trimestre de janeiro a março de 2025, período que constitui o foco da avaliação atual.

Análise Assistencial Variável 1 - Competência: Janeiro a Março de 2025						
Indicador		Meta	Numerador/Denominador		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	1199,67	97,06%	SIM
			Denominador	1241,64		
03	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	95%	Numerador	380,66	99,74%	SIM
			Denominador	382,33		
04	Abastecimento regular das unidades	95%	Numerador	23	100,00%	SIM
			Denominador	24		
05	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	95%	Numerador	23,34	100,00%	SIM
			Denominador	24		
06	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)	100%	Numerador	24	100,00%	SIM
			Denominador	24		
07	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	100%	Numerador	1241,64	100,00%	SIM
			Denominador	1241,64		
08		≤ 1	Numerador	1641708,13	1,00	SIM

	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos		Denominador	1641675,09		
09	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	95%	Numerador	11	95,90%	SIM
			Denominador	268		
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	95%	Numerador	598,66	98,89%	SIM
			Denominador	617,66		
11	Proporção de cura de Tuberculose	90%	Numerador	113	71,43%	NÃO
			Denominador	142		
12	Acompanhamento de Sífilis na Gestação	90%	Numerador	100	39,51%	NÃO
			Denominador	257		
13	Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas	85%	Numerador	566	80,47%	NÃO
			Denominador	715		
14	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	90%	Numerador	427545	98,34%	SIM
			Denominador	4349154		
15	Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	Numerador	24	100,00%	SIM
			Denominador	24		
16	Rotatividade de profissionais nas equipes	≤ 5	Numerador	20	1,71	SIM
			Denominador	1163		
17	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	40%	Numerador	236	40,06%	SIM
			Denominador	589		
18	Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção,	90%	Numerador	133	100,00%	SIM
			Denominador	133		

	prevenção e assistência acompanhadas pela eSF e eSB					
19	Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	**100%**	Numerador	12758	**104,93%**	**SIM**
			Denominador	12132		
TOTAL DE 16 INDICADORES ALCANÇADOS NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE 2025, COM ALCANCE DE 84%						

Fonte dos dados: PEP/VitaCare. Competência: 01/01/2025 a 31/03/2025.

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

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

1.1.1 Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	**Fevereiro**	**Março**
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 instauração de uma Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) atende às resoluções N° 41/1992 do CREMERJ e N°1638/2002 do CFM, que tornam obrigatórias as comissões nas instituições de saúde. Segundo esta última resolução, o prontuário do paciente pode ser entendido como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. O prontuário é uma das ferramentas de avaliação da qualidade da assistência, bem como de continuidade do cuidado, apoio à tomada de decisões e está envolvido também na segurança do paciente.

Para o efetivo acompanhamento das Comissões implementadas nas UAP, a Gerência de Qualidade IDEIAS (GQI) implementou roteiros estruturados para avaliações por linhas de cuidado, o que favorece a análise qualitativa dos prontuários e orientação à melhoria de processos de trabalho e, consequentemente, da prestação de cuidados de saúde. Estes roteiros estão em uso desde outubro de 2021, início do contrato de gestão firmado com a CAP 3.2. As atas das reuniões são submetidas a uma análise específica pela Gerência de Qualidade IDEIAS. Esta análise tem como objetivo identificar as principais fragilidades apontadas pelas comissões nos processos de cuidado. As fragilidades identificadas são informadas aos gestores através de feedback com a finalidade de qualificar o processo de trabalho.

Para o próximo trimestre, serão realizadas visitas da supervisão e da equipe de Qualidade nas unidades de Atenção Primária para acompanhar a reunião de Comissão de Prontuário a fim de qualificar o documento.

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

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	Fevereiro	Março
Proporção de profissionais de saúde	95%	**96,61%**	96,84%	95,95%	97,06%

cadastradas no SCNES.					
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. Em comparação com o trimestre anterior, que apresentou uma taxa de 97,65%, observa-se uma discreta redução no percentual alcançado, sendo que neste trimestre o indicador atingiu 96,61%.

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. Lembrando que as diversas movimentações ao longo do período em análise são verificadas diariamente pela equipe de Qualidade através da análise e confirmação de todos logins solicitados pelas Unidades de Saúde. Divergências encontradas são encaminhadas novamente às Unidades para correção e assim dar continuidade ao processo de criação de senha aos novos profissionais, sempre em conformidade com o CNES atualizado diariamente pela equipe do DICA da CAP 3.2. Os profissionais desligados têm seus logins desativados do sistema mediante solicitação da Unidade de Saúde ou da equipe de Qualidade ao Suporte do Prontuário Eletrônico.
A diferença do indicador está diretamente ligada ao processo de entrada e saída de profissionais, assim como transferências realizadas ao longo do mês vigente. Os arquivos XML disponibilizados pela Secretaria de Saúde e atualizados no Prontuário Eletrônico dentro do mês, comparam os profissionais

cadastrados entre SCNES e VitaCare (PEP). Em razão de grandes movimentações e etapas do processo de atualização dos arquivos XML, o indicador pode apresentar diferença ao longo do período podendo esta permanecer até o fechamento do mês ou trimestre.
Em comparação com o trimestre anterior, que apresentou uma taxa de 97,65%, observa-se uma discreta redução no percentual alcançado, sendo que neste trimestre o indicador atingiu 96,61%.

1.1.3 Estrutura para impressão de documentos assistenciais

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	**Fevereiro**	**Março**
Percentual de consultórios com impressora funcionando.	95%	**99,56%**	99,21%	99,74%	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 gerados nos atendimentos, como receitas, solicitações de exames e orientações, é essencial para garantir uma comunicação clara e eficaz entre a instituição/profissional e o usuário do serviço, reduzindo possíveis dúvidas ou imprecisões nessa relação. Isso está diretamente ligado aos princípios da Segurança do Paciente.

A escrita à mão pode, em alguns casos, causar confusões, a informatização busca agilizar os processos de trabalho, evitando atrasos no atendimento e na prescrição de terapias. No entanto, uma impressão de baixa qualidade também pode gerar contratempo semelhante, e ele se aplica aos exames e resultados.

Nesse contexto, o indicador em questão avalia a estrutura para a impressão de documentos assistenciais. O IDEIAS mantém um esforço contínuo para assegurar a qualidade do serviço prestado, garantindo que consultórios e salas estratégicas estejam equipados com impressoras em pleno funcionamento.

1.1.4 Abastecimento regular das unidades

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	**Fevereiro**	**Março**
Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente.	95%	**95,83%**	95,83%	91,67%	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 fatores cruciais para o desenvolvimento de atividades de atenção à saúde e para a excelência operacional das instituições de saúde. A regularidade do abastecimento e a devida

provisão dos recursos têm significativos impactos sobre os desempenhos dos serviços de saúde e imagem junto aos profissionais e à população (Infante, 2007).

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

1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	**Fevereiro**	**Março**
Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.	95%	**97,22%**	100,00%	91,67%	100,00%
Cálculo do Indicador: Nº de unidade que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário / Nº total de unidades da área x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: meta alcançada no período em análise.					

Para uma assistência mais integral à saúde dos usuários dos serviços do SUS, torna-se essencial descentralizar a distribuição de medicamentos. Esse processo visa estreitar a relação entre os serviços de saúde e os pacientes, proporcionando orientação e educação personalizadas. O objetivo é assegurar a qualidade da Atenção Farmacêutica, especialmente em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família.

Quando se pensa em medicamentos controlados, essa descentralização se mostra mais importante, uma vez que o uso indiscriminado e sem as devidas orientações destes fármacos implicam em riscos importantes à saúde dos usuários, como intoxicação, alteração do estado mental e dependência. O profissional farmacêutico nestes casos tem a responsabilidade de orientar, rejeitar receitas inadequadas quando necessário e deve ultrapassar a barreira da dispensação, tornando-se um agente disseminador da informação e otimizador do processo propedêutico, visando à qualidade de vida do indivíduo (Lima, 2021).

Neste sentido, assegurar o fornecimento de medicamentos controlados por profissionais farmacêuticos é um dos compromissos da gestão da área.

Na AP 3.2, 100% das unidades possuem farmácia, no mês de fevereiro, 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, porém, essa situação não impactou no resultado trimestral do indicador.

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

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	Fevereiro	Março
Proporção de unidades que informaram em dia.	100%	**100,00%**	100,00%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário / Nº total de unidades na área x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: meta alcançada no período em análise. Considera-se para este indicador as declarações emitidas pela DICA da AP 3.2 e relatório emitido pelo PEP VitaCare.					

A equipe da Gerência de Qualidade IDEIAS supervisiona a transmissão das informações originadas nas unidades de saúde da AP para o Ministério da Saúde. Este procedimento ocorre por meio de arquivos compactados pelo sistema VitaCare, abrangendo a produção das unidades, denominados "*thrifts*", por meio do PEC e-SUS APS. Esse sistema é o Prontuário Eletrônico do Cidadão para a Atenção Primária à

Saúde do Ministério da Saúde. A partir de março de 2023, passou a ser realizado semanalmente pelo VitaCare e mensalmente pelas UAP, conforme orientação da SUBPAV (reunião de 27/02/2023).

Este mecanismo garante a alimentação adequada do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). A equipe também mantém um fluxo de informação no qual recebe das UAP os arquivos de produção no primeiro dia útil de cada mês, realiza o faturamento dos procedimentos e encaminha à DICA da AP 3.2 em tempo oportuno e adequado. As glosas são analisadas e é realizado um *feedback* às unidades com orientações para adequação. O preenchimento do Painel OSINFO é realizado mensalmente, até o 10° dia útil do mês, com relatórios das atividades e resultados de indicadores.

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

<table>
<tr><th>Indicador</th><th>Meta</th><th>Trimestre</th><th colspan="3">Resultados Mensais</th></tr>
<tr><td rowspan="2">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.</td><td rowspan="2">100%</td><td rowspan="2">100,00%</td><td>Janeiro</td><td>Fevereiro</td><td>Março</td></tr>
<tr><td>100,00%</td><td>100,00%</td><td>100,00%</td></tr>
<tr><td colspan="6">Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário / nº total de profissionais de ESF e ESB na área x 100.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Fonte: PEP VITACARE</td></tr>
<tr><td colspan="6">Periodicidade da avaliação: Trimestral</td></tr>
<tr><td colspan="6">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.</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
</table>

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

1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos

Indicador	Meta	Resultado Trimestre
Razão do gasto administrativo em relação ao total de gasto.	≤ 1	**1,00**
Cálculo do Indicador: Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS - OSS no trimestre / Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS - OSS no trimestre.		
Fonte: Prestação de contas		
Periodicidade da avaliação: Trimestral		
Nota: Calculado ao final do trimestre.		

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

Indicador	Meta	Resultado Trimestre
Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS.	95%	**95,90%**
Cálculo do Indicador: Total de itens comprados abaixo da média de preços / Total de itens adquiridos x 100		
Fonte: Prestação de contas		

Periodicidade da avaliação: Trimestral
Nota: Calculado ao final do trimestre.

1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	**Fevereiro**	**Março**
Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e serviços prestados.	95%	**96,70%**	94,65%	96,57%	98,89%
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					

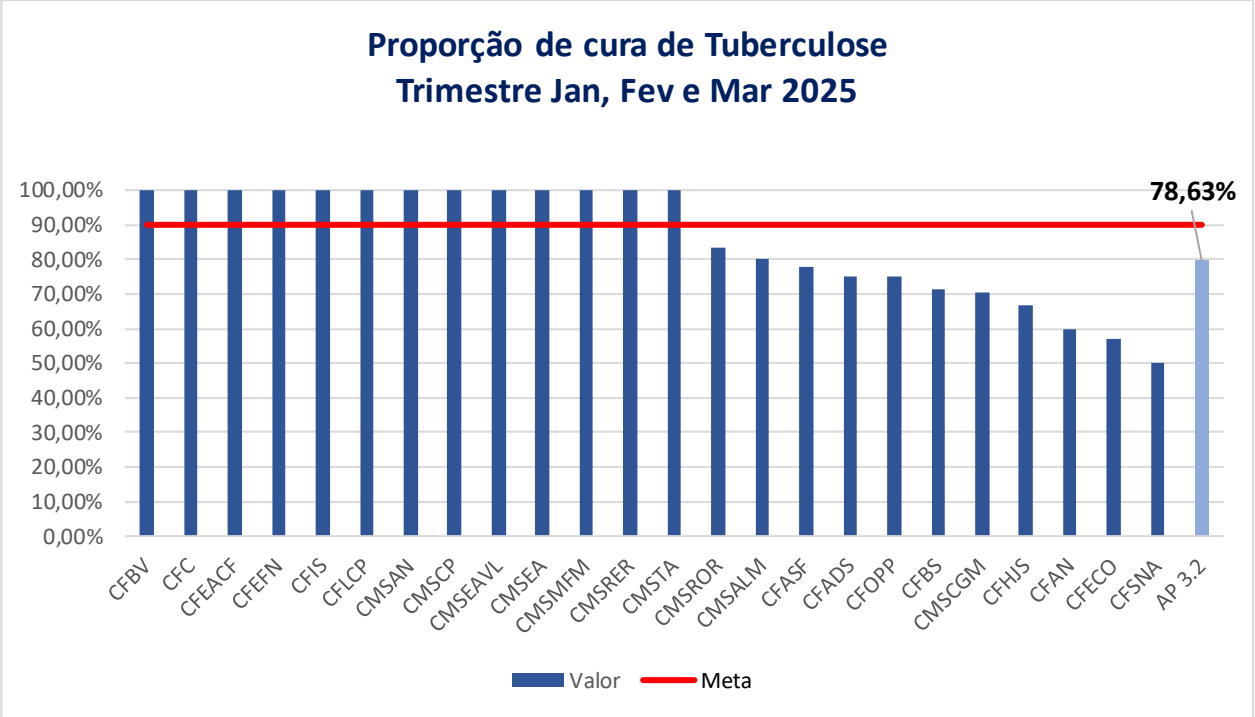
A equipe de gestão do projeto IDEIAS realiza o acompanhamento contínuo das avaliações feitas pelos gestores das UAP, referentes à qualidade dos itens fornecidos e serviços prestados às unidades. Esse processo tem como objetivo principal obter feedbacks que auxiliem na melhoria contínua dos processos, 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 Qualidade e a Supervisão de Território, reforçando o compromisso com a excelência.

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose

Análise Assistencial Variável 1 - Competência: 1º trimestre de 2025					
Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	Fevereiro	Março
Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período.	90%	**78,63%**	80,39%	84,09%	71,43%

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: No trimestre de janeiro a março, a proporção de cura da tuberculose foi de 79,58%. Os percentuais mensais foram: 80,39% em janeiro, 84,09% em fevereiro e 71,43% em março.

A tuberculose (TB) continua sendo um desafio significativo para a saúde pública no Brasil, demandando estratégias eficazes para o controle e tratamento. Compreender os fatores que levam ao abandono do tratamento é fundamental para planejar ações e intervenções que garantam a adesão dos pacientes e a eficácia das medidas propostas. Nesse contexto, realiza-se uma análise contínua dos casos ao longo dos

meses, com foco na identificação e resolução das causas que impactam negativamente os indicadores de tratamento.

O processo começa com uma avaliação detalhada dos prontuários dos pacientes que não atingem os indicadores esperados, buscando compreender os motivos para o abandono ou outras razões para altas. Essa análise é essencial para identificar barreiras enfrentadas durante o tratamento, como dificuldades sociais, econômicas ou relacionadas ao acesso aos serviços. Os resultados das análises são, então, compartilhados com os gestores das unidades e com os profissionais "pontos focais", garantindo um acompanhamento mais próximo e eficiente.

Além disso, a equipe técnica orienta sobre a abertura de chamados no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) para corrigir inconsistências e reforça o papel crucial de um responsável pela linha de cuidado da tuberculose em cada unidade. Esse profissional é uma referência no ajuste dos processos de trabalho e no suporte às fragilidades identificadas.

As unidades realizam o acompanhamento dos casos de TB com base nos boletins elaborados pela apoiadora de TB da CAP, complementados pelos dados do prontuário eletrônico. A parceria entre a Gerência de Qualidade, a Supervisão de Território IDEIAS e a linha de cuidados da CAP 3.2 tem se mostrado fundamental, resultando em um monitoramento contínuo e eficiente do mapa mensal de tuberculose. Este monitoramento é enriquecido com informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e dados adicionais fornecidos pelas equipes locais.

Como parte das estratégias de suporte, foi disponibilizada uma planilha de justificativas alimentada continuamente ao longo do trimestre e formalmente solicitada ao final do período. Essa ferramenta tem se mostrado valiosa na identificação de fragilidades nos processos de trabalho e na elaboração de planos de intervenção. Para garantir privacidade e segurança, os usuários são identificados apenas pelas iniciais dos nomes, com identificação completa restrita a profissionais autorizados com acesso ao PEP.

Adicionalmente, foi criado um grupo de WhatsApp para comunicação direta com os enfermeiros "pontos focais" de tuberculose, facilitando o compartilhamento de informações, lembretes e orientações sobre o acompanhamento dos casos e está sendo realizado uma análise crítica utilizando a variável 03 (Grupo 09 (G9) ‘Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose’, por unidade, em relação a qualidade do acompanhamento do paciente com diagnóstico de tuberculose.

Todas as justificativas estão disponíveis para acesso da CTA através do link no Drive: https://drive.google.com/drive/folders/1eTE51y_yApOn3KlbJbCvC02SMtAwAKXF?usp=drive_link

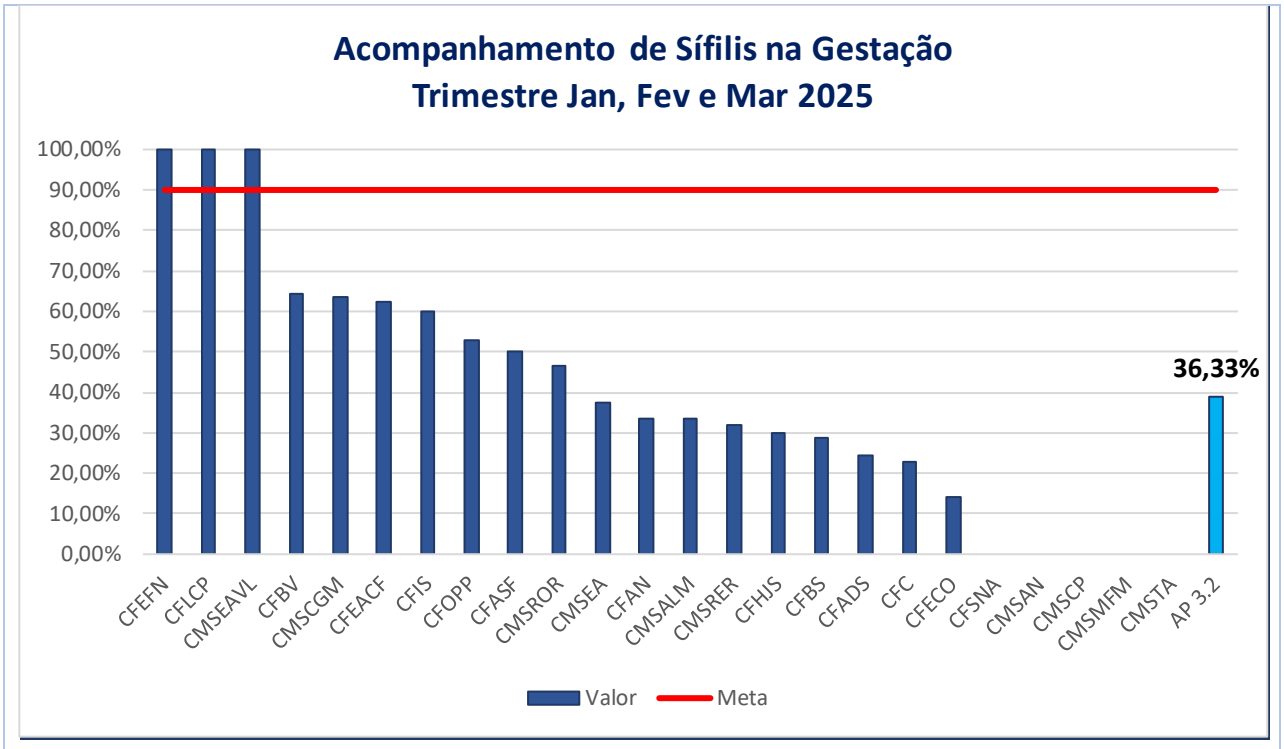
A visualização será liberada mediante solicitação formal de acesso por e-mail institucional.

A análise contínua e colaborativa dos casos de tuberculose, aliada ao uso de ferramentas de comunicação e tecnologias de informação, tem contribuído significativamente para a melhoria gradual dos indicadores de tratamento. O marco atingido neste trimestre é reflexo desse trabalho integrado, reafirmando a importância de uma abordagem multidisciplinar e de um monitoramento constante para enfrentar os desafios e garantir resultados mais efetivos na saúde pública.

A equipe de Qualidade do IDEIAS, realizou encontros com as equipes das unidades de AP que apresentaram indicadores com valores mais frágeis, para elaboração de um plano de ação em busca de melhorias dos indicadores. Os planos encontram-se na página 126.

1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	**Fevereiro**	**Março**
Proporção de notificações de sífilis na gestação com tratamento adequado	90%	**36,33%**	31,34%	38,16%	39,51%
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

No período em análise, SMS CMS ANTENOR NASCENTES, SMS CMS CESAR PERNETTA, SMS CMS MILTON FONTES MAGARÃO e SMS CMS TIA ALICE não registraram casos de sífilis na gestação no período vigente e SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN, registrou 4 casos, sendo 1 caso registrado como tratamento inadequado e 3 casos não iniciaram tratamento.

Tem sido realizado um levantamento contínuo e enviado às unidades a listagem de usuárias que apresentam falta de registro de dose e/ou do número de notificação no SINAN para que as equipes avaliem e façam as adequações nos registros, além de identificar possíveis lacunas no cuidado.

Ao final de cada trimestre de avaliação, levantamos junto às unidades as justificativas nominais para os indicadores assistenciais da V1 e V2. Desde outubro, após uma pactuação entre os gerentes das UAP e a Supervisão de Territórios IDEIAS, em reunião de gerentes, o instrumento para justificativas passou a ficar disponibilizado ao longo de todo o trimestre para alimentação contínua. Entretanto, formalmente, ele é solicitado ao final dos trimestres. A planilha de justificativas continua sendo uma ferramenta valiosa para avaliar as fragilidades dos processos de trabalho e elaborar planos de intervenção. Isso ajuda a abordar os desafios específicos enfrentados pelas equipes. É importante mencionar que os usuários são

identificados apenas por iniciais dos nomes, sendo possível a identificação completa somente por profissionais autorizados com acesso ao sistema PEP.

Além disso, a equipe de qualidade passou a realizar o monitoramento quinzenal dos prontuários eletrônicos. Esse acompanhamento tem como objetivo identificar possíveis falhas que possam comprometer o desempenho do indicador, como doses lançadas por profissionais de nível médio, o não respeito ao intervalo entre as doses, bem como a necessidade de avisar a equipe responsável sobre as próximas datas de realização das doses das pacientes. Também é monitorada a captação de usuárias, alertando as equipes sobre possíveis abandonos de tratamento. Essas medidas têm se mostrado fundamentais para assegurar a continuidade e a qualidade do atendimento às gestantes.

Todas as justificativas estão disponíveis para acesso da CTA através do link: https://drive.google.com/drive/folders/1eTE51y_yApOn3KlbJbCvC02SMtAwAKXF?usp=drive_link

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

As unidades seguem enfrentando desafios como registros inadequados, mudanças de território pelas usuárias antes da conclusão do tratamento, alta rotatividade de profissionais e fluxos de atendimento desorganizados. Esses fatores dificultam o alcance da meta e contribuem para a instabilidade dos resultados entre os trimestres.

Para enfrentar esses desafios, foram reforçadas estratégias como o treinamento das equipes para garantir o registro correto das doses aplicadas, a busca ativa de gestantes faltosas e a realização do pré-natal do parceiro. Essas medidas, somadas ao monitoramento quinzenal da equipe de qualidade, visam melhorar a precisão dos registros, aumentar a adesão ao tratamento e promover um atendimento mais eficaz e contínuo nas unidades de saúde.

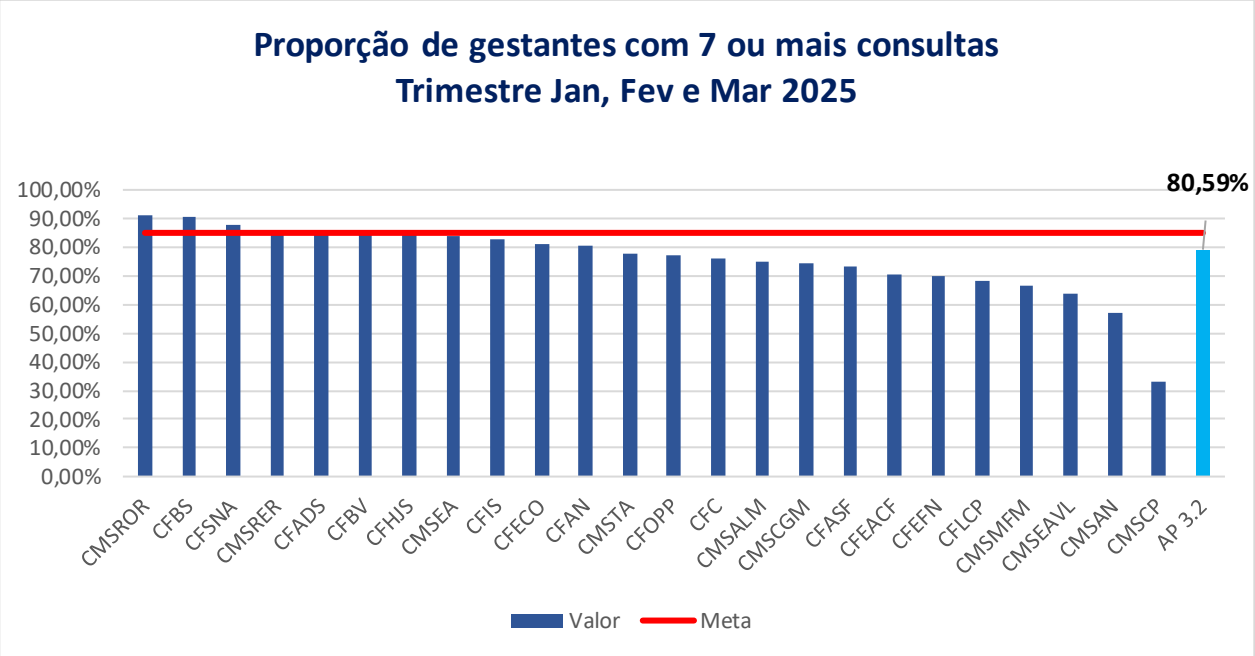
A equipe de Qualidade do IDEIAS, realizou encontros com as equipes das unidades de AP que apresentaram indicadores com valores mais frágeis, para elaboração de um plano de ação em busca de melhorias dos indicadores. Os planos encontram-se na página 126

1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas.

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
	85%		**Janeiro**	**Fevereiro**	**Março**

Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal registradas no PEP.		80,59%	80,70%	80,61%	80,47%

Cálculo do Indicador: Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico ou enfermeiro) na área no período em análise / Nº total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise.



Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Instrumentos de monitoramento têm sido essenciais para apoiar o alcance do indicador **"Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas"**, com a disponibilização de listas de gestantes destacando a Data Provável do Parto (DPP). Essas listas chamam a atenção para gestantes com DPP em até 45 dias e para gestantes ativas com 42 semanas ou mais de gravidez, solicitando feedback das unidades sobre a resolução desses casos.

Ao final de cada trimestre de avaliação, as unidades são solicitadas a preencher justificativas dos indicadores não alcançados da V1 e V2, após pactuação entre os gerentes das UAP e a Supervisão de Territórios IDEIAS, o instrumento passou a ficar disponível durante todo o trimestre, permitindo alimentação contínua. A planilha de justificativas permanece como uma ferramenta valiosa para identificar fragilidades nos processos de trabalho e elaborar planos de intervenção. Ressalta-se que as usuárias são identificadas apenas pelas iniciais dos nomes, sendo a identificação completa acessível apenas por profissionais autorizados pelo sistema PEP.

Todas as justificativas estão disponíveis para acesso da CTA através do link no Drive: https://drive.google.com/drive/folders/1eTE51y_yApOn3KlbJbCvC02SMtAwAKXF?usp=drive_link

A visualização será liberada mediante solicitação formal de acesso por e-mail institucional.

Apesar dessa evolução, algumas fragilidades ainda foram observadas nas justificativas enviadas pelas unidades. A rotatividade das gestantes nos territórios dificulta a continuidade do cuidado, pois muitas vezes elas mudam de área e são atendidas por equipes diferentes. Além disso, o absenteísmo das gestantes em consultas programadas compromete o acompanhamento regular, dificultando a identificação precoce de possíveis complicações. Outro desafio é a desarticulação com a atenção primária, uma vez que gestantes encaminhadas para o alto risco frequentemente optam por realizar todo o pré-natal apenas na unidade de referência, gerando lacunas no registro e no seguimento integral do cuidado.

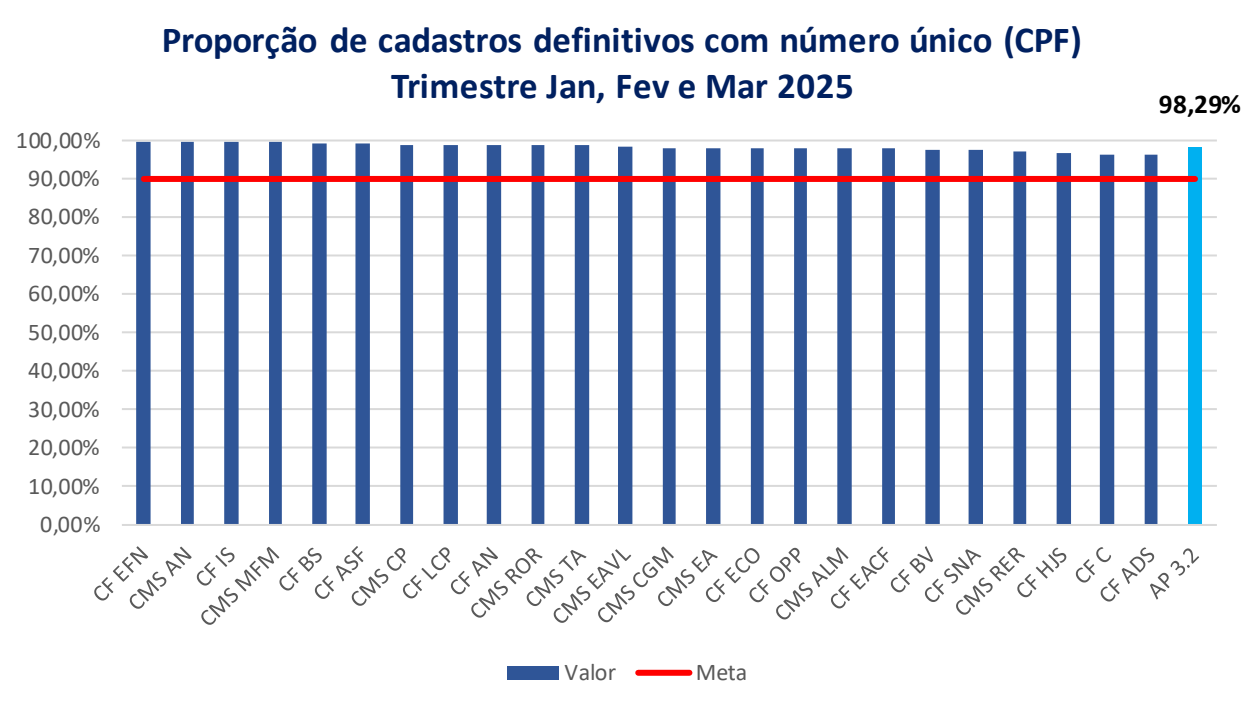
Para superar esses desafios, recomenda-se o fortalecimento das estratégias de busca ativa, maior integração entre a atenção primária e as unidades de referência, e a capacitação contínua dos profissionais para reforçar a adesão das gestantes ao pré-natal, garantindo a continuidade e a qualidade do cuidado prestado.

Entre os principais fatores que contribuíram para o não atingimento do indicador, destacam-se: ocorrência de abortamentos, realização do acompanhamento pré-natal na rede suplementar, baixa adesão das gestantes ao compartilhamento do pré-natal de alto risco e transferências de unidade. A equipe de Qualidade do IDEIAS promoveu encontros com as equipes das unidades da Atenção Primária que apresentaram os menores desempenhos, com o objetivo de elaborar planos de ação voltados à melhoria dos indicadores. Os planos encontram-se na página 126.

1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	Fevereiro	Março
Proporção de cadastros definitivos com n° único (CPF)	90%	**98,29%**	98,25%	98,29%%	98,34%

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

No último trimestre, o indicador atingiu **98,19%**, representando uma ligeira evolução em relação ao trimestre vigente **98,29%**, embora o crescimento seja discreto 0,10%, reflete o esforço contínuo das equipes em manter os cadastros atualizados e em conformidade com os requisitos.

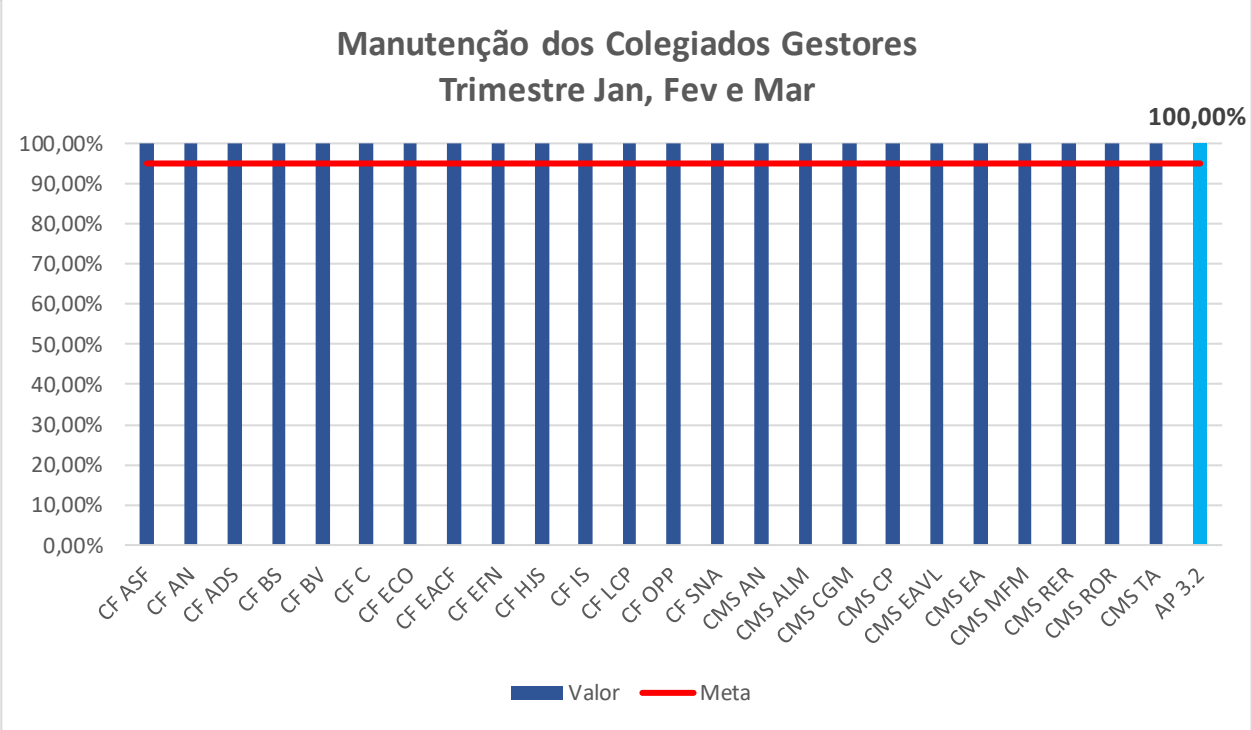
Esse processo de atualização e adequação dos cadastros permanece em curso, e a manutenção das estratégias implementadas, aliada ao monitoramento contínuo e à sensibilização das equipes, é essencial para garantir que o indicador alcance níveis cada vez mais próximos da completude total.

Com o objetivo de melhorar o acompanhamento de completude de cadastro, a equipe de Qualidade iniciou um levantamento mensal através dos informes do VitaCare que será enviado como ferramenta de apoio para as equipes de Atenção Primária, a fim de qualificar os cadastros.

1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	Fevereiro	Março
Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	**100,00%**	100,00%	100,00%	100,00%

Cálculo do Indicador: Número de unidades com colegiados gestores com atividade mensal / Número de unidades com equipes de Saúde da Família X 100.



Fonte: PEP VitaCare

Peridicidade da avaliação: Trimestral

O processo de manutenção do colegiado gestor é essencial para assegurar uma gestão participativa e eficaz, fortalecendo as atividades relacionadas ao território de atuação.

O Prontuário Eletrônico desempenha um papel central nesse contexto, permitindo que os gerentes das unidades registrem informações específicas sobre o funcionamento dos colegiados gestores. No módulo de cadastro da unidade, é obrigatório registrar a existência do colegiado gestor, a frequência das reuniões realizadas e anexar as respectivas atas.

Para que um colegiado seja considerado ativo, é necessário realizar no mínimo uma reunião mensal. Essas reuniões promovem um espaço de comunicação e troca de ideias, além de possibilitarem uma tomada de decisão colaborativa entre os membros, o que reforça a integração e a eficiência no processo de gestão.

As programações das reuniões do colegiado gestor são regularmente compartilhadas com líderes comunitários atuantes no território, ampliando a transparência e a inclusão da comunidade no planejamento e acompanhamento das ações realizadas.

No que diz respeito ao desempenho, o indicador "Manutenção de Colegiado Gestor" atingiu a marca de 100%. Esse resultado reflete o compromisso das unidades com a implementação de práticas participativas de gestão e a adesão aos critérios exigidos para o funcionamento pleno dos colegiados
Para o próximo trimestre, serão realizadas visitas da supervisão e da equipe de Qualidade nas unidades de Atenção Primária para acompanhar a reunião de Colegiado Gestor a fim de qualificar o documento.

1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes

<table>
<tr><th>Indicador</th><th>Meta</th><th>Trimestre</th><th colspan="3">Resultados Mensais</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família.</td><td rowspan="2">≤5</td><td rowspan="2">1,71</td><td>Janeiro</td><td>Fevereiro</td><td>Março</td></tr>
<tr><td>0,68</td><td>1,13</td><td>3,34</td></tr>
<tr><td colspan="6">Cálculo do Indicador: [(Nº de profissionais substituídos + nº de profissionais admitidos) /2] / Nº total de profissionais ativos no período.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Fonte: CNES</td></tr>
<tr><td colspan="6">Periodicidade da avaliação: Trimestral</td></tr>
</table>

A rotatividade de profissionais é um indicador importante para a continuidade do cuidado e a qualidade da assistência na atenção primária à saúde. A manutenção de um quadro de profissionais estável é fundamental para o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe de saúde, favorecendo a adesão ao tratamento e a melhoria dos resultados assistenciais. No entanto, observou-se que, no mês de março, duas unidades — CF Bibi Vogel e CF Herbert de Souza — foram significativamente impactadas nesse indicador devido a episódios de violência ocorridos durante o horário de trabalho. Esses eventos resultaram na transferência de diversos profissionais para outras unidades, comprometendo a continuidade do cuidado.

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

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	Fevereiro	Março
Nº de crianças e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiárias.	**Jan-20%** **Fev- 30%** **Mar-40%**	**40,06%**	8,74%	47,36%	40,06%
Cálculo do Indicador: Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC acompanhados / Nº total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC.					
Fonte: Portal SUBPAV					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

As políticas sociais de base territorial, como o programa Bolsa Família e o Cartão Família Carioca, são elementos de agregação de ações junto a famílias em situação de vulnerabilidade social, na perspectiva

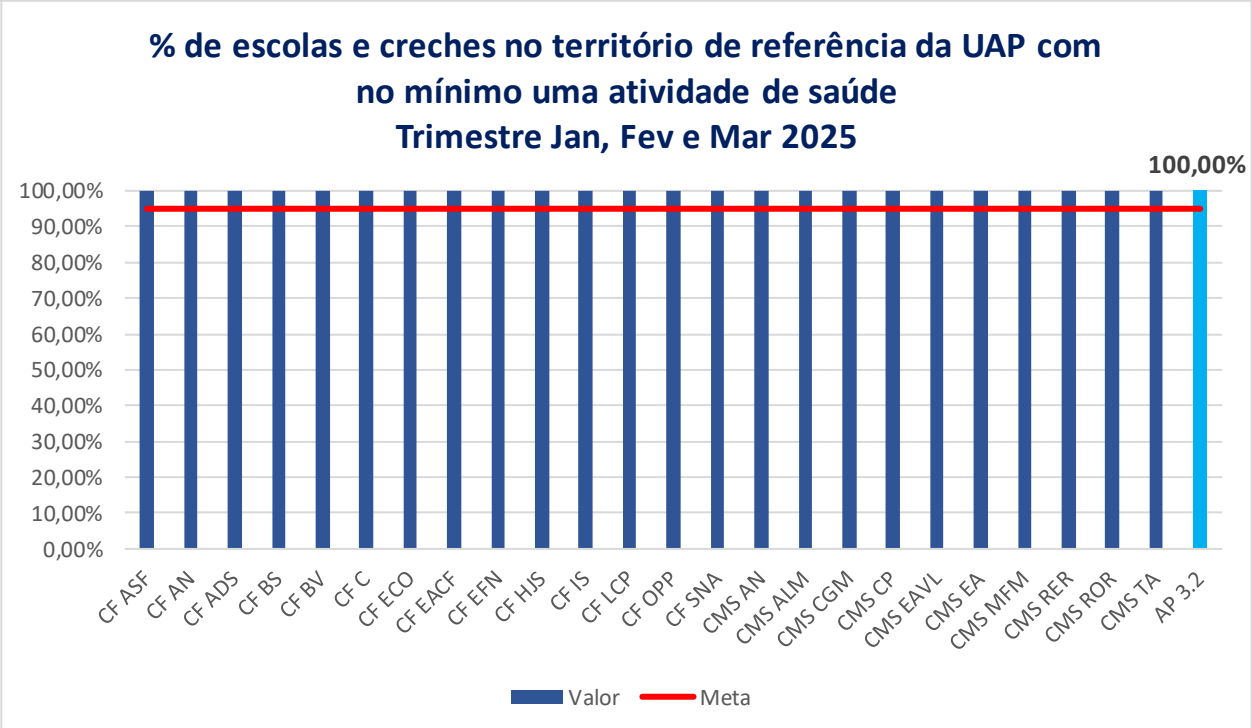
de ampliação do acesso aos serviços e redução dos fatores geradores da desigualdade e exclusão social (Guadagnin, 2019). A Estratégia Saúde da Família é um *lócus* privilegiado para o acompanhamento das condicionalidades de saúde dessas famílias.

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

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

Indicador	Meta	Trimestre	Resultados Mensais		
			Janeiro	Fevereiro	Março
Proporção de escolas e creches cobertas na área da UAP	90%	**100,00%**	51,88%	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: -

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 parabenizando as unidades que alcançaram a meta. A equipe de Supervisão de Território IDEIAS avalia diariamente esse indicador nos últimos dias do mês vigente.

De acordo com o ofício S/SUBPAV/CAP 3.2 nº 025/2023 de 13 de janeiro de 2023, nos meses não letivos das escolas, como janeiro, este indicador não deve ser considerado, uma vez que as atividades escolares estão suspensas. Por esse motivo, o resultado de janeiro, que alcançou 51,88% não foi contabilizado, portanto, consideramos que houve alcance deste indicador uma vez que fevereiro e março o indicador alcançou 100%.

1.1.19 Desempenho Assistencial

Indicador	Meta	Trimestre
Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral entre as famílias beneficiárias de programa de incentivo.	100%	**104,93%**

O monitoramento das entregas dos kits de higiene oral é trimestral e requer acompanhamento criterioso. Diante disso, recomenda-se que as unidades realizem, de forma rotineira, a extração de listas específicas. Ressalta-se que não se deve utilizar a listagem geral de famílias com diferenças, mas sim focar nos usuários que ainda não receberam o kit no trimestre vigente. Esse procedimento visa aprimorar o controle das entregas e evitar duplicidades. É importante destacar que o kit deve ser entregue a todos os membros da família; caso contrário, o indicador não será contabilizado para a família que não foi toda contemplada.

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 que estão distribuídos 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.

Essa é uma regra coletiva: o desempenho individual de qualquer equipe pode impactar toda a unidade. Ou seja, mesmo que outras equipes da unidade tenham atingido entre 12 e 20 indicadores, a presença de uma única equipe com desempenho abaixo de 12 indicadores impede o repasse integral ou parcial do valor.

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%.

No quadro abaixo, é possível visualizar os resultados da completude por unidade:

% DE CADASTROS COMPLETOS NO TRIMESTRE			
UNIDADES	**JANEIRO**	**FEVEREIRO**	**MARÇO**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	77,84%	77,93%	78,03%
SMS CF ANNA NERY AP 32	82,62%	82,58%	82,51%
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	57,46%	57,65%	57,84%
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	51,47%	52,16%	52,05%
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	52,06%	52,36%	52,40%
SMS CF CARIOCA AP 32	88,49%	88,24%	88,06%
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	36,87%	37,21%	37,61%
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	76,88%	77,00%	76,97%
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	68,30%	68,15%	68,08%
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	61,78%	62,80%	64,07%
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	76,62%	76,49%	76,10%
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	76,33%	76,29%	76,23%
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	50,91%	51,07%	51,35%
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	45,70%	45,88%	46,07%
SMS CMS ANTENOR NASCENTES AP 32	39,26%	39,23%	39,94%
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	41,74%	42,43%	42,93%
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	63,15%	63,47%	63,54%
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	28,00%	28,09%	28,17%
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	37,47%	37,84%	38,28%
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	52,12%	52,26%	52,68%
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	71,48%	71,38%	71,14%
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	72,47%	73,04%	72,33%
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	79,94%	79,83%	79,82%
SMS CMS TIA ALICE AP 32	49,85%	50,27%	50,66%
TOTAL AP 3.2	**61,43%**	**61,62%**	**61,73%**
MÉDIA DO TRIMESTRE JAN, FEV, MAR	**61,62%**		

2.2 Resultado dos Indicadores da Variável 02: alcance dos indicadores por unidade

No trimestre analisado neste relatório, 29 equipes alcançaram até 11 indicadores; 84 equipes atingiram entre 12 e 16 indicadores; e 2 equipes alcançaram 17 ou mais. De acordo com as regras da versão da Variável 2, quando ao menos uma equipe atinge 11 ou menos indicadores, a unidade não é elegível para o repasse, sendo assim, as 13 unidades que permaneceram nesta faixa no período avaliado e não receberão repasse, são: CF ANNA NERY, CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA, CF BARBARA STARFIELD, CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA, CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA, CF HERBERT JOSE DE SOUZA, CF IZABEL DOS SANTOS, CF LUIZ CELIO PEREIRA, CF OLGA PEREIRA PACHECO, CMS CESAR PERNETTA, CMS EDUARDO A VILHENA, CMS MILTON FONTES MAGARAO, CMS RODOLPHO ROCCO.

Apresentam-se, a seguir, três quadros:

- **Quadro 01**: Equipes que alcançaram até 11 indicadores;
- **Quadro 02**: Equipes que alcançaram entre 12 e 16 indicadores;
- **Quadro 03**: Equipes que alcançaram entre 17 e 20 indicadores.

QUADRO 01:

EQUIPES QUE ALCANÇARAM ATÉ 11 INDICADORES		
UNIDADE	**EQUIPE**	**Nº DE INDICADORES ALCANÇADOS**
SMS CF ANNA NERY AP 32	JOSE FELIX	**11 de 20 indicadores**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	CONCORDIA	**10 de 20 indicadores**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	DARCI VARGAS	**9 de 20 indicadores**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	MIGUEL ANGELO	**10 de 20 indicadores**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	PONTILHAO	**10 de 20 indicadores**

SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DOMINGOS DE MAGALHAES	**11 de 20 indicadores**
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	FELIX FERREIRA	**11 de 20 indicadores**
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	BELA VISTA	**9 de 20 indicadores**
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CONSELHEIRO JOBIM	**8 de 20 indicadores**
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	MANOEL MIRANDA	**8 de 20 indicadores**
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	SAO PAULO	**11 de 20 indicadores**
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	HERMINIA	**8 de 20 indicadores**
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	JARDIM DO MEIER	**8 de 20 indicadores**
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	PRACA AVAI	**7 de 20 indicadores**
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	VISCONDE DE TOCANTINS	**8 de 20 indicadores**
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	ENGENHO DO MATO	**11 de 20 indicadores**
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	PEREIRA PINTO	**10 de 20 indicadores**
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	SILVA VALE	**10 de 20 indicadores**
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	CEU AZUL	**11 de 20 indicadores**
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	MACEDO BRAGA	**11 de 20 indicadores**
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	SOLIMOES	**11 de 20 indicadores**
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	VENCESLAU	**11 de 20 indicadores**
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	HENRIQUE SCHEID	**11 de 20 indicadores**
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	PIAUI	**7 de 20 indicadores**
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	ADOLFO BERGAMINI	**11 de 20 indicadores**
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	BORJA REIS	**10 de 20 indicadores**
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	CAMARISTA	**11 de 20 indicadores**

SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	SANTOS TITARA	**11 de 20 indicadores**
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	PERIANTA	**10 de 20 indicadores**

QUADRO 02:

EQUIPES QUE ALCANÇARAM DE 12 A 16 INDICADORES		
UNIDADE	**EQUIPE**	**Nº DE INDICADORES ALCANÇADOS**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	CAMILA BRAVO	**13 de 20 indicadores**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FAGUNDES VARELA	**13 de 20 indicadores**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FAZENDINHA	**14 de 20 indicadores**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FRANCISCO FRAGOSO	**13 de 20 indicadores**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	MONTEIRO DA LUZ	**12 de 20 indicadores**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	PAU FERRO	**14 de 20 indicadores**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	POCONE	**14 de 20 indicadores**
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	SILVA BRAGA	**12 de 20 indicadores**
SMS CF ANNA NERY AP 32	ALMIRANTE ARY PARREIRAS	**14 de 20 indicadores**
SMS CF ANNA NERY AP 32	DR GARNIER	**14 de 20 indicadores**
SMS CF ANNA NERY AP 32	MAGALHAES CASTRO	**13 de 20 indicadores**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	FAZENDINHA	**13 de 20 indicadores**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	VIUVA CLAUDIO	**13 de 20 indicadores**
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	XV DE AGOSTO	**12 de 20 indicadores**
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DARKE DE MATOS	**12 de 20 indicadores**

SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	PIRES DE CARVALHO	**14 de 20 indicadores**
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	VOLTA GRANDE	**15 de 20 indicadores**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	ADHEMAR BEBIANO	**14 de 20 indicadores**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	CANITAR	**14 de 20 indicadores**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	HORTOLANDIA	**15 de 20 indicadores**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MALACACHETA	**13 de 20 indicadores**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MANUEL MAURICIO	**14 de 20 indicadores**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MARECHAL CASTELO BRANCO	**12 de 20 indicadores**
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MOREIA	**15 de 20 indicadores**
SMS CF CARIOCA AP 32	BERGAMO	**16 de 20 indicadores**
SMS CF CARIOCA AP 32	ITAPOA	**13 de 20 indicadores**
SMS CF CARIOCA AP 32	MOGI MIRIM	**15 de 20 indicadores**
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	ALZIRA VALDETARO	**15 de 20 indicadores**
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CERQUEIRA LIMA	**12 de 20 indicadores**
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	AGUIA DE OURO	**16 de 20 indicadores**
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ALVARO DE MIRANDA	**14 de 20 indicadores**
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ENGENHO	**13 de 20 indicadores**
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	MAJOR ADERBAL COSTA	**14 de 20 indicadores**
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	MARIO BAHIA	**14 de 20 indicadores**
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	MARILIA DIRCEU	**12 de 20 indicadores**
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	MACHADO SOBRINHO	**13 de 20 indicadores**
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	MARACA	**12 de 20 indicadores**

SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	DOIS DE MAIO	**12 de 20 indicadores**
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	ENGENHO NOVO	**12 de 20 indicadores**
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	POLONIA	**15 de 20 indicadores**
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	VEIGA BASTOS	**15 de 20 indicadores**
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	ABOLICAO	**15 de 20 indicadores**
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	CASEMIRO DE ABREU	**15 de 20 indicadores**
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	COIMBRA DA LUZ	**14 de 20 indicadores**
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	FERNANDO SIMONI	**14 de 20 indicadores**
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	ANA QUINTAO	**16 de 20 indicadores**
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	ARTUR VARGAS	**13 de 20 indicadores**
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	PARANAPIACABA	**13 de 20 indicadores**
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	PAULO PIRES	**14 de 20 indicadores**
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	BAMBORE	**16 de 20 indicadores**
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	CHAVES PINHEIRO	**15 de 20 indicadores**
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	CONFEDERACAO SUICA	**14 de 20 indicadores**
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	MANET	**14 de 20 indicadores**
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	VASCO DA GAMA	**16 de 20 indicadores**
SMS CMS ANTENOR NASCENTES AP 32	PROF ANTENOR NASCENTE	**14 de 20 indicadores**
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	EMBOABA	**15 de 20 indicadores**
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	JOAO RIBEIRO	**12 de 20 indicadores**
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	LORENA	**14 de 20 indicadores**
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	TEOPHILO DIAS	**14 de 20 indicadores**

SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ARAUJO LEITAO	**13 de 20 indicadores**
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BARAO DO BOM RETIRO	**14 de 20 indicadores**
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BICUIBA	**13 de 20 indicadores**
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	DONA ROMANA	**14 de 20 indicadores**
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ENCONTRO	**14 de 20 indicadores**
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	MIGUEL GALVAO	**16 de 20 indicadores**
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	HERMENGARDA	**12 de 20 indicadores**
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	LOPES DA CRUZ	**12 de 20 indicadores**
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	FERNAO CARDIM	**12 de 20 indicadores**
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	BOCA DO MATO	**15 de 20 indicadores**
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	LINS IMPERIAL	**12 de 20 indicadores**
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	MARIA LUIZA	**14 de 20 indicadores**
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	SINCORA	**13 de 20 indicadores**
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	VILELA TAVARES	**15 de 20 indicadores**
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	AIRES CASAL	**15 de 20 indicadores**
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	ALVARES DE AZEVEDO	**15 de 20 indicadores**
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	ESPERANCA	**15 de 20 indicadores**
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	JACARE	**15 de 20 indicadores**
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	AMARO HAMATI	**14 de 20 indicadores**
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	LAGO VERDE	**15 de 20 indicadores**
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	SANTA LUZIA	**13 de 20 indicadores**

SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TIMBO	**12 de 20 indicadores**
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TURIMA	**13 de 20 indicadores**
SMS CMS TIA ALICE AP 32	24 DE MAIO	**15 de 20 indicadores**
SMS CMS TIA ALICE AP 32	SAO FRANCISCO XAVIER	**15 de 20 indicadores**

QUADRO 03:

EQUIPES QUE ALCANÇARAM DE 17 A 20 INDICADORES		
UNIDADE	**EQUIPE**	**Nº DE INDICADORES ALCANÇADOS**
SMS CF ANNA NERY AP 32	CAMBORIU	**17 de 20 indicadores**
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	CARDOSO QUINTAO	**17 de 20 indicadores**

O indicador S1 não será considerado no cálculo de alcance dos indicadores referentes ao trimestre de julho, agosto e setembro, conforme estabelecido no Ofício S/SUBPAV/CAP-3.2 nº 63/2024. Dessa forma, o total de indicadores considerados neste período será de 19.

Em razão disso, nenhuma das equipes das 13 unidades listadas no Quadro 01 será contemplada com repasse no trimestre avaliado, totalizando 65 equipes de Saúde da Família sem pontuação para repasse.

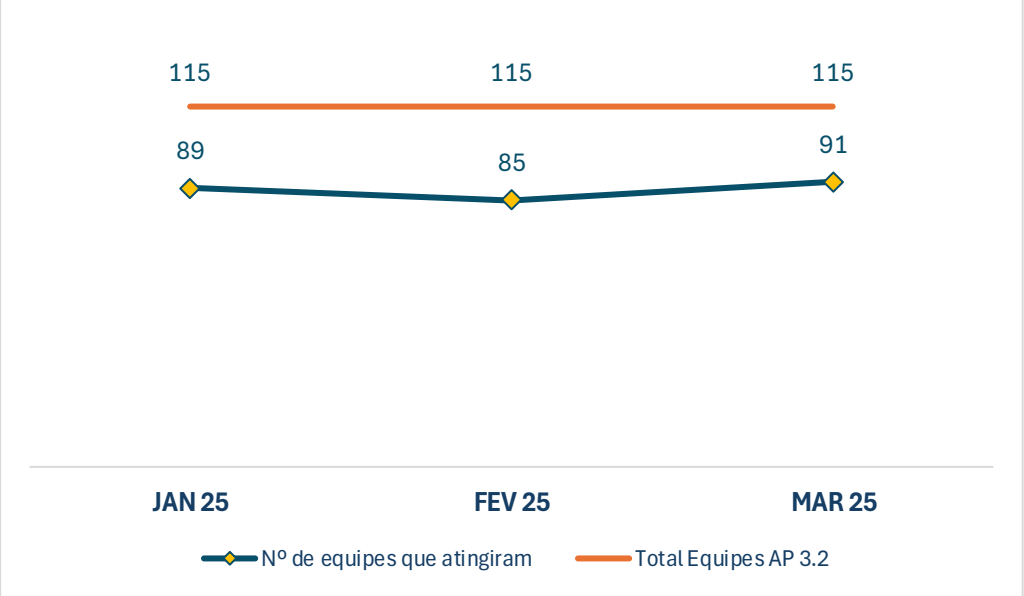
Após a aplicação do critério acima, restaram 50 equipes com repasse previsto, estando classificadas na seguinte categoria: 25% de repasse, ou seja, R$ 750,00 para cada equipe: as 50 equipes estão classificadas na categoria de 25% de repasse pois, pelo menos, uma equipe atingiu menos de 17 indicadores e nenhuma dessas unidades possui 90% de Completude de Cadastros em cada um dos meses do trimestre.

A seguir, apresenta-se um quadro com a quantidade de indicadores alcançados, o valor do repasse por unidade e suas respectivas equipes:

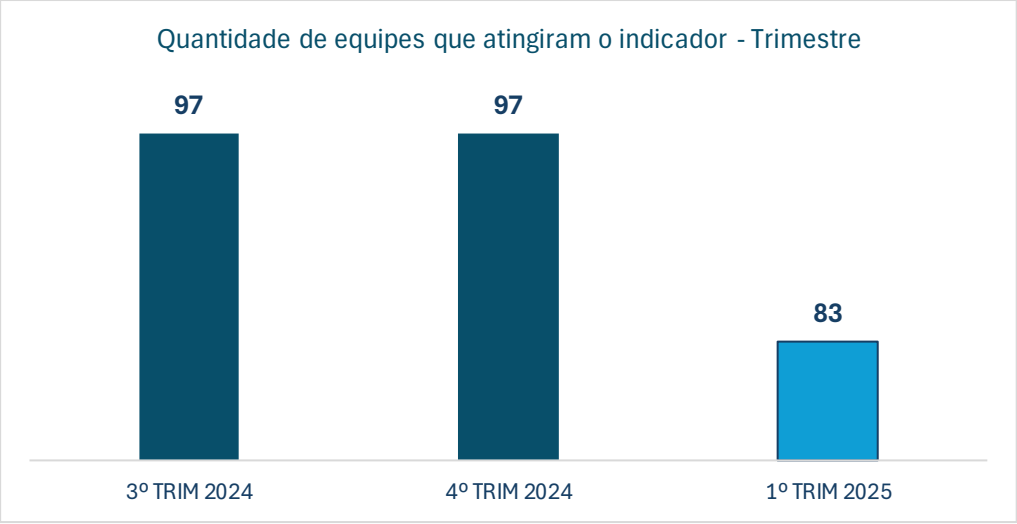
UNIDADE	EQUIPE	UNIDADES QUE ALCANÇARAM	R$ A RECEBER
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	CAMILA BRAVO	13 de 20 indicadores	R$ 750,00
	FAGUNDES VARELA	12 de 20 indicadores	R$ 750,00
	FAZENDINHA	14 de 20 indicadores	R$ 750,00
	FRANCISCO FRAGOSO	13 de 20 indicadores	R$ 750,00
	MONTEIRO DA LUZ	12 de 20 indicadores	R$ 750,00
	PAU FERRO	14 de 20 indicadores	R$ 750,00
	POCONE	14 de 20 indicadores	R$ 750,00
	SILVA BRAGA	12 de 20 indicadores	R$ 750,00
	TOTAL		R$ 6.000,00
UNIDADE			
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	ADHEMAR BEBIANO	14 de 20 indicadores	R$ 750,00
	CANITAR	14 de 20 indicadores	R$ 750,00
	HORTOLANDIA	15 de 20 indicadores	R$ 750,00
	MALACACHETA	13 de 20 indicadores	R$ 750,00
	MANUEL MAURICIO	14 de 20 indicadores	R$ 750,00
	MARECHAL CASTELO BRANCO	12 de 20 indicadores	R$ 750,00
	MOREIA	15 de 20 indicadores	R$ 750,00
	TOTAL		R$ 5.250,00
UNIDADE			
SMS CF CARIOCA AP 32	BERGAMO	16 de 20 indicadores	R$ 750,00
	ITAPOA	13 de 20 indicadores	R$ 750,00
	MOGI MIRIM	15 de 20 indicadores	R$ 750,00
	TOTAL		R$ 2.250,00
UNIDADE			
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	AGUIA DE OURO	16 de 20 indicadores	R$ 750,00
	ALVARO DE MIRANDA	14 de 20 indicadores	R$ 750,00
	ENGENHO	13 de 20 indicadores	R$ 750,00
	MAJOR ADERBAL COSTA	14 de 20 indicadores	R$ 750,00
	MARIO BAHIA	14 de 20 indicadores	R$ 750,00
	TOTAL		R$ 3.750,00
UNIDADE			
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN	BAMBORE	16 de 20 indicadores	R$ 750,00
	CHAVES PINHEIRO	15 de 20 indicadores	R$ 750,00
	CONFEDERACAO SUICA	14 de 20 indicadores	R$ 750,00
	MANET	14 de 20 indicadores	R$ 750,00
	VASCO DA GAMA	16 de 20 indicadores	R$ 750,00
	TOTAL		R$ 3.750,00
UNIDADE			

SMS CMS ANTENOR NASCENTES	PROF ANTENOR NASCENTE	**14 de 20 indicadores**	R$	750,00
	TOTAL		R$	750,00
UNIDADE				
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	EMBOABA	**15 de 20 indicadores**	R$	750,00
	JOAO RIBEIRO	**12 de 20 indicadores**	R$	750,00
	LORENA	**14 de 20 indicadores**	R$	750,00
	TEOPHILO DIAS	**14 de 20 indicadores**	R$	750,00
	TOTAL		R$	3.000,00
UNIDADE				
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	ARAUJO LEITAO	**13 de 20 indicadores**	R$	750,00
	BARAO DO BOM RETIRO	**14 de 20 indicadores**	R$	750,00
	BICUIBA	**13 de 20 indicadores**	R$	750,00
	DONA ROMANA	**14 de 20 indicadores**	R$	750,00
	ENCONTRO	**14 de 20 indicadores**	R$	750,00
	MIGUEL GALVAO	**16 de 20 indicadores**	R$	750,00
	TOTAL		R$	4.500,00
UNIDADE				
SMS CMS ELIZA ABRANTES	BOCA DO MATO	**15 de 20 indicadores**	R$	750,00
	LINS IMPERIAL	**12 de 20 indicadores**	R$	750,00
	MARIA LUIZA	**14 de 20 indicadores**	R$	750,00
	SINCORA	**13 de 20 indicadores**	R$	750,00
	VILELA TAVARES	**15 de 20 indicadores**	R$	750,00
	TOTAL		R$	3.750,00
UNIDADE				
SMS CMS RENATO ROCCO	AIRES CASAL	**15 de 20 indicadores**	R$	750,00
	ALVARES DE AZEVEDO	**15 de 20 indicadores**	R$	750,00
	ESPERANCA	**15 de 20 indicadores**	R$	750,00
	JACARE	**15 de 20 indicadores**	R$	750,00
	TOTAL		R$	3.000,00
UNIDADE				
SMS CMS TIA ALICE	24 DE MAIO	**15 de 20 indicadores**	R$	750,00
	SAO FRANCISCO XAVIER	**15 de 20 indicadores**	R$	750,00
	TOTAL		R$	1.500,00
VALOR TOTAL A SER REPASSADO AP 3.2			**R$ 37.500,00**	

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



O gráfico do Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família demonstra uma leve oscilação no desempenho das equipes da AP 3.2 ao longo do trimestre de 2025. Em janeiro, 89 das 115 equipes atingiram a meta estabelecida. No mês seguinte, houve uma discreta queda, com 85 equipes pontuando em fevereiro. No entanto, em março, observou-se uma recuperação, com 91 equipes alcançando o indicador.



O gráfico apresentado evidencia o desempenho trimestral das equipes da AP 3.2 no Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família. Observa-se que

nos 3º e 4º trimestres de 2024, 97 equipes atingiram a meta do indicador, demonstrando estabilidade e aderência satisfatória à diretriz de longitudinalidade. Contudo, no 1º trimestre de 2025, houve uma queda significativa no desempenho, com apenas 83 equipes pontuando.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador 1 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Atingimento %
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FRANCISCO FRAGOSO	56,08
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DARKE DE MATOS	18,47
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DOMINGOS DE MAGALHAES	56,98
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	FELIX FERREIRA	56,27
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	PIRES DE CARVALHO	49,17
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	CANITAR	47,56
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MALACACHETA	37,54
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MANUEL MAURICIO	55,24
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MARECHAL CASTELO BRANCO	65,43
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MOREIA	59,64
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	BELA VISTA	55,24
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CONSELHEIRO JOBIM	0,14
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ALVARO DE MIRANDA	56,74
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	JARDIM DO MEIER	64,96
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	PRACA AVAI	68,8
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	ENGENHO DO MATO	63,46
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	MARACA	0
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	SILVA VALE	59,17
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	CEU AZUL	66,34
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	PARANAPIACABA	43,14
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ARAUJO LEITAO	65,91
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	VENCESLAU	69,58
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	HENRIQUE SCHEID	67,71
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	PIAUI	58,48
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	SINCORA	48,75
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	BORJA REIS	67,2
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	CAMARISTA	32,49
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	AIRES CASAL	20,81
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	ESPERANCA	58,16
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	JACARE	66,89
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TURIMA	51,15
SMS CMS TIA ALICE AP 32	SAO FRANCISCO XAVIER	69,92

Equipes que não pontuaram no indicar A1, no trimestre:

As três equipes mais frágeis, com os menores percentuais de atingimento do Indicador 1 da Variável 1, foram:

1. Equipe MARACA – SMS CF Herbert José de Souza AP 32: 0,00%
2. Equipe CONSELHEIRO JOBIM – SMS CF Edney Canazaro de Oliveira AP 32: 0,14%
3. Equipe DARKE DE MATOS – SMS CF Bárbara Starfield AP 32: 18,47%

Essas equipes merecem atenção prioritária na elaboração de planos de ação e apoio técnico para melhorar os resultados no próximo ciclo.

Como principais justificativas para esse desempenho abaixo do esperado, envolvem a escassez e a alta rotatividade de médicos, além de licenças médicas e férias que coincidiram no período, comprometendo a oferta de consultas.

A alta rotatividade de médicos, observada nas unidades CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA, CF HERBERT JOSE DE SOUZA, CF BARBARA STARFIELD, SMS CMS RENATO ROCCO.

A CF BIBI VOGEL passou por violência por parte dos pacientes durante atendimento no mês de março, ocasionando no pedido de desligamento de todos os médicos da unidade.

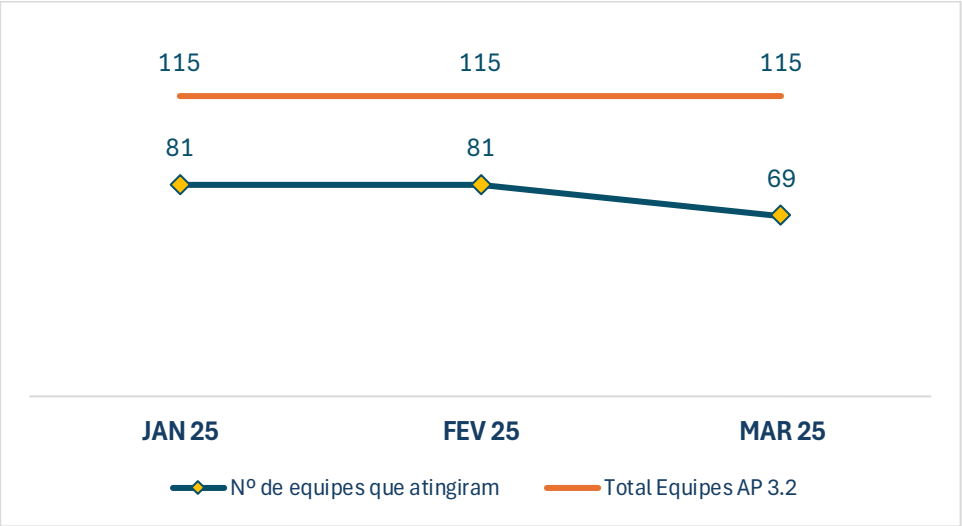
Além disso, a equipe de supervisão de território realiza visitas institucionais às unidades com dificuldades, reorganizando a porta de entrada e orientando a gestão sobre práticas para melhorar os atendimentos.

Com base na exclusão das equipes que não pontuaram o Indicador 1 da Variável 1, identificamos que as seguintes unidades tiveram ao menos uma equipe que alcançou o indicador:

SMS CF Amélia dos Santos Ferreira AP 32, SMS CF Anna Nery AP 32, SMS CF Anthidio Dias da Silveira AP 32, SMS CF Bárbara Starfield AP 32, SMS CF Bibi Vogel AP 32, SMS CF Carioca AP 32, SMS CF Edney Canazaro de Oliveira AP 32, SMS CF Emygdio Alves Costa Filho AP 32, SMS CF Erivaldo Fernandes Nobrega AP 32, SMS CF Herbert José de Souza AP 32, SMS CF Izabel dos Santos AP 32, SMS CF Luiz Célio Pereira AP 32, SMS CF Olga Pereira Pacheco AP 32, SMS CF Sérgio Nicolau Amin AP 32, SMS CMS Antenor Nascentes AP 32, SMS CMS Ariadne Lopes de Menezes AP 32, SMS CMS Carlos Gentille de Mello AP 32, SMS CMS Cesar Pernetta AP 32, SMS CMS Eduardo A Vilhena AP 32, SMS CMS Eliza Abrantes AP 32, SMS CMS Milton Fontes Magarão AP 32, SMS CMS Renato Rocco AP 32, SMS CMS Rodolpho Rocco AP 32 e SMS CMS Tia Alice AP 32.

Essas unidades demonstraram desempenho positivo ao garantir que pelo menos uma de suas equipes atingisse a meta proposta, evidenciando potencial de consolidação ou ampliação de boas práticas já em curso.

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



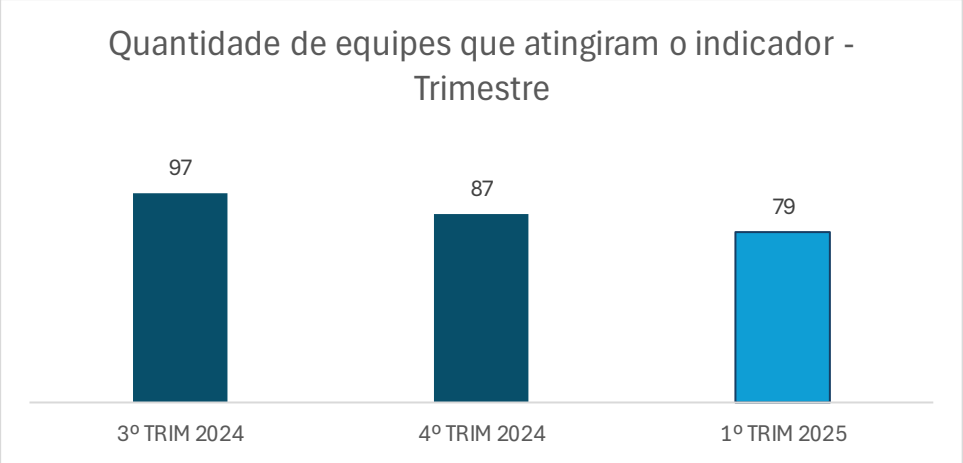
O gráfico acima apresenta a evolução do número de equipes da Área Programática 3.2 que atingiram a meta do indicador no primeiro trimestre de 2025. No total, a AP 3.2 conta com 115 equipes.

Nos meses de janeiro e fevereiro, 81 equipes alcançaram a meta estabelecida, representando aproximadamente 70% das equipes. Em março, no entanto, observou-se uma queda significativa, com apenas 69 equipes atingindo o indicador, o que corresponde a cerca de 60% do total.

Esse decréscimo no mês de março pode estar relacionado a fatores como a sazonalidade no perfil de atendimentos, maior incidência de afastamentos de profissionais ou reorganização de fluxos internos das unidades.

Diante disso, torna-se necessário aprofundar a análise nas unidades que não atingiram a meta, a fim de identificar causas específicas e orientar estratégias de intervenção. Recomenda-se reforçar a organização da agenda programada e o acolhimento com classificação de risco, buscando o equilíbrio entre

atendimentos por demanda espontânea e aqueles provenientes de planejamento, conforme preconizado na Atenção Primária à Saúde.



O gráfico acima, evidencia a evolução trimestral do número de equipes da Área Programática 3.2 que atingiram a meta do indicador, cuja faixa considerada adequada varia entre 40% e 80% de atendimentos oriundos de demanda espontânea, conforme preconizado.

Observa-se uma tendência de queda progressiva nos últimos três trimestres:

- **3º trimestre de 2024**: 97 equipes atingiram a meta
- **4º trimestre de 2024**: 87 equipes
- **1º trimestre de 2025**: apenas 79 equipes

Esse movimento descendente sugere um possível desequilíbrio na organização do acesso e na composição entre agenda programada e demanda espontânea nas unidades. A queda de 18 equipes entre o 3º trimestre de 2024 e o 1º trimestre de 2025 representa uma redução de mais de 18%.

Essa tendência reforça a necessidade de atenção à estruturação do acolhimento e à pactuação interna das agendas, de modo a garantir que a demanda espontânea não ultrapasse os limites estabelecidos, mas também não seja negligenciada. A análise mensal mostra que essa piora se acentuou em março de 2025, como indicado no gráfico anterior.

Dentre as possíveis causas, destacam-se:

- Aumento de atendimentos urgentes ou não agendados;

- Falta de alinhamento entre os profissionais quanto à organização da agenda;
- Ausência ou fragilidade no protocolo de classificação de risco;
- Impacto de férias ou licenças de profissionais no período.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador 2 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Atingimento %
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	PAU FERRO	80,47
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	SILVA BRAGA	81,98
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	CONCORDIA	81,74
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	DARCI VARGAS	86,58
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	FAZENDINHA	81,65
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	PONTILHAO	84,9
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DARKE DE MATOS	81,39
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DOMINGOS DE MAGALHAES	82,68
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	PIRES DE CARVALHO	80,1
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	ADHEMAR BEBIANO	87,71
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	CANITAR	81,1
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	HORTOLANDIA	81,06
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MALACACHETA	86,86
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MANUEL MAURICIO	82,77
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MARECHAL CASTELO BRANCO	84,7
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MOREIA	82,85
SMS CF CARIOCA AP 32	BERGAMO	81,92
SMS CF CARIOCA AP 32	ITAPOA	81,97
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	ALZIRA VALDETARO	82,6
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	BELA VISTA	86,43
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CERQUEIRA LIMA	87,44
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CONSELHEIRO JOBIM	88,2
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	MANOEL MIRANDA	82,67
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	SAO PAULO	82,68
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	ENGENHO DO MATO	81,09
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	MACHADO SOBRINHO	80,82
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	PEREIRA PINTO	89,39
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	SILVA VALE	82,99
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	DOIS DE MAIO	85,21
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	ABOLICAO	82,53
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	FERNANDO SIMONI	87,73
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	MACEDO BRAGA	83,8
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	TEOPHILO DIAS	84,23

SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	VENCESLAU	80,78
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	PERIANTA	88,49
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TIMBO	80,42

Equipes que não pontuaram no indicar A4, no trimestre.

As três equipes com maior percentual de demanda espontânea, ou seja, mais distantes da meta superior de 80%, foram:

- Equipe Pereira Pinto – SMS CF Herbert José de Souza AP 32: 89,39%
- Equipe Perianta – SMS CMS Rodolpho Rocco AP 32: 88,49%
- Equipe Conselheiro Jobim – SMS CF Edney Canazaro de Oliveira AP 32: 88,20%

Dentre as unidades com desempenho abaixo do esperado no indicador, destacam-se a Clínica da Família Herbert de Souza e a Clínica da Família Bibi Vogel. Ambas relataram que as especificidades do território exercem grande influência sobre sua capacidade de organização do acesso. Em especial, essas unidades funcionam como referência para atendimentos de urgência, devido à ausência de outros pontos de atenção de emergência na região. Essa centralização da demanda tende a sobrecarregar os profissionais e comprometer a oferta de atendimentos preventivos e de rotina.

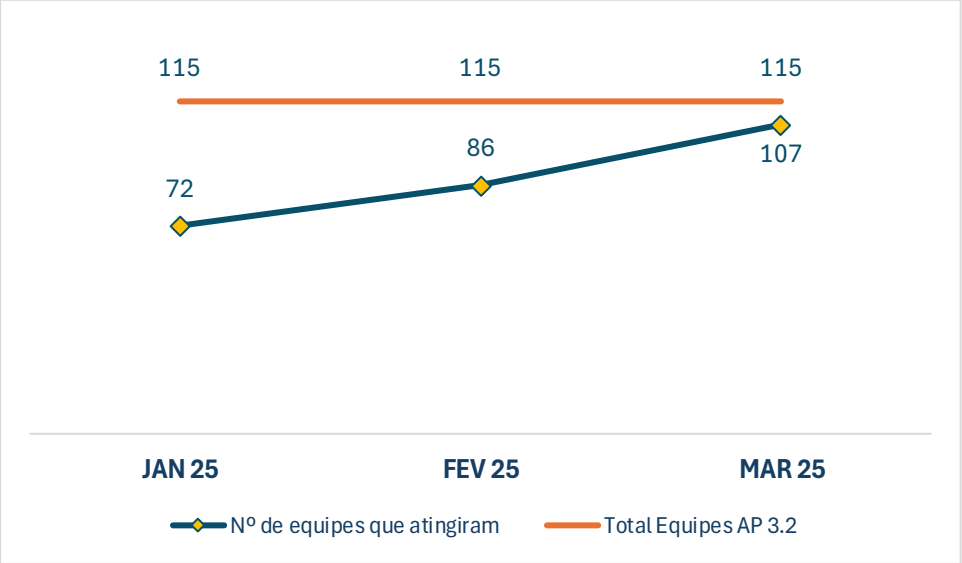
Além disso, tanto a CF Bibi Vogel vem adotando o modelo de acesso avançado como estratégia de organização do fluxo assistencial. Essa abordagem prioriza o agendamento de linhas de cuidado consideradas prioritárias, o que pode resultar em um aumento proporcional da demanda espontânea para os casos não contemplados nas agendas. Embora essa estratégia busque ampliar o acesso e otimizar recursos, é fundamental acompanhar seus impactos sobre a qualidade do cuidado e a experiência do usuário.

Outro ponto crítico observado foi na CF Luiz Célio Pereira, que apresenta um número de usuários cadastrados significativamente acima do parâmetro recomendado. A superlotação das agendas tem favorecido o crescimento da demanda livre, dificultando o acolhimento adequado das necessidades da população. A gestão eficaz dessa demanda é essencial para garantir o acesso equitativo e resolutivo aos serviços ofertados.

Diante dessas dificuldades, as unidades que não alcançaram os indicadores de desempenho receberão visitas da supervisão territorial, com o intuito de construir estratégias de ação personalizadas. Durante essas visitas, será realizada uma escuta qualificada da equipe e análise das condições locais, a fim de

identificar as causas estruturais dos desafios enfrentados e propor intervenções orientadas à melhoria dos resultados.

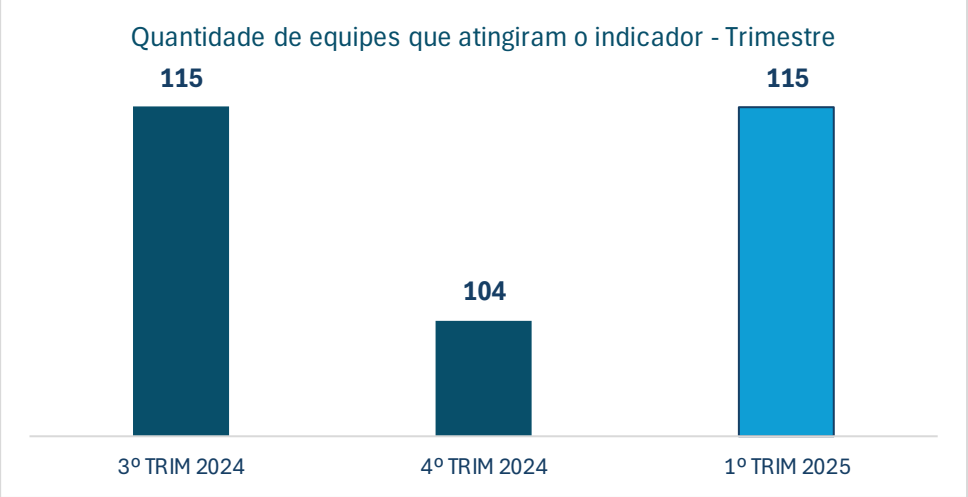
2. Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.



O gráfico demonstra a evolução da taxa de visitas domiciliares realizadas pelas equipes da AP 3.2 ao longo do primeiro trimestre de 2025. Observa-se uma tendência positiva no indicador, com aumento progressivo do número de equipes que atingiram a meta:

- Janeiro: 72 equipes atingiram a meta
- Fevereiro: 86 equipes
- Março: 107 equipes

Esse crescimento representa um avanço expressivo de quase 49% entre janeiro e março, evidenciando um importante esforço das equipes na ampliação das ações territoriais e do cuidado longitudinal no domicílio.

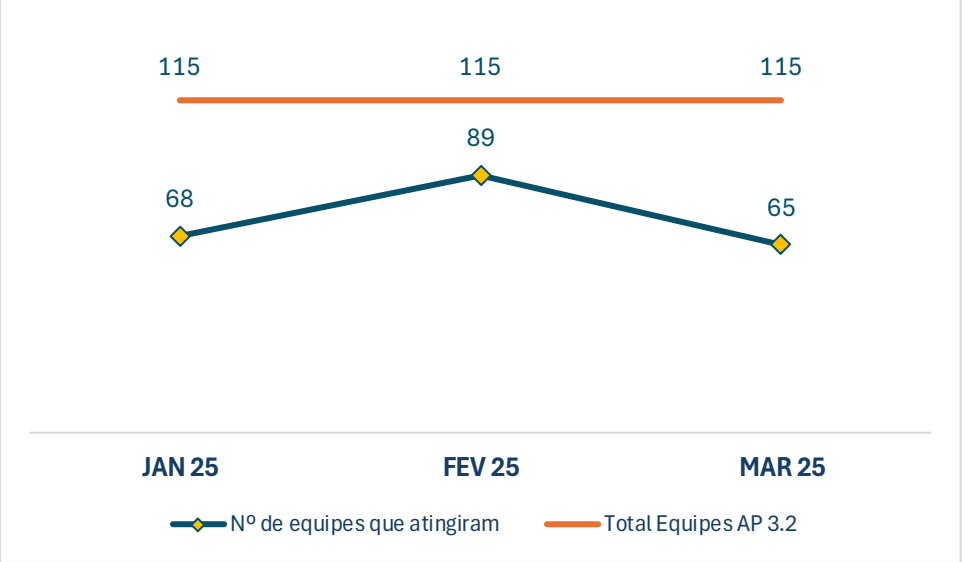


O gráfico acima apresenta o desempenho das equipes da AP 3.2 em relação a um dos indicadores pactuados, evidenciando a quantidade de equipes que atingiram a meta por trimestre.

- 3º trimestre de 2024: todas as 115 equipes alcançaram o indicador.
- 4º trimestre de 2024: houve uma queda, com apenas 104 equipes pontuando.
- 1º trimestre de 2025: observa-se uma recuperação total, com retorno ao patamar de 115 equipes atingindo o indicador.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador 3 da variável 2, no trimestre:

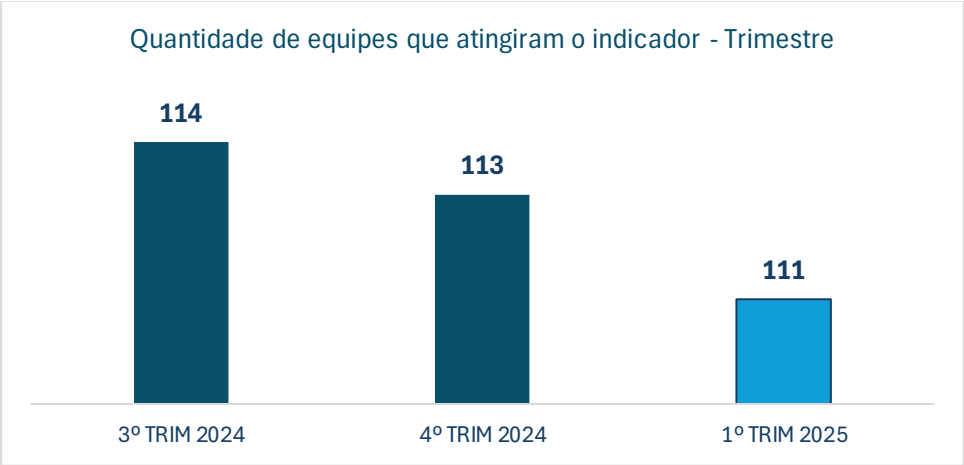
2.1.4 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.



Em janeiro, apenas 68 equipes atingiram a meta do indicador, número que representava cerca de 59% do total. No mês seguinte, fevereiro, houve uma melhora expressiva no desempenho, com 89 equipes alcançando a meta, o que corresponde a 77% das equipes da AP 3.2. Esse avanço pode refletir o impacto positivo de ações de supervisão, reorganização de agendas e reforço dos processos de cuidado.

No entanto, em março, observou-se uma nova queda no número de equipes com desempenho satisfatório, reduzindo-se para 65 equipes – o pior resultado do trimestre, abaixo até mesmo do mês de janeiro. Essa queda acentuada pode estar associada a fatores como reorganizações internas, absenteísmo de profissionais, feriados prolongados ou limitações estruturais temporárias, e precisa ser analisada com atenção em cada território.

A instabilidade dos resultados ao longo dos três meses indica que, embora haja potencial de alcance da meta, ainda é necessário fortalecer a consistência dos processos de trabalho, com foco na manutenção dos resultados positivos. Recomenda-se a realização de análises localizadas por unidade para compreender os fatores envolvidos na queda de desempenho em março e orientar ações corretivas imediatas.



A evolução do desempenho das equipes da Área Programática 3.2 no Indicador A4, ao longo dos três últimos trimestres, revela uma tendência sutil, mas constante de queda no número de equipes que atingem a meta.

No 3º trimestre de 2024, 114 das 115 equipes alcançaram o indicador, o que representa uma cobertura praticamente universal (99,1%). Já no 4º trimestre, esse número caiu para 113 equipes, mantendo ainda um patamar elevado de desempenho. No entanto, no 1º trimestre de 2025, houve nova redução, com 111 equipes atingindo a meta, o que equivale a uma taxa de 96,5%.

Apesar da queda ser relativamente pequena em termos absolutos (três equipes a menos em comparação ao 3º tri de 2024), monitorar esse comportamento, pois pode indicar desafios persistentes em unidades específicas ou alterações nos processos de trabalho, especialmente considerando que o indicador vinha mantendo níveis quase integrais de alcance.

Esse tipo de tendência reforça a importância de uma análise detalhada por unidade e por equipe, com foco naquelas que passaram a não pontuar no período recente. Estratégias de apoio técnico, revisão de fluxos assistenciais e escuta das equipes podem contribuir para restabelecer os níveis de desempenho anteriormente consolidados.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador 2 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Atingimento %
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	CONCORDIA	5,57
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	DARCI VARGAS	2,73
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	FAZENDINHA	3,28
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	XV DE AGOSTO	4,18

Equipes que não pontuaram no indicar A4, no trimestre.

Durante o trimestre avaliado, somente quatro equipes da CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA, não alcançou o indicador, as demais equipes e suas respectivas unidades alcançaram. As equipes da Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira que atingiram a meta do Indicador A4 foram: MIGUEL ANGELO, PONTILHÃO e VIÚVA CLAUDIO.

Fragilidades Identificadas

As principais fragilidades observadas nestas unidades incluem:

1. Desorganização do Processo de Trabalho: As equipes priorizaram atendimentos individuais em detrimento da realização de atividades coletivas e grupos educativos, comprometendo o alcance dos objetivos propostos.
2. Dificuldades no Registro no Prontuário Eletrônico: Muitas dificuldades contribuíram no lançamento adequado das ações coletivas no prontuário eletrônico. Essa falha no registro prejudica a visibilidade das atividades realizadas e, consequentemente, a avaliação do desempenho das equipes.
3. Instabilidade no Território: A violência e a instabilidade nas áreas atendidas resultaram em desmarcações frequentes de ações educativas, dificultando a programação e a realização dos grupos.

Estratégias Implementadas para Melhoria do Indicador:

Diante das dificuldades identificadas no alcance do indicador, foram implementadas diversas estratégias integradas e inovadoras com o objetivo de qualificar o processo de trabalho das equipes e ampliar os resultados. As ações priorizaram a articulação entre educação em saúde, organização da agenda e fortalecimento dos vínculos com a população. A seguir, destacam-se as principais iniciativas:

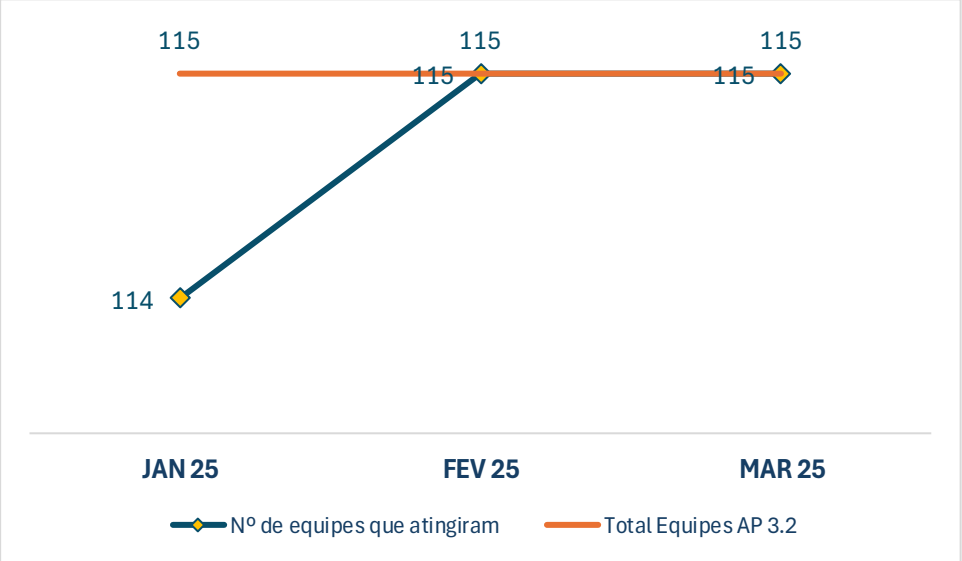
- **Pactuação de Salas de Espera Temáticas:** Realizar de salas de espera com temas previamente definidos, como parte da rotina assistencial. Essa estratégia visa engajar os usuários em atividades educativas, promovendo a conscientização sobre temas de saúde prioritários.
- **Reforço na Realização e Registro das Atividades do Programa Saúde na Escola (PSE):** Enfatizar a importância do registro sistemático das ações de PSE e da criação de oportunidades para atividades coletivas nas unidades. Essa medida busca ampliar a oferta de ações de promoção e educação em saúde, especialmente nos territórios com unidades escolares vinculadas.
- **Reorganização das Escalas e Responsabilização por Atividades Educativas:** Reorganizar de forma a designar um profissional de referência para cada grupo educativo, promovendo maior

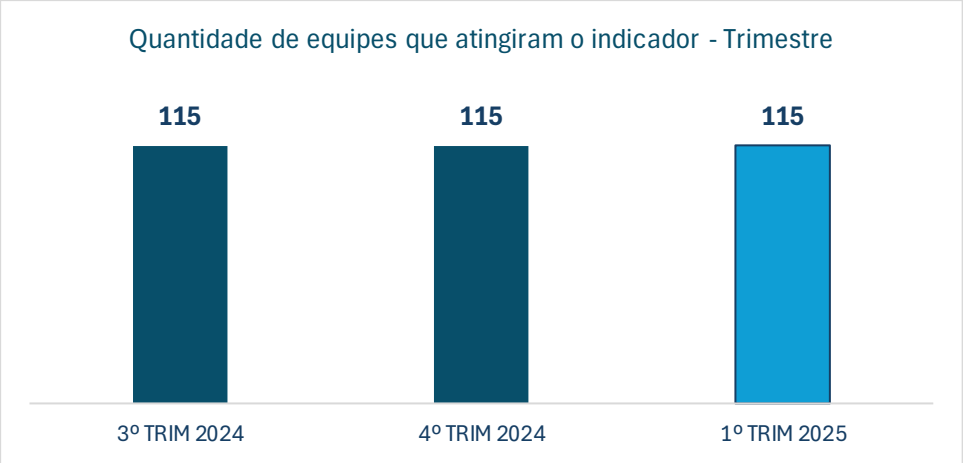
clareza na liderança e garantindo a execução das ações planejadas. Foi pactuada também a responsabilidade do profissional da educação quanto ao cumprimento da agenda pré-definida.

A supervisão de território tem incentivado as unidades a desenvolverem grupos educativos com temas padronizados, voltados para as principais necessidades do território. Entre os temas priorizados estão: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus, Tabagismo, Planejamento Familiar, Saúde da Gestante, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

Essas estratégias têm como objetivo fortalecer o cuidado coletivo, melhorar os registros em prontuário, favorecer o atingimento dos indicadores e consolidar uma prática educativa contínua e territorializada nas unidades da AP 3.2.

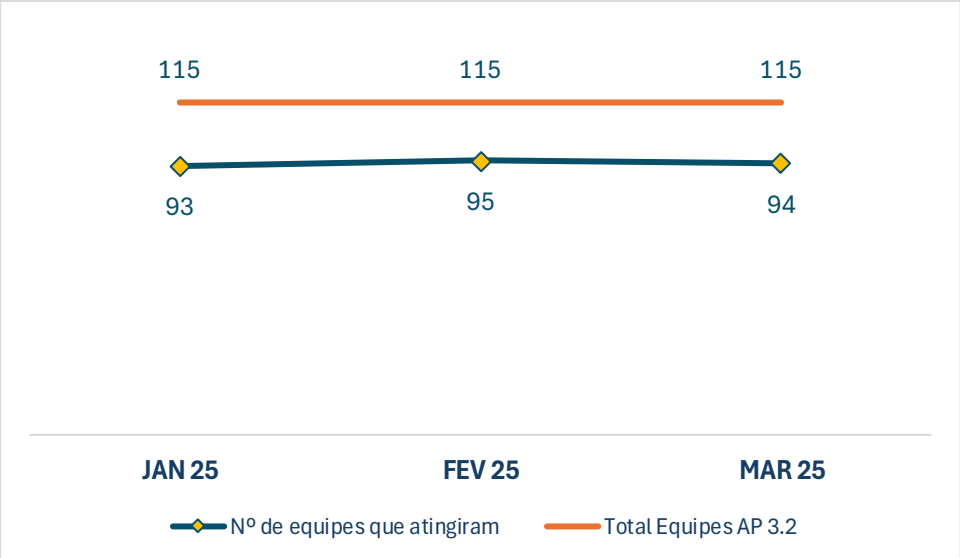
2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados.





No trimestre avaliado, todas as 115 equipes alcançam o indicador, uma das estratégias adotadas pela nossa área programática para garantir o sucesso no cumprimento dessas metas foi a capacitação dos novos médicos quanto a suas dificuldades quanto a carteira de serviços.

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

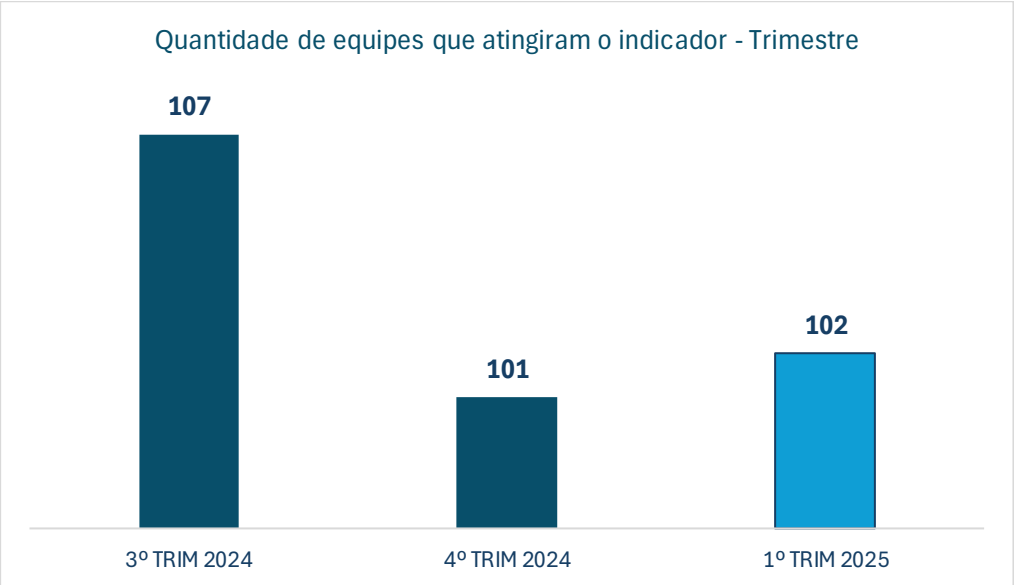


Observa-se que, de forma geral, o indicador se manteve estável e com bom desempenho ao longo dos três meses, com leve oscilação nos resultados: Em janeiro, 93 equipes atingiram a meta; em fevereiro, esse número subiu para 95 equipes, o melhor resultado do trimestre; já em março, houve uma leve queda para 94 equipes.

Apesar da pequena oscilação, os resultados demonstram que aproximadamente 80% a 83% das equipes da AP 3.2 vêm conseguindo organizar seus processos de trabalho de forma a garantir o agendamento remoto das consultas, por meio de telefone, e-mail ou plataforma digital do prontuário eletrônico.

Esse desempenho positivo reflete o avanço na informatização das unidades, o uso das ferramentas do prontuário eletrônico, e a adaptação das equipes às novas formas de comunicação com os usuários. Ainda assim, os dados indicam que aproximadamente 20% das equipes permanecem com dificuldades de atingir a meta, sendo necessário aprofundar a análise nas unidades com desempenho abaixo do esperado, a fim de compreender as barreiras existentes — sejam elas operacionais, estruturais ou relacionadas à qualificação da equipe.

A manutenção de estratégias como capacitação contínua, padronização dos fluxos de agendamento e o uso sistemático do VitaCare para registrar as marcações pode contribuir para ampliar ainda mais o alcance do indicador nos próximos ciclos.



A análise da série histórica do Indicador A6 evidencia uma leve oscilação no número de equipes que alcançaram a meta ao longo dos últimos três trimestres avaliados.

- No 3º trimestre de 2024, 107 equipes da AP 3.2 atingiram o indicador.
- No 4º trimestre de 2024, houve uma queda para 101 equipes, representando uma redução de cerca de 5,6% em relação ao trimestre anterior.
- Já no 1º trimestre de 2025, o número subiu discretamente para 102 equipes, indicando uma estabilização no desempenho, porém ainda abaixo do patamar alcançado no 3º trimestre de 2024.

Apesar da leve recuperação no início de 2025, os dados apontam para a necessidade de ações consistentes de fortalecimento do uso dos meios de agendamento remoto, especialmente em unidades que apresentaram recuos persistentes.

A manutenção de aproximadamente 88% das equipes com desempenho satisfatório no indicador evidencia o esforço das unidades em adaptar seus fluxos de marcação de consultas às ferramentas eletrônicas disponíveis. Contudo, o desempenho aquém do ideal em uma parcela significativa das equipes reforça a importância de investimentos em:

- Capacitação contínua das recepções e ACS sobre o uso do Vitacare;
- Acompanhamento das rotinas de agendamento não presencial;
- Monitoramento ativo das unidades com menor uso de telefone, e-mail ou web;
- Identificação de gargalos como falhas de conectividade, baixa adesão da população ou ausência de padronização nos fluxos.

O Indicador A6 representa não apenas um avanço tecnológico, mas uma oportunidade concreta de qualificar o acesso da população e melhorar a gestão da demanda nas unidades da AP 3.2.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador 6 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Atingimento %
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	DARCI VARGAS	5,74
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	FAZENDINHA	7,42
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	MIGUEL ANGELO	5,08
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	PONTILHAO	3,81
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	VIUVA CLAUDIO	1,81

SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	XV DE AGOSTO	5,92
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DOMINGOS DE MAGALHAES	7,36
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	PIRES DE CARVALHO	5,59
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CERQUEIRA LIMA	5,08
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CONSELHEIRO JOBIM	7,57
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	MANOEL MIRANDA	8,53
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	SANTOS TITARA	9,33
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	PERIANTA	9,62

Equipes que não pontuaram no indicar A6.

O desempenho das equipes da Área Programática 3.2 no Indicador A6, que mede a proporção de consultas agendadas por meio não presencial (telefone, e-mail ou plataforma digital do prontuário eletrônico), revelou importantes contrastes entre as unidades.

A partir da análise, observou-se que 102 das 115 equipes pontuaram no indicador, evidenciando que a maior parte do território tem conseguido incorporar estratégias de agendamento remoto, otimizando o acesso ao cuidado e promovendo maior organização da agenda.

Entretanto, 13 equipes distribuídas em seis unidades não atingiram a meta estabelecida. As unidades com melhor desempenho, ou seja, aquelas que apresentaram 100% de equipes com pontuação positiva, foram:

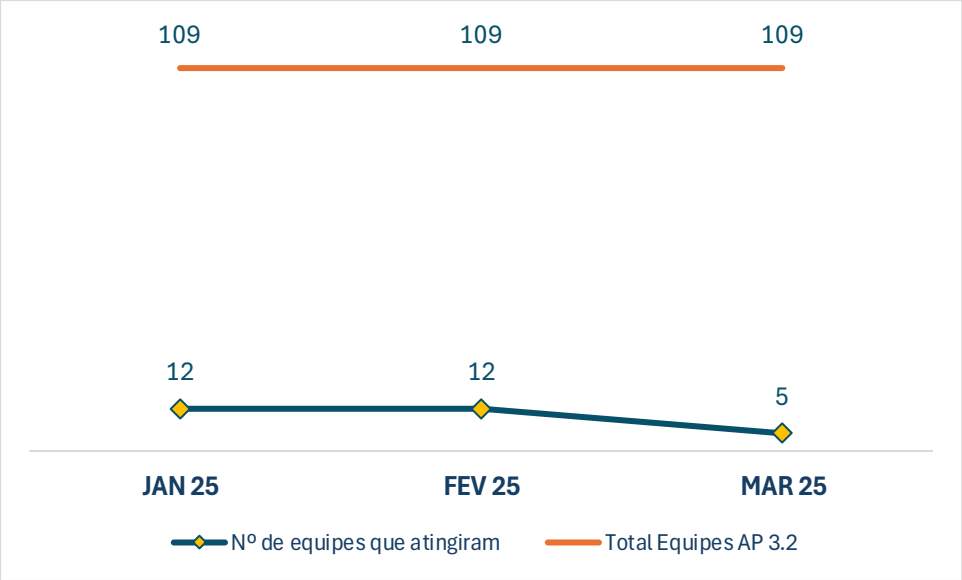
SMS CF Amélia dos Santos Ferreira AP 32, SMS CF Anna Nery AP 32, SMS CF Bibi Vogel AP 32, SMS CF Carioca AP 32, SMS CF Emygdio Alves Costa Filho AP 32, SMS CF Erivaldo Fernandes Nobrega AP 32, SMS CF Herbert José de Souza AP 32, SMS CF Izabel dos Santos AP 32, SMS CF Luiz Célio Pereira AP 32, SMS CF Olga Pereira Pacheco AP 32, SMS CF Sérgio Nicolau Amin AP 32, SMS CMS Antenor Nascentes AP 32, SMS CMS Ariadne Lopes de Menezes AP 32, SMS CMS Carlos Gentille de Mello AP 32, SMS CMS Cesar Pernetta AP 32, SMS CMS Eduardo A. Vilhena AP 32, SMS CMS Eliza Abrantes AP 32, SMS CMS Renato Rocco AP 32 e SMS CMS Tia Alice AP 32.

Por outro lado, destacam-se como unidades com maior proporção de equipes sem pontuação:

- SMS CF Anthidio Dias da Silveira AP 32, com 6 de 7 equipes sem pontuação (14,2% de alcance);
- SMS CF Edney Canazaro de Oliveira AP 32, com 3 de 6 equipes sem pontuação (50%);
- SMS CF Bárbara Starfield AP 32, com 2 de 5 equipes sem pontuação (60%);
- SMS CMS Milton Fontes Magarão AP 32, com 1 de 4 equipes sem pontuação (75%);
- SMS CMS Rodolpho Rocco AP 32, com 1 de 6 equipes sem pontuação (83,3%).

Esses dados reforçam a necessidade de qualificação dos processos de agendamento nas unidades com desempenho abaixo do esperado, com especial atenção à capacitação das equipes no uso das funcionalidades do prontuário eletrônico, alinhamento de fluxos internos e fortalecimento da comunicação remota com os usuários. A ampliação do uso de canais digitais para o agendamento é estratégica para garantir acessibilidade, desafogar filas presenciais e qualificar o acesso programado ao cuidado.

2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.



O gráfico revela o desempenho das equipes da AP 3.2 em relação ao Indicador A7. O total de equipes consideradas neste trimestre é de 109, e os resultados mensais mostram uma tendência clara de queda progressiva no alcance da meta:

- Em janeiro, apenas 12 equipes atingiram o indicador;
- Em fevereiro, o número se manteve igual, com 12 equipes pontuando;
- Em março, houve uma queda acentuada, com apenas 5 equipes alcançando a meta, o que representa menos de 5% das equipes da área programática.

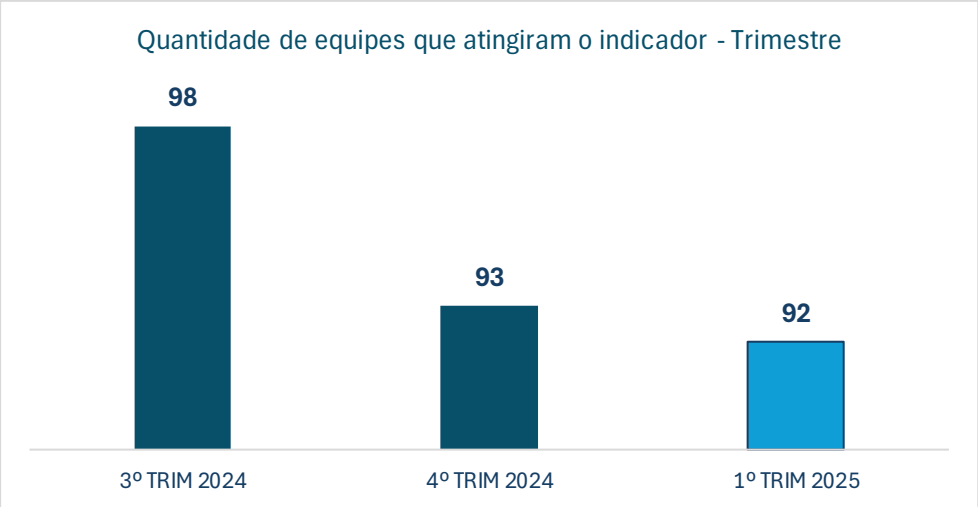
Essa trajetória descendente evidencia fragilidades importantes na organização do cuidado em saúde bucal, especialmente no que se refere à captação e ao acolhimento odontológico programático de novos usuários. A baixa cobertura pode estar relacionada a fatores como:

- Agendas ociosas ou desorganizadas para odontologia;
- Ausência de fluxos claros para primeira consulta;
- Baixa integração entre as equipes da ESF e ESB;
- Falhas no registro no prontuário eletrônico.

A queda em março pode estar associada a períodos de férias, afastamentos de profissionais ou descontinuidade na execução das agendas, sendo necessário aprofundar a análise local.

Diante desse cenário, recomenda-se que as gestões locais avaliem os fatores limitantes da oferta da primeira consulta odontológica programática, com foco em:

- Reorganização das agendas da equipe de saúde bucal;
- Pactuação de metas semanais com os cirurgiões-dentistas;
- Captação ativa de usuários que nunca realizaram avaliação odontológica;
- Integração da odontologia com o acolhimento (porta de entrada), da unidade.



O desempenho das equipes da AP 3.2 no Indicador A7 ao longo dos três últimos trimestres revela uma tendência de queda contínua na cobertura da primeira consulta odontológica programática.

- No 3º trimestre de 2024, 98 equipes atingiram o indicador;
- No 4º trimestre de 2024, houve uma redução para 93 equipes;
- No 1º trimestre de 2025, o número caiu novamente, alcançando 92 equipes.

Apesar da redução entre o 4º tri/24 e o 1º tri/25 ter sido leve, o movimento de declínio progressivo ao longo dos trimestres aponta dificuldade de consolidação da linha de cuidado em saúde bucal programática. A queda acumulada de seis equipes entre o 3º e o 1º trimestre representa uma retração de aproximadamente 6,1%.

Embora o número absoluto de equipes que pontuaram ainda seja expressivo, é fundamental destacar que o indicador em questão exige ações contínuas, territorializada e organizadas, voltadas especialmente à população que ingressa ou retorna ao sistema de saúde.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador 7 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Atingimento %
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	BELA VISTA	2,95
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CERQUEIRA LIMA	2,62
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	MANOEL MIRANDA	1,89
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	SAO PAULO	2,33
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	COIMBRA DA LUZ	2,75
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	MACEDO BRAGA	1,78
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	ARTUR VARGAS	2,82
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	JOAO RIBEIRO	2,37
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ARAUJO LEITAO	2,74
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BARAO DO BOM RETIRO	1,82
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	MIGUEL GALVAO	2,66
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	HERMENGARDA	2,02
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	LOPES DA CRUZ	1,87
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	VENCESLAU	1,42
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	ADOLFO BERGAMINI	1,85
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	BORJA REIS	1,82
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	CAMARISTA	1,8
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	SANTOS TITARA	1,31

Equipes que não pontuaram no indicar A7.

A análise do Indicador A7, que avalia a proporção de usuários que realizaram a primeira consulta odontológica programática, revelou um cenário de atenção no território da Área Programática 3.2. Das

109 equipes analisadas, 92 equipes atingiram a meta do indicador, enquanto 23 equipes, distribuídas em 10 unidades, não apresentaram resultado satisfatório no período.

Dentre as unidades com desempenho mais crítico, destacam-se as unidades CMS Milton Fontes Magarão e CMS Cesar Pernetta, com cobertura muito abaixo do esperado, outras unidades que apresentaram equipes sem alcance da meta incluem: CF Edney Canazaro de Oliveira, CF Luiz Célio Pereira, CF Olga Pereira Pacheco, CMS Ariadne Lopes de Menezes e CMS Carlos Gentille de Mello.

Por outro lado, é importante destacar que a maioria das unidades apresentou desempenho satisfatório, com todas ou quase todas as equipes atingindo a meta. Isso demonstra que, mesmo diante dos desafios estruturais e assistenciais, existe um compromisso consolidado com a oferta de cuidado odontológico programático na Atenção Primária.

A ampliação da cobertura dessa consulta é estratégica para fortalecer a linha do cuidado em saúde bucal, permitindo não apenas a detecção precoce de agravos, mas também o estabelecimento de vínculo entre usuário e equipe odontológica. Recomenda-se às unidades com desempenho insatisfatório a revisão dos fluxos de acolhimento e agendamento odontológico, com foco na captação ativa de usuários sem avaliação bucal prévia, especialmente nas populações mais vulneráveis.

A equipe de gestão do projeto IDEIAS tem realizado encontros regulares com a linha de cuidado de saúde bucal, com o objetivo de ajustar os processos de trabalho e aprimorar o acesso da população aos serviços de primeira consulta odontológica. Essas iniciativas buscam melhorar a eficiência do atendimento e garantir um acesso mais amplo e eficaz aos serviços odontológicos para a comunidade cadastrada.

As unidades CMS Antenor Nascentes e CMS Eliza Abrantes não contam com serviços de saúde bucal em suas estruturas, o que inviabiliza a coleta de dados e análise desse indicador pelo sistema VitaCare. Entretanto, os pacientes dessas unidades que necessitam de tratamento odontológico são devidamente referenciados para outras unidades que oferecem esses serviços. Essas unidades implementarão o atendimento odontológico por meio de teleatendimento via VPN (Virtual Private Network), buscando ampliar o acesso e facilitar o encaminhamento dos pacientes.

Ações de suporte e aprimoramento:

Para enfrentar esses desafios, a equipe de gestão do projeto IDEIAS está comprometida em aprimorar o acesso e a qualidade dos serviços odontológicos nas unidades de saúde. Entre as ações planejadas e já em andamento, destacam-se:

- **Treinamentos contínuos**: Encontros regulares com as equipes de saúde bucal têm sido realizados, com foco no aprimoramento dos processos de trabalho e no correto registro eletrônico das consultas.
- **Apoio técnico e ajustes processuais**: A equipe de supervisão territorial, juntamente com a linha de cuidado de saúde bucal, tem oferecido suporte técnico direto às equipes das unidades com dificuldades, realizando ajustes no fluxo de atendimento e propondo melhorias operacionais para aumentar a eficiência do serviço.
- **Monitoramento intensivo dos indicadores**: Há um monitoramento contínuo dos indicadores de saúde bucal, com feedbacks regulares às equipes de cada unidade. Esse acompanhamento visa identificar rapidamente as fragilidades e atuar proativamente para resolvê-las.

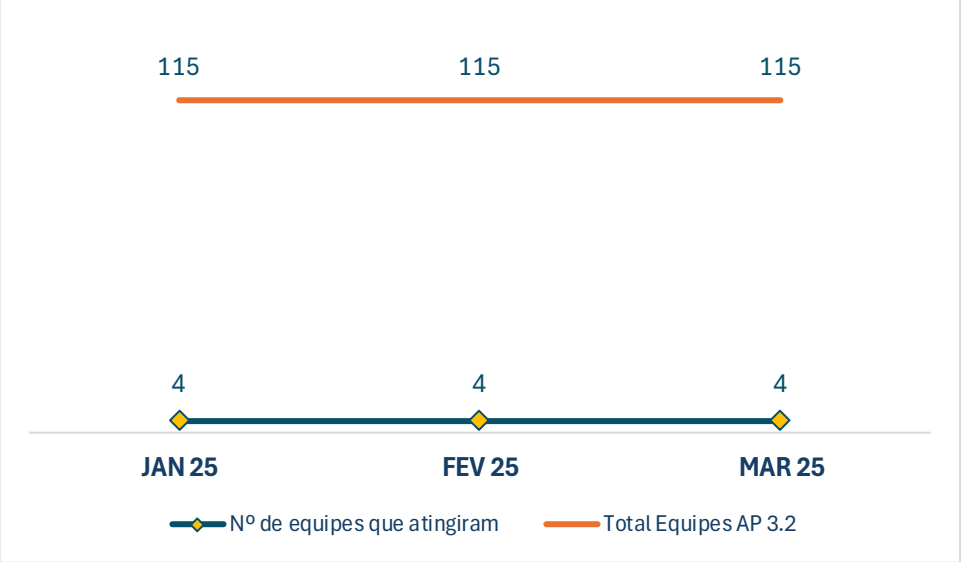
  Com essas medidas, a equipe do projeto IDEIAS espera reverter a tendência de queda e garantir que as unidades de saúde ofereçam um serviço odontológico de qualidade e acessível para toda a população cadastrada, mesmo em cenários desafiadores.

Recomenda-se, portanto:

- A análise das unidades com pior desempenho e queda recente no número de atendimentos odontológicos iniciais;
- O reforço da pactuação de metas com as equipes de saúde bucal;
- A integração da primeira consulta odontológica com outras linhas de cuidado, como o acolhimento à gestante, à criança e ao portador de doenças crônicas.

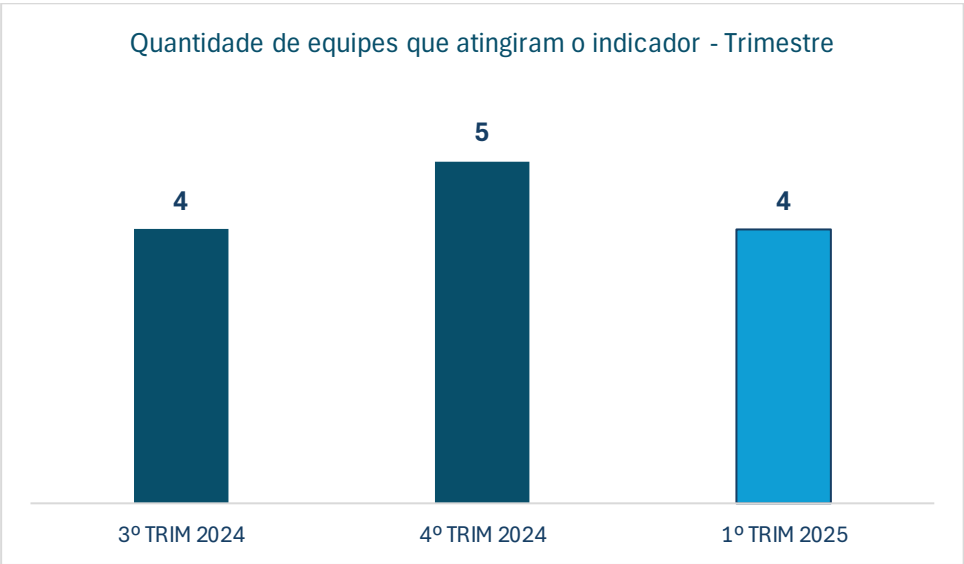
A retomada do crescimento no desempenho deste indicador é essencial para a consolidação do acesso.

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



O gráfico evidencia um cenário de estagnação crítica no alcance da meta do Indicador D1 na Área Programática 3.2. Ao longo de todo o 1º trimestre de 2025, apenas 4 das 115 equipes seguem conseguindo conseguiram atingir a meta mensalmente, o que representa menos de 4% do total de equipes em cada mês avaliado:

- Janeiro/2025: 4 equipes atingiram a meta;
- Fevereiro/2025: 4 equipes atingiram a meta;
- Março/2025: 4 equipes atingiram a meta.



A análise do desempenho trimestral das equipes da AP 3.2 no Indicador D1 revela uma situação de estagnação crítica e cobertura extremamente aquém da meta estabelecida. O número de equipes que atingiram o indicador se manteve baixo ao longo dos últimos três trimestres:

- 3º trimestre de 2024: 4 equipes pontuaram;
- 4º trimestre de 2024: leve aumento, com 5 equipes pontuando;
- 1º trimestre de 2025: retorno ao patamar anterior, com apenas 4 equipes.

Apesar da ligeira elevação observada no 4º trimestre de 2024, o indicador voltou a cair no trimestre seguinte, demonstrando baixa sustentabilidade das ações voltadas à ampliação da cobertura de exames preventivos. Em um universo de 115 equipes, o número de equipes que atingiram a meta representa menos de 5% da capacidade instalada da rede.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador D1 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Aingimento %
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	CAMILA BRAVO	31,07
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FAGUNDES VARELA	43,04
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FAZENDINHA	40,68
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FRANCISCO FRAGOSO	25,79
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	MONTEIRO DA LUZ	32,38
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	PAU FERRO	35,72
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	POCONE	37,46
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	SILVA BRAGA	27,32
SMS CF ANNA NERY AP 32	ALMIRANTE ARY PARREIRAS	38,01
SMS CF ANNA NERY AP 32	CAMBORIU	73,45
SMS CF ANNA NERY AP 32	DR GARNIER	60,53
SMS CF ANNA NERY AP 32	JOSE FELIX	59,85
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	CONCORDIA	41,69
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	DARCI VARGAS	41,13
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	FAZENDINHA	42,43
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	MIGUEL ANGELO	38,67
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	PONTILHAO	39,32
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	VIUVA CLAUDIO	44,09
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	XV DE AGOSTO	51,58
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DARKE DE MATOS	38,5
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DOMINGOS DE MAGALHAES	46,32
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	FELIX FERREIRA	38,62
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	PIRES DE CARVALHO	43,75
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	VOLTA GRANDE	31,71
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	ADHEMAR BEBIANO	58,55
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	CANITAR	52,37
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	HORTOLANDIA	36,05
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MALACACHETA	49,92
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MARECHAL CASTELO BRANCO	38,63

SMS CF CARIOCA AP 32	ITAPOA	50,02
SMS CF CARIOCA AP 32	MOGI MIRIM	64
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	ALZIRA VALDETARO	38,3
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	BELA VISTA	41,94
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CERQUEIRA LIMA	30,61
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CONSELHEIRO JOBIM	45,54
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	MANOEL MIRANDA	36,64
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	SAO PAULO	26,76
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	AGUIA DE OURO	54,29
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ALVARO DE MIRANDA	51,05
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ENGENHO	35,16
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	MAJOR ADERBAL COSTA	35,79
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	MARIO BAHIA	33,84
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	HERMINIA	25
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	JARDIM DO MEIER	19,02
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	MARILIA DIRCEU	28,35
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	PRACA AVAI	26,57
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	VISCONDE DE TOCANTINS	22,16
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	ENGENHO DO MATO	28,68
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	MACHADO SOBRINHO	48,51
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	MARACA	35,97
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	PEREIRA PINTO	31,96
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	SILVA VALE	33,28
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	CEU AZUL	42
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	DOIS DE MAIO	48,7
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	ENGENHO NOVO	37,72
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	POLONIA	51,35
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	VEIGA BASTOS	45,08
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	ABOLICAO	41,61
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	CASEMIRO DE ABREU	36,36
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	COIMBRA DA LUZ	38,27
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	FERNANDO SIMONI	32,48
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	MACEDO BRAGA	36,38
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	ANA QUINTAO	45,17
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	ARTUR VARGAS	50,44
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	CARDOSO QUINTAO	47,02
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	PARANAPIACABA	63,35
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	PAULO PIRES	79,18
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	SOLIMOES	44,57
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	BAMBORE	31,85
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	CHAVES PINHEIRO	23,75
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	CONFEDERACAO SUICA	41,32
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	MANET	35,56
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	VASCO DA GAMA	37,34

SMS CMS ANTENOR NASCENTES AP 32	PROF ANTENOR NASCENTE	43,16
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	EMBOABA	48,6
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	JOAO RIBEIRO	77,56
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	LORENA	61,25
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	TEOPHILO DIAS	56,45
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ARAUJO LEITAO	48,19
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BARAO DO BOM RETIRO	39,42
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BICUIBA	39,3
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	DONA ROMANA	28,83
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ENCONTRO	34,44
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	MIGUEL GALVAO	54,34
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	HERMENGARDA	27,12
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	LOPES DA CRUZ	19,29
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	VENCESLAU	25,06
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	FERNAO CARDIM	36,96
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	HENRIQUE SCHEID	28,32
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	PIAUI	31,14
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	BOCA DO MATO	44,89
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	LINS IMPERIAL	27,56
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	MARIA LUIZA	45,23
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	SINCORA	40,03
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	VILELA TAVARES	37,93
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	ADOLFO BERGAMINI	38,33
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	BORJA REIS	32,71
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	CAMARISTA	39,52
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	SANTOS TITARA	34,02
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	AIRES CASAL	33,01
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	ALVARES DE AZEVEDO	41,7
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	ESPERANCA	32,86
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	JACARE	28,62
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	AMARO HAMATI	37,03
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	LAGO VERDE	37,55
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	PERIANTA	53,63
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	SANTA LUZIA	45,99
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TIMBO	26,46
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TURIMA	40,05
SMS CMS TIA ALICE AP 32	24 DE MAIO	27,42
SMS CMS TIA ALICE AP 32	SAO FRANCISCO XAVIER	53,45

Equipes que pontuaram no indicar D1

Das 115 equipes analisadas, apenas um grupo restrito conseguiu atingir o indicador no trimestre, por outro lado, várias unidades apresentaram cobertura extremamente baixa, com percentuais de alcance abaixo de 40% em grande parte das equipes. Unidades como CF Erivaldo Fernandes Nobrega, CF Herbert

de Souza, CF Edney Canazaro de Oliveira e CMS Cesar Pernetta concentram os menores desempenhos, sinalizando falhas graves na operacionalização do rastreio e/ou ausência de busca ativa das mulheres em idade-alvo.

Com base nos dados atualizados, foi possível identificar que apenas quatro equipes da AP 3.2 atingiram a meta de 80% de cobertura do Indicador D1 – Percentagem de Mulheres entre 25 e 64 anos com Colpocitologia Registrada nos Últimos 3 Anos, no 1º trimestre de 2025. São elas:

- SMS CF Anna Nery AP 32 – Equipe MAGALHÃES CASTRO – 81,26%
- SMS CF Bibi Vogel AP 32 – Equipe MANUEL MAURÍCIO – 84,19%
- SMS CF Bibi Vogel AP 32 – Equipe MOREIA – 83,62%
- SMS CF Carioca AP 32 – Equipe BERGAMO – 82,61%

Essas equipes implementaram diferentes estratégias para garantir o cumprimento da meta, com destaque para a realização de visitas domiciliares para buscar resultados de preventivo, uma ação proativa adotada pela gestão.

Equipes que alcançaram o indicador no 3º trimestre de 2024:

1. CF Anna Nery (Equipe Magarão Castro)

- **Estratégias**: Essa equipe tem como diferencial o vínculo já estabelecido com o território, contando com um enfermeiro altamente ativo e com amplo domínio da área. A gestão de listas de usuárias e a realização de visitas domiciliares para buscar resultados de exames preventivos também se destacam como práticas frequentes adotadas pela equipe gestora para melhorar os resultados.

2. CF Carioca (Equipe Bérgamo)

- **Estratégias**: A equipe da CF Carioca adota uma abordagem ampla para atingir o indicador, incluindo a oferta de coletas de colpocitologia em livre demanda durante todos os dias da semana, além de programações prioritárias para as linhas de cuidado. A divulgação por meio das redes sociais, veículos locais, cartazes e folders também é uma prática comum, assim como o uso de salas de espera para sensibilizar as usuárias sobre a importância do rastreamento oncológico. O monitoramento contínuo das listas do PEP VITA CARE permite um acompanhamento eficaz. Adicionalmente, são realizados "Dias D" aos sábados, voltados para mulheres que não conseguem comparecer durante a semana. Recentemente, a equipe também iniciou coletas domiciliares para mulheres que estão há mais de três anos sem realizar o exame.

3. CF Bibi Vogel (Equipes Manoel Miranda e Moreira)

- **Estratégias**: A unidade CF Bibi Vogel tem demonstrado estabilidade em seu processo de trabalho, com duas equipes que alcançaram a meta do indicador. Isso se deve em grande parte à busca ativa de mulheres em idade fértil, utilizando listas específicas para identificar aquelas com exames atrasados ou que nunca realizaram o preventivo. Além disso, as equipes realizam orientações contínuas sobre a importância da prevenção do câncer de colo do útero.

  Essas práticas mostram a importância de um planejamento estratégico bem estruturado, focado no vínculo com o território, na comunicação ativa com a população e no monitoramento constante dos indicadores.

Durante o período, foi firmado um acordo entre as equipes de saúde e a gestão (CAP e supervisão de território) com o objetivo de implementar novas estratégias para aumentar o acesso à coleta de exames preventivos. Como parte desse esforço, as unidades de saúde intensificaram as ofertas, expandindo suas atividades para além dos ambientes usuais e realizando ações externas. Essas iniciativas tiveram como foco a maior adesão das mulheres de 25 a 64 anos à realização dos exames, visando melhorar os índices de cobertura de colpocitologia.

Essas medidas evidenciam o compromisso com a promoção da saúde e a prevenção do câncer de colo do útero, destacando a importância da colaboração entre equipes e gestão para alcançar melhores resultados. A implementação de atividades conjuntas e o uso de abordagens inovadoras reforçaram a efetividade das ações de prevenção.

Para sustentar o progresso no indicador, foi sugerida a criação de uma meta escalonada de 10% a cada trimestre por equipe. Além disso, foram criados espaços de educação permanente, onde as equipes com melhores resultados compartilham suas boas práticas. A gestão também disponibilizou uma planilha semanal para que os gestores acompanhem o desempenho de seus indicadores em tempo real, proporcionando um monitoramento mais eficaz.

A equipe de Qualidade do IDEIAS, realizou encontros com as equipes das unidades de AP que apresentaram indicadores com valores mais frágeis, para elaboração de um plano de ação em busca de melhorias dos indicadores.

Entre os fatores que podem estar associados ao baixo desempenho, destacam-se:

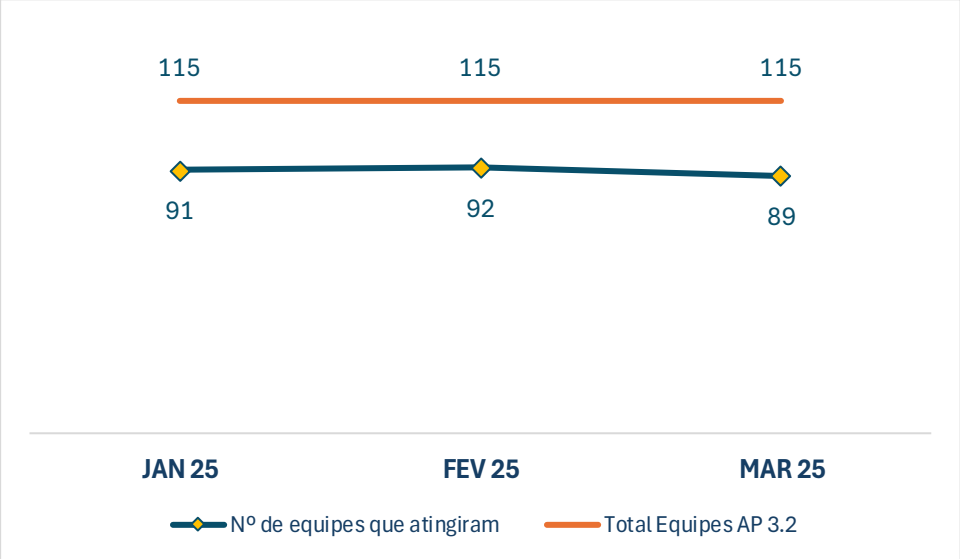
- Subutilização das agendas de coleta de preventivo;
- Falta de integração entre os fluxos de acolhimento e saúde da mulher;

- Fragilidade nos registros no prontuário eletrônico (VitaCare);
- Alta rotatividade de profissionais e sobrecarga de trabalho nas equipes.

Frente a esse cenário, torna-se essencial a revisão dos fluxos de rastreio oncológico nas unidades, priorizando:

- A pactuação de metas semanais de coleta por equipe;
- A vinculação da colpocitologia às linhas de cuidado prioritárias (como pré-natal e puericultura);
- A utilização dos relatórios do VitaCare para identificar mulheres elegíveis sem exame registrado nos últimos três anos;
- A ampliação de estratégias de busca ativa, principalmente com apoio dos ACS.

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.

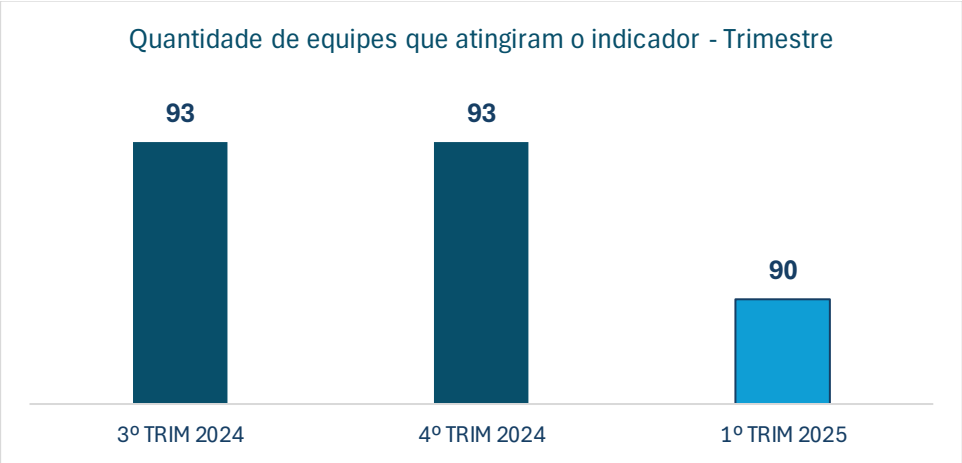


O gráfico revela um desempenho relativamente estável da AP 3.2 no Indicador D2 ao longo dos três primeiros meses de 2025. O número de equipes que atingiram a meta mínima de 70% variou de forma discreta:

- **Janeiro/2025**: 91 equipes atingiram a meta
- **Fevereiro/2025**: 92 equipes atingiram a meta
- **Março/2025**: 89 equipes atingiram a meta

Esses resultados indicam que aproximadamente 77% a 80% das equipes da AP 3.2 estão garantindo o acompanhamento mínimo exigido para as pessoas com diagnóstico de diabetes, com registro de ao menos uma consulta com médico e outra com enfermeiro nos últimos 12 meses.

Apesar da leve oscilação negativa em março, o desempenho pode ser considerado positivo e sustentável, especialmente quando comparado a outros indicadores avaliados no mesmo período. No entanto, o fato de mais de 20% das equipes ainda não atingirem a meta exige atenção e ações específicas.



A performance da Área Programática 3.2 no Indicador D2 manteve-se em patamares positivos ao longo dos três trimestres avaliados, com destaque para a estabilidade nos dois primeiros trimestres e uma pequena redução no mais recente:

- 3º trimestre de 2024: 93 equipes atingiram a meta de 70%;
- 4º trimestre de 2024: 93 equipes novamente atingiram a meta;
- 1º trimestre de 2025: 90 equipes atingiram a meta.

Embora a redução no último trimestre tenha sido discreta (queda de 3 equipes), ela exige atenção, pois pode sinalizar o início de uma tendência de queda ou refletir fragilidades pontuais em determinadas unidades.

O fato de cerca de 78% das equipes da AP 3.2 estarem atingindo o indicador de forma consistente ao longo dos trimestres evidencia um bom grau de organização no acompanhamento das pessoas com diabetes. Essa constância sugere que muitas equipes já incorporaram a sistematização das consultas com médico e enfermeiro como parte da rotina do cuidado longitudinal.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador D2 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Aingimento %
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	SILVA BRAGA	66,54
SMS CF ANNA NERY AP 32	ALMIRANTE ARY PARREIRAS	69,7
SMS CF ANNA NERY AP 32	DR GARNIER	67,12
SMS CF ANNA NERY AP 32	JOSE FELIX	65,3
SMS CF ANNA NERY AP 32	MAGALHAES CASTRO	68,85
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	MIGUEL ANGELO	49,69
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	PONTILHAO	66,92
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	HERMINIA	65,45
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	JARDIM DO MEIER	53,84
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	MARILIA DIRCEU	59,8
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	PRACA AVAI	52,55
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	VISCONDE DE TOCANTINS	57,9
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	ENGENHO DO MATO	69,91
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	PEREIRA PINTO	62,67
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	SILVA VALE	67,71
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	CEU AZUL	62,53
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	DOIS DE MAIO	63,21
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	ENGENHO NOVO	62,94
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	SOLIMOES	69,34
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	CONFEDERACAO SUICA	66,16
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ENCONTRO	66,8
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	FERNAO CARDIM	63,98
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	HENRIQUE SCHEID	60,64
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	PIAUI	61,1
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	PERIANTA	53,62

Equipes que não pontuaram no indicar D2.

A análise do Indicador D2 revela um cenário majoritariamente positivo na AP 3.2. Das 115 equipes avaliadas, a maioria conseguiu atingir a meta mínima de 70% de cobertura, demonstrando efetividade no acompanhamento longitudinal das pessoas com diabetes.

As equipes que atingiram o indicador garantiram que os usuários com diagnóstico de diabetes realizassem, ao longo dos últimos 12 meses, pelo menos duas consultas, sendo uma com médico e outra com enfermeiro – uma exigência mínima para assegurar a integralidade do cuidado e fortalecer a linha de cuidado das condições crônicas.

Unidades como CF Anna Nery, CF Bibi Vogel, CF Olga Pereira Pacheco, CMS Rodolpho Rocco, entre outras, apresentaram um número expressivo de equipes que alcançaram a meta, sinalizando boas práticas na gestão de agenda, articulação entre os profissionais da equipe e uso adequado do prontuário eletrônico.

Ainda assim, algumas equipes de unidades como CF Barbara Starfield e CF Anna Nery ficaram abaixo do esperado, com percentuais de acompanhamento entre 55% e 66%, o que indica a necessidade de ajustes nos fluxos internos, especialmente na vinculação de pacientes crônicos a agendas sistemáticas e no registro adequado das consultas realizadas.

Estratégias de Intervenção

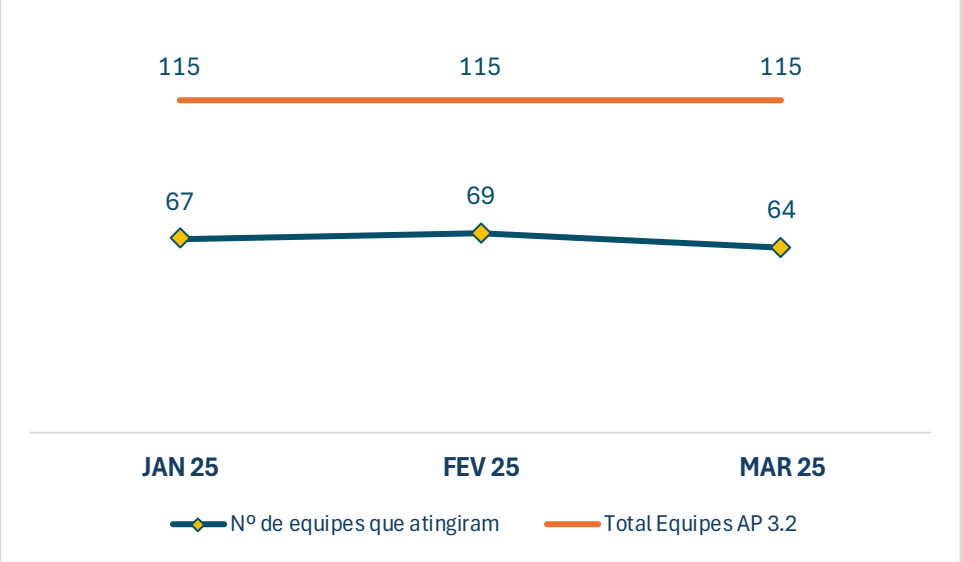
Para enfrentar esses desafios e melhorar o desempenho das unidades, a equipe de gestão propôs as seguintes estratégias de intervenção:

- **Feedbacks direcionados**: Iniciamos feedbacks detalhados com os gestores das unidades que não alcançaram o indicador. Durante essas reuniões, os gestores tiveram orientações específicas sobre como desenvolver planos de ação voltados para a melhoria no acesso às consultas de acompanhamento para pacientes com diabetes.
- **Planos de ação personalizados**: Cada unidade foi incentivada a criar um plano de ação que aborde suas fragilidades específicas, com foco na busca ativa de pacientes, melhoria da gestão de listas, estratégias para aumentar a adesão às consultas médicas e de enfermagem e grupos de cuidados aos pacientes diabéticos.

  Essas estratégias de intervenção são essenciais para aprimorar o processo de atendimento e garantir um cuidado mais eficaz aos pacientes com diabetes. Além de contribuir para que as unidades atinjam as metas estabelecidas, essas ações visam proporcionar um cuidado mais abrangente e de qualidade, promovendo a prevenção e o controle das complicações relacionadas à doença.

A continuidade e qualificação dessas ações são essenciais para garantir uma atenção integral, centrada na pessoa com condição crônica e orientada para a prevenção de complicações.

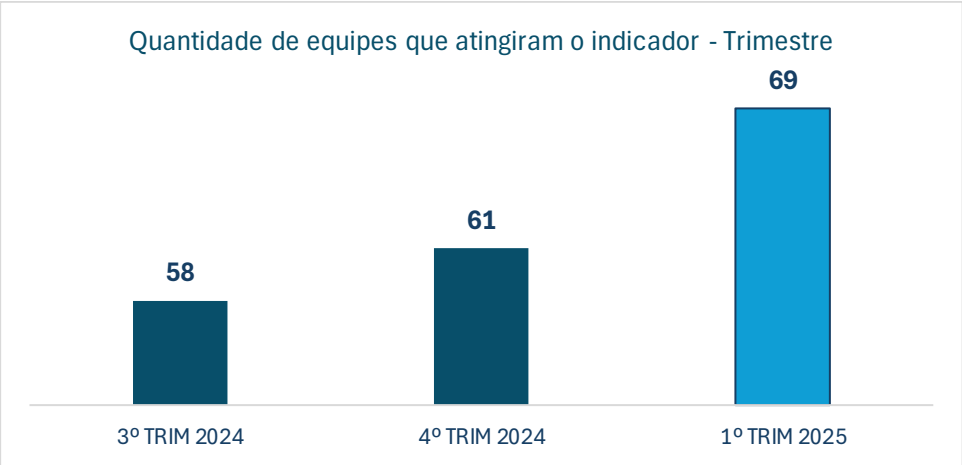
2.1.10 Indicador D3 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses.



A trajetória do Indicador D3 ao longo do 1º trimestre de 2025 mostra uma leve oscilação negativa no desempenho mensal das equipes da AP 3.2. A quantidade de equipes que atingiram a meta mínima de 70% foi:

- Janeiro/2025: 67 equipes
- Fevereiro/2025: 69 equipes
- Março/2025: 64 equipes

Apesar de o resultado de fevereiro representar uma leve melhora em relação ao início do trimestre, o desempenho caiu novamente em março, com apenas 64 equipes pontuando – o que corresponde a 55,6% das 115 equipes da AP 3.2.



A trajetória do Indicador D3 nos últimos três trimestres aponta para uma tendência de crescimento contínuo e positivo no desempenho das equipes da AP 3.2:

- 3º trimestre de 2024: 58 equipes atingiram a meta (50,4% do total)
- 4º trimestre de 2024: 61 equipes (53,0%)
- 1º trimestre de 2025: 69 equipes (60,0%)

Essa evolução reflete um avanço consistente no número de equipes que conseguiram garantir o acompanhamento mínimo exigido para as pessoas com hipertensão, com registro de consultas realizadas por médico e por enfermeiro.

O aumento de 11 pontos percentuais entre o 3º TRI/2024 e o 1º TRI/2025 é um indicativo de que ações de reorganização do processo de trabalho vêm surtindo efeito em parte das unidades. No entanto, com apenas 60% de cobertura, o desempenho geral ainda está aquém do ideal.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador D3 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Aingimento %
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	CAMILA BRAVO	62,52
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FAZENDINHA	65,13
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FRANCISCO FRAGOSO	66,38
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	MONTEIRO DA LUZ	61,32
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	SILVA BRAGA	58,04
SMS CF ANNA NERY AP 32	ALMIRANTE ARY PARREIRAS	66,96
SMS CF ANNA NERY AP 32	DR GARNIER	63,5
SMS CF ANNA NERY AP 32	JOSE FELIX	61
SMS CF ANNA NERY AP 32	MAGALHAES CASTRO	68,42
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	CONCORDIA	57,61
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	DARCI VARGAS	56,92
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	MIGUEL ANGELO	41,34
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	PONTILHAO	55,24
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	VIUVA CLAUDIO	63,07
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MARECHAL CASTELO BRANCO	65,85
SMS CF CARIOCA AP 32	ITAPOA	66,46
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CONSELHEIRO JOBIM	65,95
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	MARIO BAHIA	68,24
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	HERMINIA	61,89
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	JARDIM DO MEIER	43,92
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	MARILIA DIRCEU	58,65

SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	PRACA AVAI	50,47
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	VISCONDE DE TOCANTINS	55,52
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	ENGENHO DO MATO	58,58
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	MACHADO SOBRINHO	65,23
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	PEREIRA PINTO	59,79
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	SILVA VALE	58,64
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	CEU AZUL	64,84
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	DOIS DE MAIO	68,06
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	ENGENHO NOVO	61,79
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	SOLIMOES	68,33
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	CONFEDERACAO SUICA	67,97
SMS CMS ANTENOR NASCENTES AP 32	PROF ANTENOR NASCENTE	59,29
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	JOAO RIBEIRO	69,3
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ARAUJO LEITAO	59,59
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BARAO DO BOM RETIRO	69,8
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ENCONTRO	64,39
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	FERNAO CARDIM	56,87
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	HENRIQUE SCHEID	52,78
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	PIAUI	48,76
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	CAMARISTA	69,79
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	AIRES CASAL	69,49
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	PERIANTA	53,56
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	SANTA LUZIA	67,05
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TIMBO	58,48
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TURIMA	64,69

Equipes que não pontuaram no indicar D3.

A análise do Indicador D3 demonstra que uma parcela importante das equipes da Área Programática 3.2 atingiu a meta mínima de 70% de cobertura no acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial. O indicador considera como adequada a atuação das equipes que garantem, no período de 12 meses, pelo menos uma consulta com o médico e uma com o enfermeiro para cada usuário com diagnóstico de hipertensão.

Dentre as unidades que se destacaram, observa-se que equipes da CF Amelia dos Santos Ferreira (como Fagundes Varela, Pau Ferro e Poconé), da CF Anna Nery (como Camboriú), da CF Bibi Vogel, da CF Olga Pereira Pacheco, da CMS Eliza Abrantes, da CF Luiz Célio Pereira, entre outras, demonstraram capacidade de organização do processo de trabalho, garantindo acesso periódico e compartilhado ao cuidado dos usuários crônicos.

O bom desempenho dessas equipes sugere práticas consolidadas de agendamento coordenado, vinculação efetiva de usuários às agendas de acompanhamento e utilização adequada do prontuário

eletrônico como instrumento de gestão do cuidado. Tais experiências podem ser fonte de aprendizado para unidades com menor desempenho.

Por outro lado, cerca de 40% das equipes da AP 3.2 não atingiram a meta, indicando a necessidade de ajustes em fluxos, ampliação da oferta de consultas e uso mais sistemático das ferramentas de monitoramento populacional. Estratégias como a revisão das listas nominais de hipertensos, a pactuação de metas internas entre os profissionais e o fortalecimento da atuação dos ACS na captação ativa podem contribuir diretamente para a qualificação dos resultados.

A continuidade do acompanhamento longitudinal da pessoa com hipertensão é uma das principais garantias da APS como coordenadora do cuidado, contribuindo para a prevenção de complicações cardiovasculares e melhoria da qualidade de vida da população.

As principais justificativas apresentadas pelas equipes que não alcançaram o indicador de atendimento aos pacientes hipertensos no trimestre incluem diversos fatores, tanto estruturais quanto culturais. Segue um resumo das justificativas:

1. Troca de Médicos na Equipe

- **Desafios**: A equipe passou por trocas de médicos nos últimos meses, o que causou a necessidade de remanejamento de consultas previamente agendadas. Essa troca gerou descontinuidade no atendimento e a reprogramação dos atendimentos regulares.

2. Alto Quantitativo de Pacientes Hipertensos Adscritos

- **Desafios**: A equipe enfrenta uma demanda muito alta de pacientes hipertensos, o que dificulta o agendamento de consultas e o acompanhamento adequado de todos os usuários cadastrados.

3. Dificuldade de Acesso às Consultas Devido ao Horário de Trabalho dos Pacientes

- **Desafios**: Muitos pacientes enfrentam dificuldades para comparecer às consultas por conta de seus horários de trabalho, que coincidem com o funcionamento da unidade de saúde. Essa limitação impede um acompanhamento mais efetivo dos hipertensos.

4. Poucos Grupos de Hipertensos Realizados no Trimestre

- **Desafios**: Houve uma baixa realização de grupos de educação e cuidado voltados para pacientes hipertensos durante o trimestre, reduzindo as oportunidades de monitoramento e orientação coletiva desses pacientes.

5. Alto Número de Pacientes que Acessam a Saúde Suplementar

- **Desafios**: Muitos pacientes com hipertensão utilizam a rede suplementar (planos de saúde) ou preferem consultas com cardiologistas, optando por não realizar o acompanhamento regular na Clínica da Família. Isso resulta em menos consultas registradas no sistema público.

6. Desinformação sobre o Papel do Enfermeiro no Cuidado ao Hipertenso

- **Desafios**: A população demonstra desconhecimento sobre a importância do acompanhamento de enfermagem no cuidado ao hipertenso, preferindo ser atendida pelo médico da equipe. Essa cultura, centrada no médico, faz com que muitos pacientes faltem às consultas de enfermagem, mesmo quando agendadas.

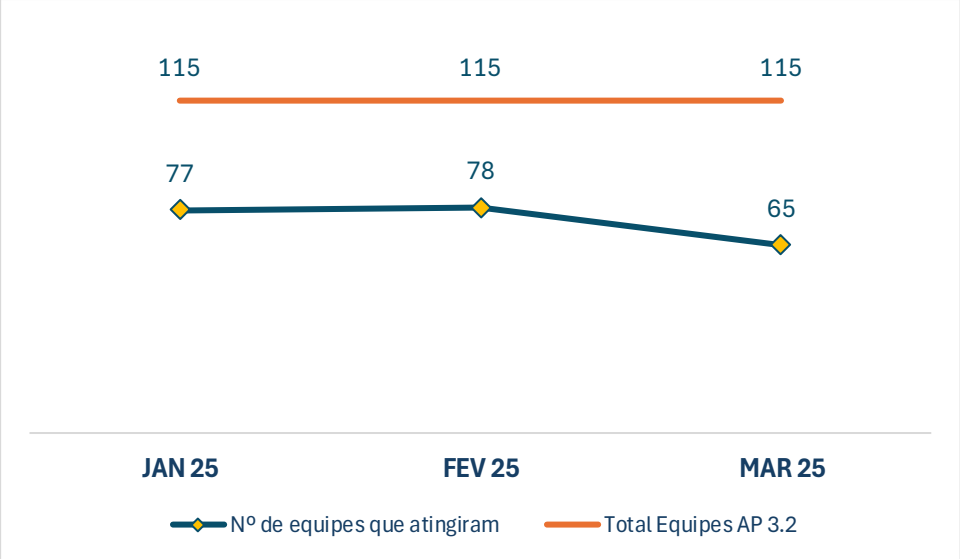
7. Faltas às Consultas Agendadas

- **Desafios**: Muitos pacientes faltam às consultas agendadas, justificando que preferem ser atendidos pelo médico. Além disso, alguns utilizam o serviço de saúde apenas para a retirada de medicamentos, o que afeta o acompanhamento regular.

8. Dificuldades no Uso do Sistema PEC

- **Desafios**: A equipe relatou dificuldades em utilizar o sistema PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), o que prejudica o registro adequado das consultas e o acompanhamento dos pacientes.

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

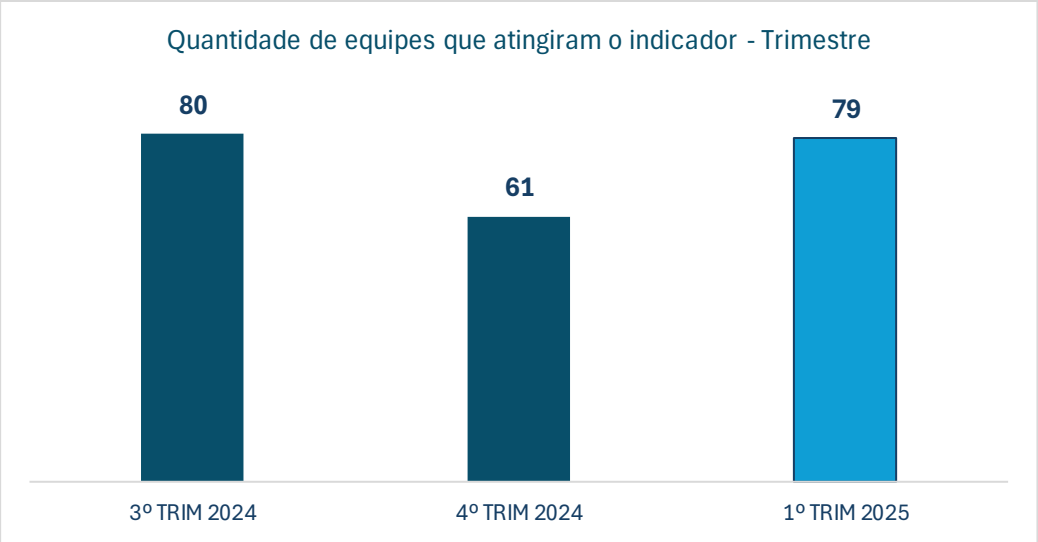


Ao longo do primeiro trimestre de 2025, observa-se uma tendência de queda no número de equipes que atingiram a meta de 90% de cobertura vacinal em crianças de até 2 anos. Os resultados mensais foram:

- Janeiro/2025: 77 equipes atingiram a meta
- Fevereiro/2025: 78 equipes

- Março/2025: 65 equipes

Apesar de uma leve melhora entre janeiro e fevereiro, o mês de março registrou uma queda significativa no desempenho, com 13 equipes a menos em relação ao mês anterior. Esse resultado evidencia a necessidade de reforçar estratégias de busca ativa, controle das listas nominais e articulação entre os setores das unidades, especialmente entre ACS, sala de vacina e profissionais da puericultura.



Análise Trimestral – Indicador D4

- 3º trimestre de 2024: 80 equipes atingiram a meta de 90%
- 4º trimestre de 2024: houve uma queda expressiva para 61 equipes
- 1º trimestre de 2025: o número voltou a subir, com 79 equipes alcançando o indicador

Essa trajetória sinaliza um desempenho oscilante, com perda de efetividade no quarto trimestre de 2024, seguida de uma recuperação importante no início de 2025, aproximando-se novamente do patamar observado anteriormente.

A retomada da performance pode estar relacionada a estratégias de reorganização interna, fortalecimento da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, intensificação da busca ativa e reforço das ações da sala de vacina.

Apesar da melhora, o fato de apenas 69% das equipes (79 de 115) atingirem a meta no último trimestre ainda indica a necessidade de ações estruturadas e sustentáveis para garantir estabilidade no

acompanhamento da vacinação das crianças menores de dois anos, faixa etária prioritária para prevenção de doenças imunopreveníveis.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador D4 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Aingimento %
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FAGUNDES VARELA	89,65
SMS CF ANNA NERY AP 32	JOSE FELIX	89,39
SMS CF ANNA NERY AP 32	MAGALHAES CASTRO	88,89
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	CONCORDIA	83,75
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	DARCI VARGAS	88,43
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	MIGUEL ANGELO	88,08
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	PONTILHAO	83,63
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DARKE DE MATOS	81,71
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DOMINGOS DE MAGALHAES	88,04
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	FELIX FERREIRA	84,12
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	VOLTA GRANDE	88,89
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MARECHAL CASTELO BRANCO	85,72
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	BELA VISTA	86,56
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CERQUEIRA LIMA	78,48
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	MANOEL MIRANDA	86,89
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	SAO PAULO	78,94
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	MARIO BAHIA	88,77
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	HERMINIA	69,12
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	JARDIM DO MEIER	76,73
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	MARILIA DIRCEU	76,08
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	PRACA AVAI	68,35
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	VISCONDE DE TOCANTINS	70,6
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	MACHADO SOBRINHO	87,73
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	PEREIRA PINTO	64,87
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	SILVA VALE	79,37
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	ANA QUINTAO	88,68
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	PAULO PIRES	87,65
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	SOLIMOES	87,67
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BICUIBA	89,58
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	VENCESLAU	84,24
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	FERNAO CARDIM	78,29
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	PIAUI	89,06
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	SINCORA	88,24
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	CAMARISTA	88,41
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	SANTA LUZIA	87,18

SMS CMS TIA ALICE AP 32	24 DE MAIO	89,41

Equipes que não pontuaram no indicar D4.

Entre os fatores que podem ter contribuído para a queda em março estão: recesso escolar, férias de profissionais, dificuldades no registro no sistema de vacinação (RNDS), e oscilações na adesão das famílias. Essa variação indica a importância de acompanhar mensalmente o indicador e intervir rapidamente nos territórios com queda abrupta.

É importante destacar que esse indicador exige vigilância contínua, coordenação entre as áreas técnicas da unidade e mecanismos eficazes de busca ativa, principalmente em territórios com maior vulnerabilidade social ou com alta rotatividade de famílias.

Abaixo, segue a lista nominal das equipes e suas respectivas unidades que alcançaram o indicador:

As equipes Camila Bravo, Fazendinha, Francisco Fragoso, Monteiro da Luz, Pau Ferro, Poconé e Silva Braga, da CF Amélia dos Santos Ferreira, atingiram a meta, assim como Camboriú, da CF Anna Nery. Na CF Anthidio Dias da Silveira, destacaram-se as equipes Fazendinha, Viúva Cláudio e XV de Agosto. Também superaram 90% as equipes Adhemar Bebiano, Hortolândia, Malacacheta, Moreia, da CF Bibi Vogel, e Bérgamo, Itapoã e Mogi Mirim, da CF Carioca.

No CF Edney Canazaro de Oliveira, as equipes Alzira Valdetaro e Conselheiro Jobim foram destaque. Já no CF Emygdio Alves Costa Filho, pontuaram Águia de Ouro, Álvaro de Miranda, Engenho e Major Aderbal Costa. Na CF Herbert de Souza, atingiram a meta as equipes Maraca e Ceu Azul. Todas as equipes da CF Izabel dos Santos pontuaram: Ceu Azul, Dois de Maio, Engenho Novo, Polônia e Veiga Bastos.

Ainda figuram entre as que superaram 90% as equipes Abolição, Casemiro de Abreu, Coimbra da Luz, Fernando Simoni, da CF Luiz Célio Pereira, e Artur Vargas, Paranapiacaba, da CF Olga Pereira Pacheco. Também pontuaram as equipes Confederação Suíça, da CF Sérgio Nicolau Amin, e Prof. Antenor Nascente, da unidade de mesmo nome.

Outras equipes com bons resultados incluem Lorena e Teophilo Dias, da CMS Ariadne Lopes, Araújo Leitão, Barão do Bom Retiro, Dona Romana, Encontro, Miguel Galvão, da CMS Carlos Gentille, e Hermengarda, da CMS Cesar Pernetta.

Completam a lista as equipes Henrique Scheid, da CMS Eduardo A. Vilhena, Boca do Mato, da CMS Eliza Abrantes, Lins Imperial e Maria Luiza, também da Eliza Abrantes, além de Vilela Tavares, Adolfo Bergamini, Borja Reis, Santos Titara, da CMS Milton Fontes Magarão, Aires Casal, Álvares de Azevedo, Esperança, Jacaré, da CMS Renato Rocco, e por fim, Lago Verde, Perianta, Timbó, Turim e São Francisco Xavier, da CMS Rodolpho Rocco e CMS Tia Alice.

Entre as estratégias que podem ser reforçadas para aumentar o alcance desse indicador estão:

- Atualização frequente da lista nominal de crianças por faixa etária;
- Cruzamento de dados com o sistema de imunização da sala de vacina;
- Acompanhamento sistemático pelos ACS das famílias com crianças atrasadas;
- Realização de ações extramuros e vacinações em horários alternativos;
- Pactuação interna para avaliação mensal das coberturas por microárea.

Dificuldades Encontradas pelas Equipes

As unidades que não atingiram a meta enfrentaram uma série de desafios que comprometeram o acompanhamento da vacinação infantil. As principais justificativas apresentadas incluem:

1. **Vacinação em rede particular**: Muitas crianças foram vacinadas na rede privada, dificultando o registro adequado no sistema público.
2. **Dificuldade de acesso**: Muitos responsáveis relataram que não conseguiam levar as crianças às unidades de saúde devido à falta de tempo, uma vez que trabalham durante o horário de funcionamento das unidades e não têm rede de apoio.
3. **Falta de profissionais qualificados**: Algumas equipes não contaram com profissionais suficientes ou capacitados para registrar as vacinas no prontuário eletrônico, resultando em atrasos e acúmulos de registros.
4. **Dificuldade na localização das crianças**: As equipes enfrentaram desafios em localizar algumas crianças no território para atualizar os registros de vacinação.
5. **Déficit de conhecimento**: Identificou-se que muitos responsáveis não compreendem plenamente a importância da vacinação infantil e a necessidade de manter o cartão atualizado.
6. **Mudança nos territórios de abrangência**: Algumas equipes enfrentaram dificuldades devido a alterações recentes nos territórios de atuação, afetando o acompanhamento das crianças.
7. **Desabastecimento de imunobiológicos**: A escassez de imunizantes para crianças com até 2 anos em nível municipal comprometeu a cobertura vacinal.

Próximos Passos

As equipes e a gestão local já estão implementando ações corretivas para superar essas dificuldades, incluindo:

- **Intensificação da busca ativa** de crianças.
- **Maior divulgação** sobre a importância da vacinação.
- **Treinamentos** para profissionais de saúde, visando garantir a atualização e registro oportuno das cadernetas de vacinação.

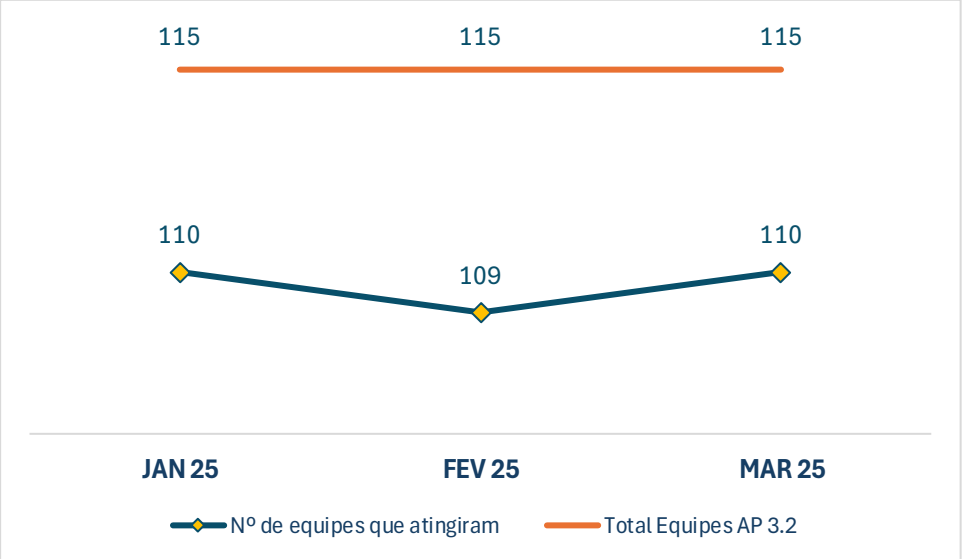
- **Melhoria na comunicação** com a rede privada para assegurar que vacinas aplicadas fora do SUS sejam registradas adequadamente.

Outras Estratégias Sugeridas

1. **Identificação e Correção de Falhas**: Corrigir falhas no acompanhamento do calendário vacinal das crianças, assegurando a administração correta das vacinas conforme as diretrizes de saúde.
2. **Reunião de Qualificação**: Realizar reuniões de qualificação com a DVS e supervisão de territórios nas unidades que enfrentam maiores dificuldades, esclarecendo dúvidas e propondo ajustes no processo de trabalho das salas de vacinas.
3. **Gestão de Listas e Uso da Ferramenta Geovacina**: Empregar a gestão de listas e a ferramenta Geovacina para monitorar de forma mais eficiente o status vacinal das crianças, facilitando a identificação de áreas com deficiências no programa de vacinação. Isso permitirá ações corretivas rápidas e eficazes para melhorar a cobertura vacinal e, consequentemente, a saúde da população infantil.

   Essas abordagens visam garantir um acompanhamento mais eficiente do status vacinal das crianças e possibilitar a identificação de áreas que necessitam de intervenção, melhorando a cobertura vacinal e a saúde da população infantil.

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

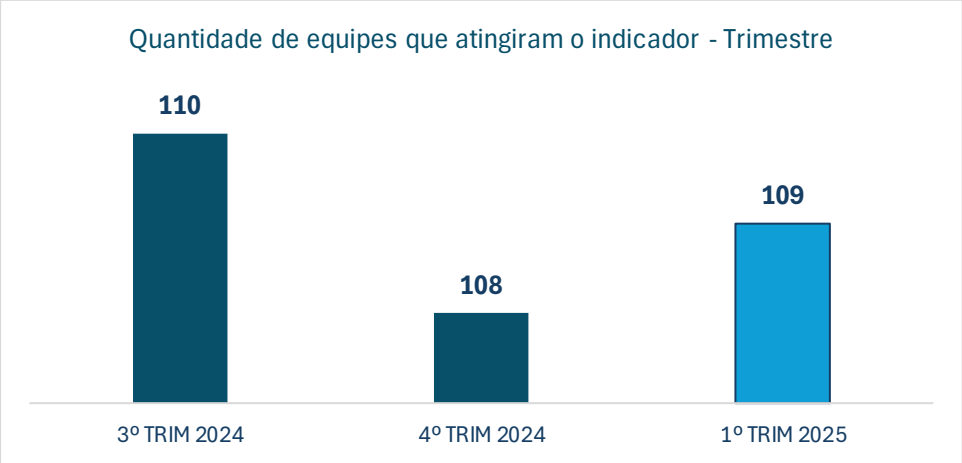


A análise do Indicador D5, revela que em janeiro, 66 das 115 equipes atingiram a meta estabelecida (80%). No mês seguinte, fevereiro, houve uma leve queda, com apenas 62 equipes alcançando o

indicador. Contudo, em março, observou-se uma recuperação no desempenho, com 68 equipes atingindo o valor de referência.

Essa trajetória evidencia a necessidade de ações mais consistentes e contínuas para garantir a cobertura vacinal adequada dessa faixa etária. A queda em fevereiro pode estar relacionada a fatores sazonais, como férias escolares e maior absenteísmo dos usuários. Já a retomada em março sugere que medidas de reforço e mobilização da população possam ter surtido efeito.

Ainda assim, o desempenho global ao longo do trimestre aponta que **menos de 60% das equipes** conseguiram alcançar a meta mensalmente, o que reforça a importância de estratégias de busca ativa, atualização cadastral e maior integração entre equipe de saúde e rede escolar, além do fortalecimento da vigilância vacinal nos territórios.



A análise do desempenho trimestral das equipes da Área Programática 3.2 no Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado, cuja meta é de 80%, revela uma tendência positiva no primeiro trimestre de 2025. Após uma queda significativa no último trimestre de 2024, quando apenas 68 equipes atingiram o indicador, observa-se uma recuperação expressiva no início de 2025, com 76 equipes alcançando a meta.

Esse desempenho supera inclusive o resultado do terceiro trimestre de 2024, em que 75 equipes haviam pontuado no indicador. A evolução demonstra que, possivelmente, foram implementadas ações corretivas ou estratégias de fortalecimento da vigilância vacinal e busca ativa no período recente.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador D5 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Aingimento %
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	FELIX FERREIRA	78,09
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	HERMINIA	79,3
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	JARDIM DO MEIER	78,27

SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	PRACA AVAI	69,67
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	VISCONDE DE TOCANTINS	77,48
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	PEREIRA PINTO	77,03

Equipes que não pontuaram no indicar D5.

No primeiro trimestre de 2025, seis equipes da Área Programática 3.2 não atingiram a meta do Indicador D5, cuja referência é de 90%. As unidades com equipes com desempenho abaixo do esperado foram a CF Barbara Starfield, com a equipe Félix Ferreira (78,09%); a CF Erivaldo Fernandes Nobrega, com as equipes Hermínia (79,3%), Jardim do Méier (78,27%), Praça Avaí (69,67%) e Visconde de Tocantins (77,48%); e a CF Herbert José de Souza, com a equipe Pereira Pinto (77,03%). Esses resultados indicam a necessidade de ações direcionadas para fortalecimento da cobertura vacinal na faixa etária de até 6 anos, com foco em busca ativa, qualificação das estratégias de imunização e acompanhamento efetivo das cadernetas vacinais nas consultas de puericultura e nas ações extramuros.

A análise do Indicador D5, revela uma oscilação no desempenho das equipes da Área Programática 3.2 ao longo do primeiro trimestre de 2025. Em janeiro, 66 das 115 equipes atingiram (80%). No mês seguinte, fevereiro, houve uma leve queda, com apenas 62 equipes alcançando o indicador. Contudo, em março, observou-se uma recuperação no desempenho, com 68 equipes atingindo o valor de referência.

Essa trajetória evidencia a necessidade de ações mais consistentes e contínuas para garantir a cobertura vacinal adequada dessa faixa etária. A queda em fevereiro pode estar relacionada a fatores sazonais, como férias escolares e maior absenteísmo dos usuários. Já a retomada em março sugere que medidas de reforço e mobilização da população possam ter surtido efeito.

Ainda assim, o desempenho global ao longo do trimestre aponta que menos de 60% das equipes conseguiram alcançar a meta mensalmente, o que reforça a importância de estratégias de busca ativa, atualização cadastral e maior integração entre equipe de saúde e rede escolar, além do fortalecimento da vigilância vacinal nos territórios.

Justificativas para as Dificuldades

As principais dificuldades enfrentadas pelas unidades incluem:

1. **Adaptação à Mudança de Território**: Os usuários estão em fase de adaptação após mudanças no território, dificultando o acompanhamento da vacinação.
2. **Vacinação na Rede Privada**: Muitas crianças estão sendo vacinadas na rede privada, e os pais não compartilham as cadernetas de vacinação para a devida atualização no prontuário eletrônico.

3. **Falta de Conscientização**: Há uma carência de entendimento por parte dos responsáveis sobre a importância de manter o calendário vacinal atualizado.
4. **Dificuldades de Rastreio**: O rastreamento eficaz está prejudicado, pois a área ainda está em processo de cadastramento, dificultando o envio das cadernetas para a equipe de saúde.
5. **Pequeno Número de Crianças Registradas**: O baixo número de crianças registradas impacta negativamente os indicadores, agravado pela desinformação dos usuários.
6. **Resistência Familiar**: Algumas famílias resistem em mostrar as cadernetas de vacina e em levar os filhos para vacinação, optando por realizar o procedimento no setor privado.
7. **Não Disponibilização de Cadernetas**: Os responsáveis não fornecem as cadernetas de vacinação para atualização.

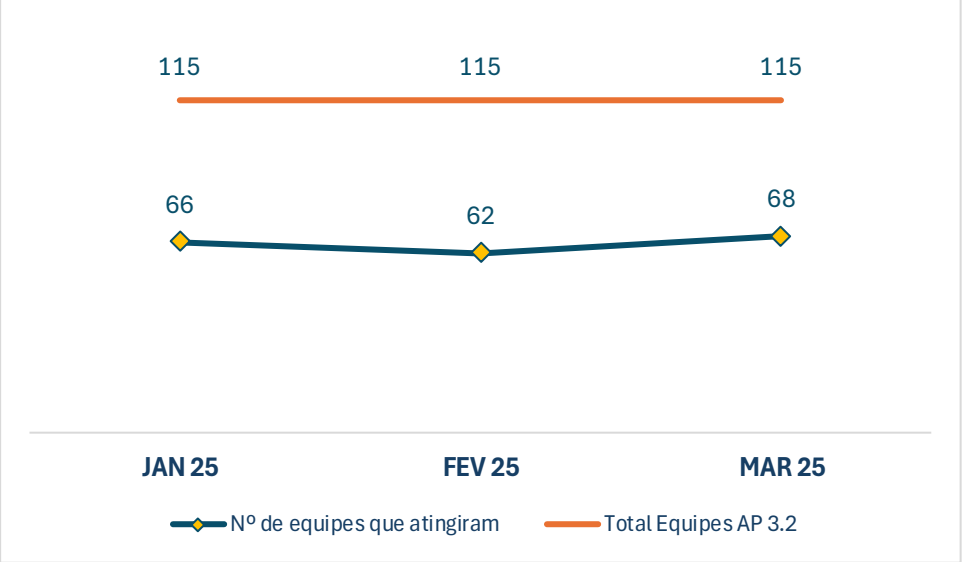
Estratégias Sugeridas

Para enfrentar essas dificuldades, as seguintes estratégias foram propostas:

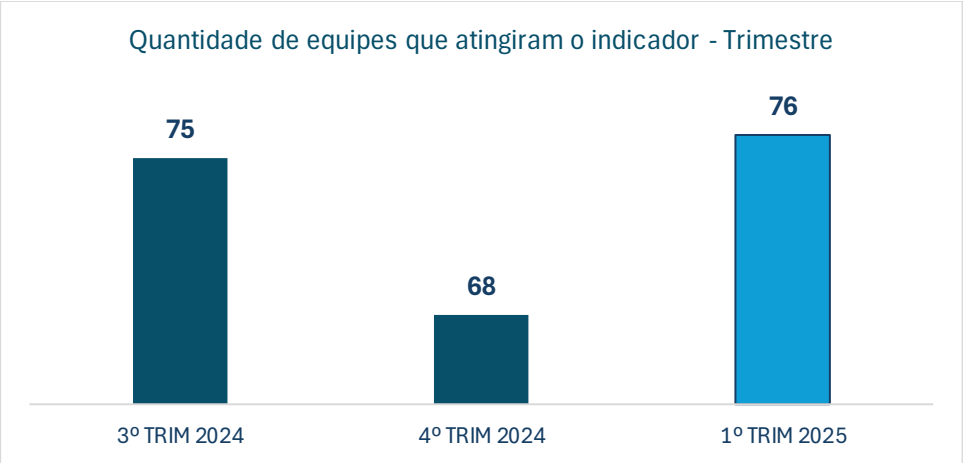
- **Identificação e Correção de Falhas**: Revisar o acompanhamento do calendário vacinal das crianças, garantindo a administração adequada das vacinas conforme as diretrizes de saúde.
- **Reunião de Qualificação**: Realizar encontros com a Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) e a supervisão territorial nas unidades com maiores dificuldades, visando esclarecer dúvidas e promover mudanças no processo de trabalho das salas de vacina.
- **Utilização da Ferramenta Geovacina**: Implementar a gestão de listas e a utilização da Geovacina para um acompanhamento mais eficiente do status vacinal das crianças, facilitando a identificação de áreas de deficiência no programa de vacinação.

Essas abordagens permitirão ações corretivas rápidas e eficazes para melhorar a cobertura vacinal e a saúde da população infantil. Em resposta à situação atual, a supervisão territorial conduziu uma sessão de feedback com a equipe em questão, estabelecendo um plano de ação para implementar intervenções e melhorias nos processos de trabalho. O objetivo é garantir uma cobertura vacinal eficiente para crianças até os 6 anos de idade, promovendo um cuidado abrangente e de qualidade para a população infantil.

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



O gráfico demonstra a evolução do número de equipes da AP 3.2 que atingiram o Indicador D6 ao longo do primeiro trimestre de 2025. Em janeiro, 66 equipes pontuaram; em fevereiro, observou-se uma leve queda, com 62 equipes atingindo o indicador; já em março, houve uma discreta recuperação, com 68 equipes pontuando. O número total de equipes permanece estável ao longo do período, com 115 equipes cadastradas.



Ao longo do primeiro trimestre de 2025, observou-se uma oscilação no número de equipes da Área Programática 3.2 que atingiram o Indicador D6: foram 66 equipes em janeiro, 62 em fevereiro e 68 em março, totalizando 76 equipes diferentes pontuando ao longo do trimestre.

Comparando o desempenho com trimestres anteriores, houve uma melhora significativa em relação ao quarto trimestre de 2024, quando apenas 68 equipes haviam pontuado, e um leve avanço também em relação ao terceiro trimestre de 2024, que registrou 75 equipes com pontuação no indicador.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador D6 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Aingimento %
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	CAMILA BRAVO	66,67
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	MONTEIRO DA LUZ	71,43
SMS CF ANNA NERY AP 32	MAGALHAES CASTRO	75
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	CONCORDIA	66,67
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	DARCI VARGAS	75
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	MIGUEL ANGELO	66,67
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	XV DE AGOSTO	66,67
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DOMINGOS DE MAGALHAES	63,64
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	FELIX FERREIRA	57,14
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	BELA VISTA	77,78
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CONSELHEIRO JOBIM	75
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	MANOEL MIRANDA	75
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	SAO PAULO	75
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ENGENHO	75
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	JARDIM DO MEIER	0
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	PRACA AVAI	75
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	VISCONDE DE TOCANTINS	0
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	CEU AZUL	66,67
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	DOIS DE MAIO	61,54
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	ENGENHO NOVO	75
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	CASEMIRO DE ABREU	50
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	COIMBRA DA LUZ	78,57
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	MACEDO BRAGA	60
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	ARTUR VARGAS	66,67
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	PARANAPIACABA	57,14
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	PAULO PIRES	70
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	CHAVES PINHEIRO	0
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	MANET	75
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	EMBOABA	71,43
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ARAUJO LEITAO	66,67
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BICUIBA	50
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	DONA ROMANA	66,67
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	HERMENGARDA	50
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	PIAUI	62,5
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	LINS IMPERIAL	0

SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	ADOLFO BERGAMINI	0
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	BORJA REIS	66,67
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	CAMARISTA	42,86
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	ESPERANCA	75

Equipes que não pontuaram no indicar D6.

Com base nos dados do Indicador D6, observa-se que nenhuma das equipes listadas atingiu o percentual mínimo esperado no trimestre. As equipes apresentaram desempenhos abaixo da meta, com variações entre 0% e 78,57%.

Dentre os destaques negativos, algumas equipes registraram atingimento nulo (0%), como é o caso das equipes Jardim do Meier, Visconde de Tocantins, Chaves Pinheiro, Lins Imperial e Adolfo Bergamini. Esses resultados são especialmente preocupantes, pois indicam ausência total de início precoce do pré-natal nas gestações acompanhadas, o que compromete significativamente a detecção precoce de riscos e a qualidade da assistência obstétrica.

Outras equipes apresentaram percentuais próximos da meta, como Coimbra da Luz (78,57%), Bela Vista (77,78%) e Magalhães Castro (75%), demonstrando desempenho mais consistente, mas ainda insuficiente para pontuação no indicador.

Dificuldades Identificadas: Durante este período, foram levantadas várias dificuldades que impactaram negativamente o acompanhamento pré-natal das gestantes:

- **Início tardio do pré-natal**: Muitas gestantes iniciaram o pré-natal tardiamente ou realizavam acompanhamento em redes particulares, o que dificultou o monitoramento contínuo pela atenção primária.
- **Pré-natal com ginecologista**: Algumas gestantes realizaram a maior parte do acompanhamento com um ginecologista, sem passar pelos serviços da atenção primária.
- **Rotatividade das gestantes**: A alta migração das gestantes entre territórios e unidades de saúde prejudicou o acompanhamento regular e a continuidade dos cuidados.
- **Descoberta tardia da gravidez**: Muitas gestantes chegaram ao território já com a gravidez em estágio avançado, dificultando o início adequado do pré-natal.
- **Dificuldade no acompanhamento pelas ACS**: A fragilidade no monitoramento das mulheres em idade fértil pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no território impactou a captação precoce das gestantes.

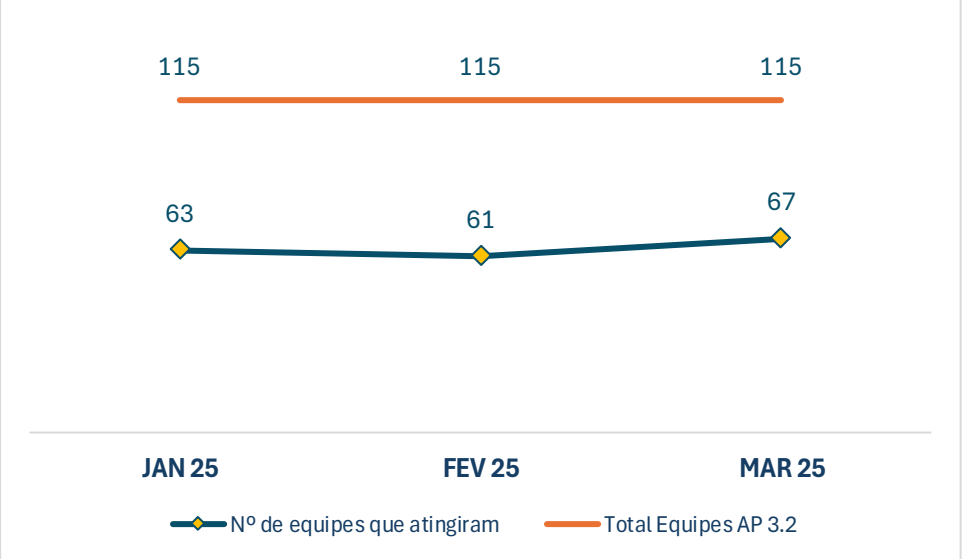
  Diante dessas dificuldades, as unidades que apresentaram maiores fragilidades estão sendo submetidas a sessões de feedback conduzidas pela Supervisão Territorial. Essas sessões têm como objetivo:

- **Orientar as equipes**: Fornecer suporte e orientação para que as equipes identifiquem áreas que precisam de melhorias e desenvolvam estratégias para superar as barreiras.
- **Implementação de melhorias**: Incentivar a adoção de práticas que facilitem o acompanhamento mais eficaz das gestantes, especialmente nos estágios iniciais da gravidez.
- **Fortalecimento da vigilância**: Melhorar o acompanhamento das mulheres em idade fértil pelos ACS, promovendo a identificação precoce das gestantes e a captação para o início do pré-natal.

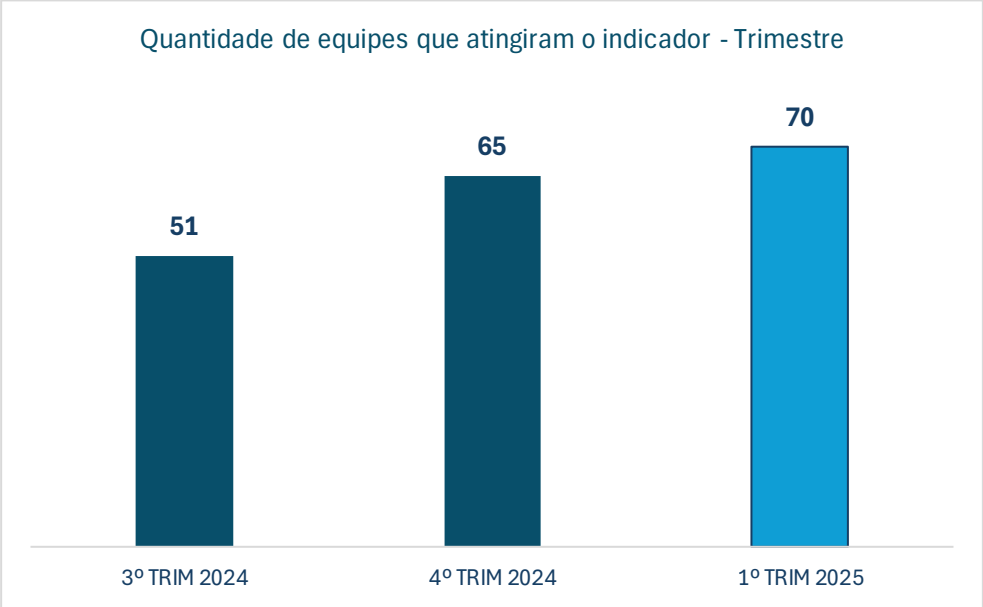
  Objetivo O foco dessas ações é garantir que as gestantes recebam um acompanhamento pré-natal abrangente e de alta qualidade desde os primeiros meses de gestação. Isso visa melhorar os indicadores de saúde materna e fetal, promover uma gravidez saudável e reduzir os riscos para mães e bebês no território.

  Com a implementação dessas medidas, espera-se uma melhoria nos resultados de saúde materna e o fortalecimento da atenção ao pré-natal, assegurando um cuidado mais eficaz para as gestantes nas unidades de saúde.

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



O gráfico referente ao Indicador D7, mostra que o desempenho das equipes da AP 3.2 oscilou ao longo dos três meses do primeiro trimestre de 2025. Em janeiro, 63 equipes atingiram a meta; em fevereiro, houve uma leve queda para 61 equipes; e em março, o número voltou a subir para 67 equipes. Apesar da recuperação no último mês do trimestre, os dados ainda apontam para uma instabilidade no alcance da meta.



O gráfico do Indicador D7, mostra uma evolução significativa ao longo dos trimestres. No 3º trimestre de 2024, apenas 51 equipes atingiram a meta. No 4º trimestre, observou-se uma melhora expressiva, com 65 equipes alcançando o indicador. Essa tendência positiva se manteve no 1º trimestre de 2025, quando 70 equipes atingiram o objetivo.

Esse crescimento contínuo demonstra o impacto de estratégias de aprimoramento na identificação precoce das gestantes e no fortalecimento do vínculo com a atenção primária. Ainda assim, considerando que a AP 3.2 conta com 115 equipes, ainda há espaço para ampliação do alcance, especialmente em unidades com cobertura mais vulnerável ou com desafios na agenda de acolhimento às gestantes no início da gravidez.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador D7 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Atingimento %
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	MONTEIRO DA LUZ	75
SMS CF ANNA NERY AP 32	JOSE FELIX	33,33
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	DARCI VARGAS	75
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	PONTILHAO	66,67
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	VIUVA CLAUDIO	75
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	XV DE AGOSTO	75
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	DARKE DE MATOS	75
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MALACACHETA	71,43
SMS CF CARIOCA AP 32	BERGAMO	75

SMS CF CARIOCA AP 32	ITAPOA	60
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	BELA VISTA	66,67
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	MANOEL MIRANDA	50
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ENGENHO	72,73
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	HERMINIA	66,67
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	PRACA AVAI	50
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	VISCONDE DE TOCANTINS	33,33
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	ENGENHO DO MATO	63,64
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	MACHADO SOBRINHO	77,78
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	MARACA	66,67
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	PEREIRA PINTO	75
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	CEU AZUL	71,43
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	DOIS DE MAIO	50
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	ENGENHO NOVO	60
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	POLONIA	60
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	CASEMIRO DE ABREU	75
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	FERNANDO SIMONI	75
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	SOLIMOES	50
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	MANET	66,67
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	VASCO DA GAMA	66,67
SMS CMS ANTENOR NASCENTES AP 32	PROF ANTENOR NASCENTE	0
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	JOAO RIBEIRO	0
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BICUIBA	50
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	DONA ROMANA	50
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	HERMENGARDA	50
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	LOPES DA CRUZ	20
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	VENCESLAU	40
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	HENRIQUE SCHEID	62,5
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	BOCA DO MATO	75
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	MARIA LUIZA	50
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	BORJA REIS	60
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	SANTOS TITARA	66,67
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	AMARO HAMATI	71,43
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	LAGO VERDE	75
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	PERIANTA	66,67
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TIMBO	72,73

Equipes que não pontuaram no indicar D7.

Com base na lista apresentada de equipes que não alcançaram a meta no Indicador D7 é possível observar que a baixa cobertura do acompanhamento pré-natal adequado permanece como um desafio importante para várias unidades da AP 3.2.

Entre os destaques negativos estão unidades com mais de uma equipe com desempenho abaixo da meta, como a CF Erivaldo Fernandes Nobrega, CF Herbert de Souza, CF Izabel dos Santos, CF Anthidio Dias da Silveira e a CMS Rodolpho Rocco, o que pode sinalizar problemas estruturais, de acesso, ou falhas no processo de trabalho das equipes.

Além disso, algumas unidades atingiram níveis críticos de cobertura, com percentuais muito abaixo da meta, como por exemplo a equipe da CMS Antenor Nascentes e da CMS Ariadne Lopes de Menezes, com 0% de alcance, o que merece uma investigação mais aprofundada e um plano de ação urgente para reversão do quadro.

Também se destaca o fato de que unidades com histórico de bom desempenho em outros indicadores, como a CF Anna Nery e a CF Edney Canazaro de Oliveira, apresentaram equipes que não atingiram o indicador, indicando possível necessidade de reforço na linha de cuidado da gestante, especialmente no registro e seguimento adequado das consultas ao longo da gestação.

Principais Fragilidades Identificadas Nas unidades que não atingiram o indicador, foram levantados diversos fatores que prejudicaram o desempenho:

- **Cadastro inadequado**: O registro das crianças no prontuário eletrônico foi feito de forma incompleta em algumas unidades.
- **Baixa adesão ao pré-natal**: Gestantes que não realizaram o pré-natal dificultaram o acompanhamento e a realização da primeira consulta de puericultura.
- **Equipes novas**: Unidades com equipes em processo de cadastramento do território encontraram dificuldades na vigilância e no acompanhamento adequado dos recém-nascidos.
- **Vacância de agentes comunitários**: A ausência de agentes comunitários prejudicou a vigilância ativa e a busca domiciliar.
- **Gestão de listas**: Dificuldades na gestão de listas de nascidos vivos e no controle do teste do pezinho, impactando o acompanhamento e a organização das consultas.
- **Movimentação dos recém-nascidos**: Muitas crianças foram levadas para casas de familiares, o que dificultou a realização das consultas dentro do prazo.
- **Internação dos recém-nascidos**: O período de internação comprometeu o cumprimento do prazo estabelecido para a primeira consulta.

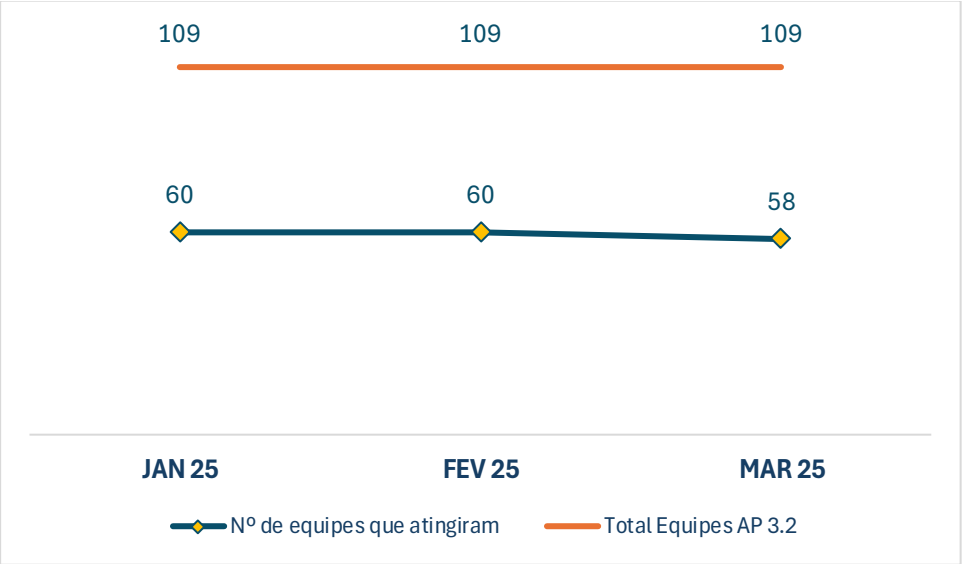
  Ações e Estratégias de Intervenção Em resposta a esses desafios, a equipe de Supervisão de Território realizou sessões de feedback com as unidades que apresentaram as maiores fragilidades. O objetivo foi implementar estratégias específicas para melhorar o desempenho e

garantir que os recém-nascidos recebam o acompanhamento necessário. Algumas medidas sugeridas incluem:

1. **Melhoria do cadastro**: Garantir que o registro das crianças no prontuário eletrônico seja completo e preciso.
2. **Fortalecimento do pré-natal**: Incentivar maior adesão das gestantes ao acompanhamento pré-natal, facilitando a transição para o atendimento em puericultura.
3. **Capacitação das novas equipes**: Treinar novas equipes sobre a importância da vigilância contínua e do cadastramento adequado no território.
4. **Recrutamento de agentes comunitários**: Preencher as vagas de agentes comunitários para reforçar a vigilância e a busca ativa.
5. **Melhoria na gestão de listas**: Fortalecer o controle de listas de nascidos vivos e do teste do pezinho, garantindo a organização das consultas.
6. **Monitoramento de recém-nascidos**: Estabelecer mecanismos de monitoramento para acompanhar a movimentação dos recém-nascidos entre familiares, evitando perda de consultas.
7. **Acompanhamento durante internações**: Criar um plano de monitoramento para recém-nascidos internados, assegurando que as consultas sejam realizadas após a alta hospitalar.

Essas ações são essenciais para garantir que os recém-nascidos e suas famílias recebam um cuidado adequado, promovendo a saúde e o bem-estar desde os primeiros dias de vida. A implementação dessas estratégias permitirá a recuperação no cumprimento das metas e a melhoria do acompanhamento puericultura nas unidades de saúde.

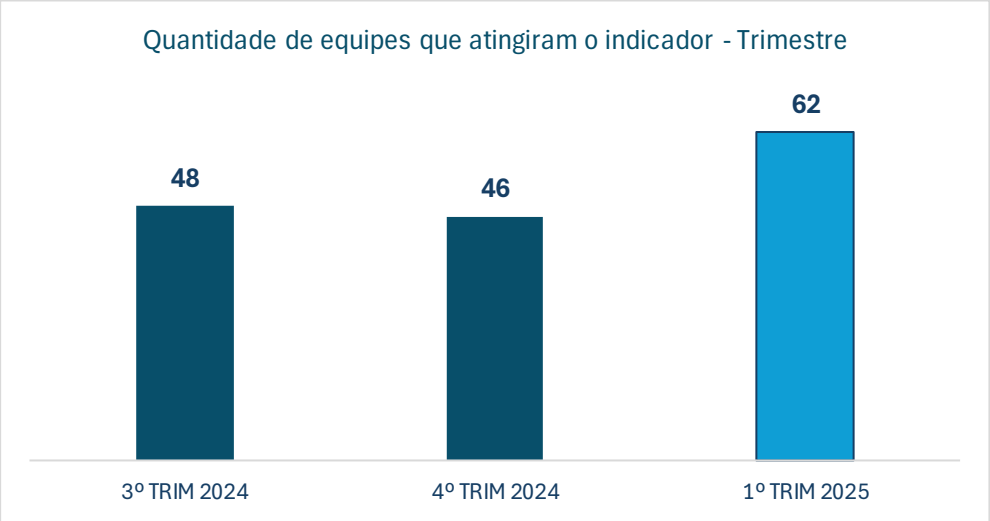
2.1.15 Indicador D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.



O gráfico acima apresenta a evolução mensal do número de equipes da Área Programática 3.2 que atingiram a meta do Indicador D8, no primeiro trimestre de 2025.

Observa-se que, em janeiro e fevereiro, 60 das 109 equipes alcançaram o indicador. No entanto, em março, houve uma queda discreta, com apenas 58 equipes atingindo a meta.

Apesar da variação ser pequena, essa tendência de queda no último mês do trimestre exige atenção, pois pode refletir desafios na continuidade e na conclusão dos tratamentos odontológicos, ou até fragilidade no registro e fechamento dos atendimentos no prontuário eletrônico. Vale destacar que o total de equipes permanece constante (109), o que reforça que a oscilação está relacionada diretamente ao desempenho das equipes.



O gráfico referente ao Indicador D8, apresenta uma tendência positiva no desempenho trimestral das equipes da AP 3.2 ao longo dos períodos avaliados.

No 3º trimestre de 2024, 48 equipes atingiram a meta do indicador. No trimestre seguinte, houve uma leve queda, com 46 equipes alcançando o resultado esperado. No entanto, no 1º trimestre de 2025, observa-se um crescimento expressivo, com 62 equipes batendo a meta – o maior número do período analisado.

Esse avanço de 16 equipes em relação ao trimestre anterior representa um aumento de aproximadamente 35%, evidenciando melhoria nos processos de acompanhamento e conclusão dos tratamentos odontológicos. Tal desempenho pode estar atrelado à implementação de estratégias de fortalecimento da resolutividade na Atenção Primária, como:

- Melhor organização dos fluxos assistenciais e agendamentos de retorno;
- Ações de capacitação voltadas para a saúde bucal;
- Reforço nas metas pactuadas e no uso do prontuário eletrônico;
- Monitoramento mais frequente dos indicadores pelas gestões locais.

Apesar do progresso, o dado também aponta que 47 equipes ainda não atingiram a meta, o que exige atenção contínua e suporte técnico para consolidar boas práticas e reduzir desigualdades de desempenho entre as unidades.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador D8 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Atingimento %
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	CAMILA BRAVO	0,58
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FAGUNDES VARELA	0,58
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FRANCISCO FRAGOSO	0,58
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	MONTEIRO DA LUZ	0,57
SMS CF AMELIA DOS SAN TOS FERREIRA AP 32	POCONE	0,54
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	ADHEMAR BEBIANO	0,5
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	CANITAR	0,45
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	HORTOLANDIA	0,41
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MALACACHETA	0,4
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MANUEL MAURICIO	0,44
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MARECHAL CASTELO BRANCO	0,56
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MOREIA	0,41
SMS CF CARIOCA AP 32	ITAPOA	0,53

SMS CF CARIOCA AP 32	MOGI MIRIM	0,54
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	BELA VISTA	0,45
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CERQUEIRA LIMA	0,48
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	CONSELHEIRO JOBIM	0,56
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	MANOEL MIRANDA	0,45
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	AGUIA DE OURO	0,43
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ALVARO DE MIRANDA	0,28
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ENGENHO	0,47
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	MAJOR ADERBAL COSTA	0,47
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	MARIO BAHIA	0,25
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	COIMBRA DA LUZ	0,49
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	MACEDO BRAGA	0,53
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	BAMBORE	0,59
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	EMBOABA	0,46
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	JOAO RIBEIRO	0,36
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	LORENA	0,34
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	TEOPHILO DIAS	0,47
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BICUIBA	0,51
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	DONA ROMANA	0,53
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	ENCONTRO	0,42
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	LOPES DA CRUZ	0,57
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	FERNAO CARDIM	0,46
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	HENRIQUE SCHEID	0,42
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	PIAUI	0,47
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	ADOLFO BERGAMINI	0,17
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	BORJA REIS	0,12
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	CAMARISTA	0,14
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	SANTOS TITARA	0,16
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	AMARO HAMATI	0,48
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	LAGO VERDE	0,54
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	PERIANTA	0,56
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	SANTA LUZIA	0,56
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TIMBO	0,58
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TURIMA	0,51
SMS CMS TIA ALICE AP 32	SAO FRANCISCO XAVIER	0,48

Equipes que não pontuaram no indicador D8.

A análise do Indicador D8, revela um cenário de baixa resolutividade nos atendimentos odontológicos em diversas equipes da AP 3.2. A meta esperada para esse indicador é uma razão igual ou superior a 1,0, ou seja, para cada primeira consulta, um tratamento deveria ser concluído. No entanto, as unidades listadas apresentam resultados significativamente abaixo dessa meta.

Chama atenção o número elevado de equipes com razões abaixo de 0,60, indicando que menos da metade dos tratamentos iniciados estão sendo finalizados. Em algumas unidades, o que sugere falha de registro, ausência de cirurgiões-dentistas ou descontinuidade total dos planos de tratamento.

Unidades como CF Bibi Vogel, CF Emygdio Alves Costa Filho e CMS Milton Fontes Magarão também aparecem com praticamente todas as equipes abaixo da metade da meta, evidenciando problemas estruturais, sobrecarga de demanda espontânea, ou dificuldade na organização do processo de cuidado odontológico.

Outro ponto crítico é que em muitas dessas unidades os atendimentos estão sendo registrados, mas não se observa o fechamento de ciclo com tratamento finalizado, o que compromete a integralidade do cuidado e pode indicar baixa adesão dos usuários, falhas na agenda, ou baixa valorização do registro correto no prontuário eletrônico.

Diante desse panorama, é essencial implementar ações corretivas, como:

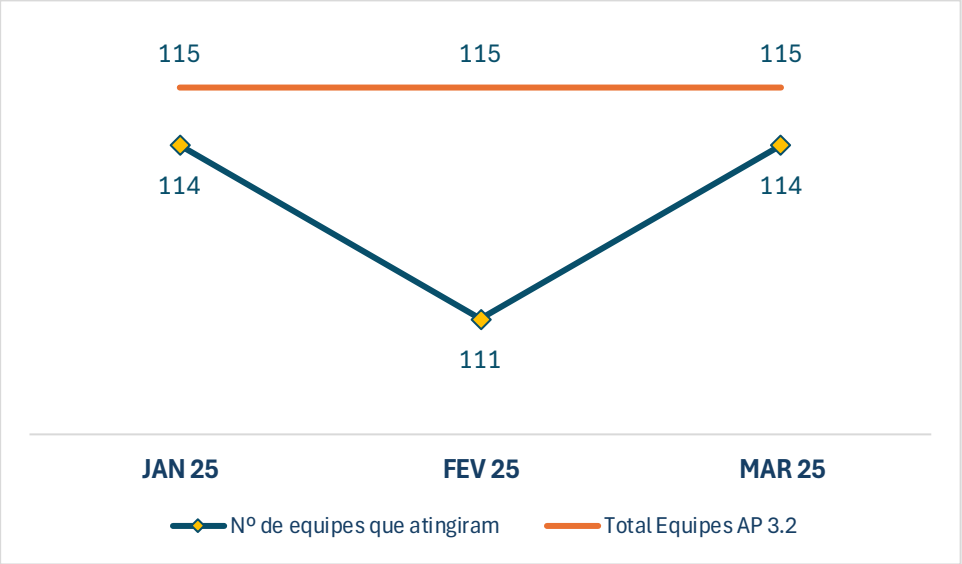
- Reorganização da agenda odontológica para contemplar o fechamento dos tratamentos;
- Monitoramento ativo da produtividade e resolutividade das equipes;
- Capacitação dos profissionais para melhorar o registro no prontuário;
- Apoio da gestão para identificar gargalos na infraestrutura ou absenteísmo.

A resolutividade na saúde bucal é um reflexo direto da capacidade da equipe em acompanhar longitudinalmente os usuários, e esse indicador deve ser acompanhado de perto pela supervisão e coordenação local.

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

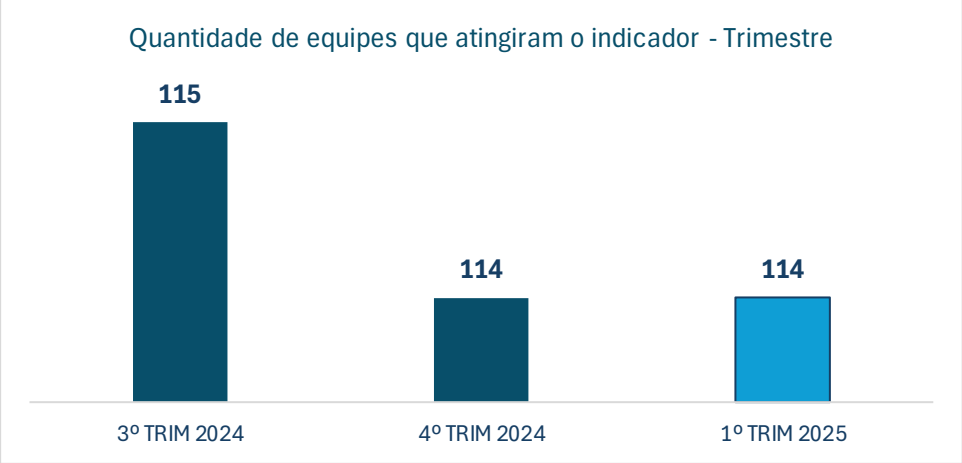
Conforme Ofício Ideias 540/2024 enviado à Coordenação da Área de Planejamento 3.2, sugerimos, diante da excepcionalidade decorrente da suspensão da contratação de serviços e aquisições essenciais ao atingimento das metas estabelecidas no contrato de gestão, que sejam excepcionados, também, os critérios fixados para o cálculo do atingimento S1 da variável 2.

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



O gráfico apresentado do Indicador, demonstra um desempenho consistentemente elevado das equipes da AP 3.2 ao longo do trimestre. Nos meses de janeiro e março de 2025, 114 das 115 equipes atingiram a meta estipulada, o que corresponde a 99,1% de aderência ao indicador. Em fevereiro de 2025, houve uma leve queda, com 111 equipes pontuando, representando ainda um percentual expressivo (96,5%).

Essa oscilação mínima no mês intermediário pode refletir eventuais ajustes no abastecimento, nas solicitações de exames ou nas rotinas de prescrição, mas não compromete a robustez dos resultados gerais. A recuperação imediata no mês seguinte sugere capacidade de resposta rápida e resolutividade das unidades frente a pequenos desvios.



O gráfico referente ao Indicador E1 no recorte trimestral demonstra um excelente desempenho da AP 3.2, com manutenção quase plena da meta ao longo do tempo. No 3º trimestre de 2024, todas as 115 equipes atingiram o indicador, refletindo aderência integral. Já nos trimestres seguintes — 4º de 2024 e 1º de 2025 — observa-se uma discreta queda, com 114 equipes pontuando, o que ainda representa 99,1% de cumprimento.

Esse comportamento indica altíssimo grau de maturidade na gestão de recursos terapêuticos e diagnósticos, e estabilidade nos processos internos das unidades. A única equipe que não pontuou deve ser acompanhada de forma pontual, sem que isso comprometa o panorama geral, que permanece altamente positivo.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador E1 da variável 2, no trimestre:

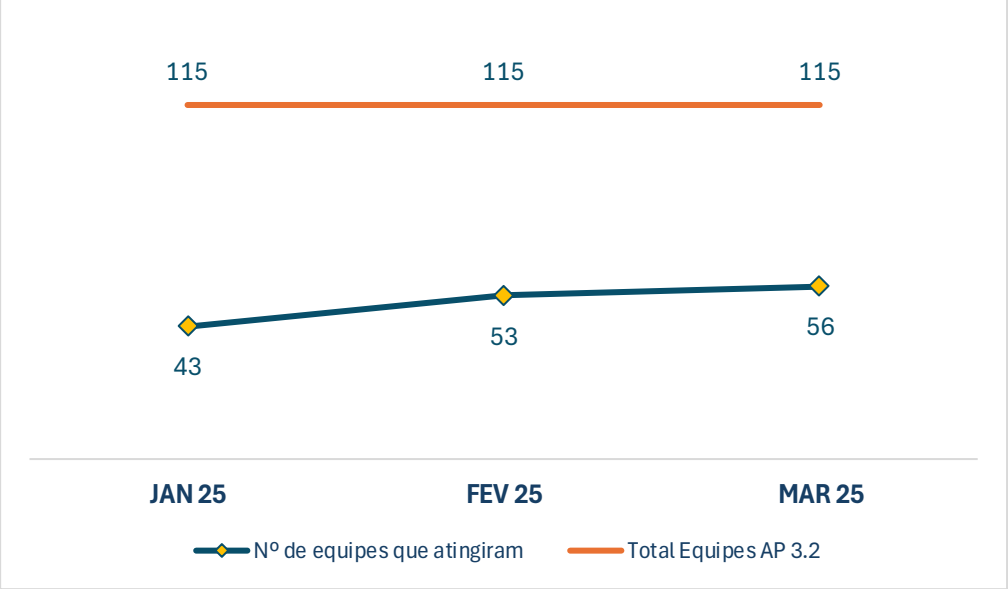
UNIDADE	EQUIPE	Atingimento %
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	PIAUI	44,24

Equipes que não pontuaram no indicar E1.

Com base na análise do Indicador, observa-se um resultado amplamente positivo para a Área Programática 3.2. Das 115 equipes avaliadas, apenas a equipe PIAUÍ da unidade CMS Eduardo A Vilhena não alcançou a meta estipulada, com um percentual de 44,24%. Esse dado evidencia um forte desempenho geral das equipes, indicando uma gestão eficiente dos recursos voltados para diagnóstico, terapias e medicamentos essenciais previstos na REMUME.

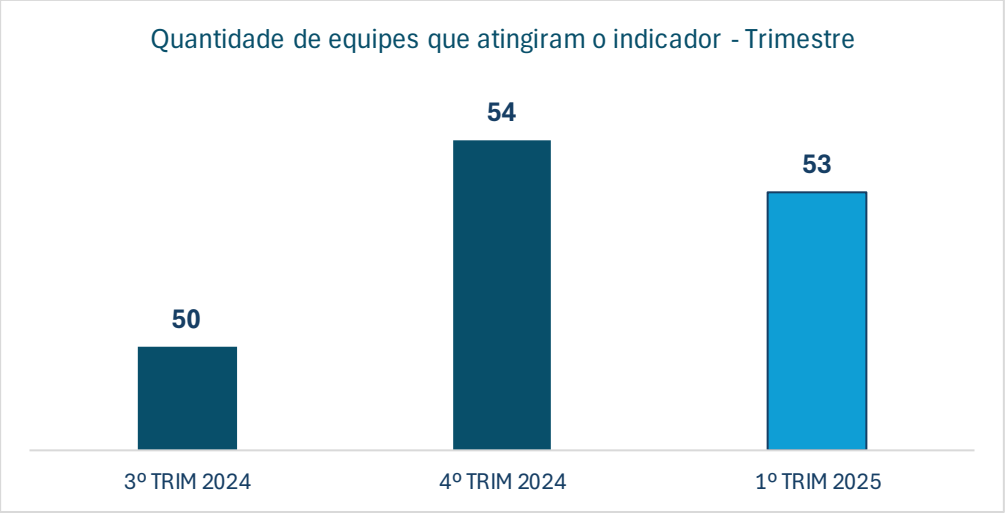
A não adesão da equipe PIAUÍ ao indicador pode sinalizar a necessidade de ajustes nos registros de prescrição, solicitação de exames e uso adequado da rede de apoio diagnóstico, assim como alinhamento com os protocolos clínicos e operacionais que regem a aplicação racional desses serviços.

2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.



O gráfico do Indicador E2, apresenta uma trajetória ascendente ao longo do trimestre, embora os valores ainda permaneçam abaixo do ideal, considerando o total de 115 equipes da AP 3.2.

Em janeiro de 2025, apenas 43 equipes atingiram o indicador. Esse número aumentou para 53 em fevereiro e 56 em março, o que representa uma melhoria progressiva, mas ainda com menos da metade das equipes performando abaixo da meta esperada durante a maior parte do trimestre.



O gráfico referente ao Indicador, no trimestre revela uma estabilidade no desempenho das equipes da AP 3.2. Apesar de uma leve oscilação entre os trimestres, observa-se que o número de equipes que atingiram o indicador permaneceu praticamente constante, com 50 equipes no 3º trimestre de 2024, um leve crescimento para 54 no 4º trimestre, e 53 no 1º trimestre de 2025. Isso demonstra que

aproximadamente metade das equipes mantém-se consistente no cumprimento da meta, porém ainda há margem importante de avanço para ampliar esse percentual.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador E2 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Aingimento %
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	CAMILA BRAVO	12,77
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FAGUNDES VARELA	13,67
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FAZENDINHA	13,6
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FRANCISCO FRAGOSO	14,47
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	MONTEIRO DA LUZ	12,28
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	PAU FERRO	13,59
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	POCONE	18,14
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	SILVA BRAGA	13,65
SMS CF ANNA NERY AP 32	ALMIRANTE ARY PARREIRAS	11,17
SMS CF ANNA NERY AP 32	DR GARNIER	13,02
SMS CF ANNA NERY AP 32	JOSE FELIX	13,79
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	CONCORDIA	12,21
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	MIGUEL ANGELO	11,05
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	FELIX FERREIRA	11,71
SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	VOLTA GRANDE	14,01
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	ADHEMAR BEBIANO	12,85
SMS CF BIBI VOGEL AP 32	MANUEL MAURICIO	16,82
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	ALZIRA VALDETARO	11,54
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	BELA VISTA	10,65
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	MANOEL MIRANDA	12,21
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ALVARO DE MIRANDA	13,2
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	ENGENHO	10,77
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	MAJOR ADERBAL COSTA	12,89
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	HERMINIA	15,73
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	JARDIM DO MEIER	11,69
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	MARILIA DIRCEU	14,78
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	PRACA AVAI	11,52
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	VISCONDE DE TOCANTINS	15,3
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	SILVA VALE	10,08
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	CEU AZUL	12,09
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	ENGENHO NOVO	12,63
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	POLONIA	10,19
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	VEIGA BASTOS	12,25
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	ABOLICAO	15,23
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	FERNANDO SIMONI	14,84
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	MACEDO BRAGA	10,54
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	ARTUR VARGAS	11,33
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	PARANAPIACABA	11,95

SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	PAULO PIRES	11,29
SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO AP 32	SOLIMOES	11,5
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	CHAVES PINHEIRO	10,6
SMS CMS ANTENOR NASCENTES AP 32	PROF ANTENOR NASCENTE	11,91
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	JOAO RIBEIRO	10,54
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	LORENA	10,3
SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	TEOPHILO DIAS	10,33
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	BARAO DO BOM RETIRO	13,73
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	HERMENGARDA	15,13
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	LOPES DA CRUZ	15,58
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	VENCESLAU	15,24
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	FERNAO CARDIM	10,03
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	HENRIQUE SCHEID	15,86
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	PIAUI	16,02
SMS CMS ELIZA ABRANTES AP 32	LINS IMPERIAL	11,35
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	ADOLFO BERGAMINI	11,93
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	BORJA REIS	11,18
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	SANTOS TITARA	13,64
SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	ALVARES DE AZEVEDO	10,5
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	AMARO HAMATI	12,88
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	PERIANTA	14,63
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	SANTA LUZIA	13,52
SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	TIMBO	13,6
SMS CMS TIA ALICE AP 32	24 DE MAIO	10,45

Equipes que não pontuaram no indicar E2.

O Indicador E2 da variável 2, identificou um grupo expressivo de equipes que não alcançaram a meta estabelecida. Ao todo, 62 equipes da AP 3.2 apresentaram percentuais abaixo do esperado. As equipes diagnosticaram várias fragilidades. Uma das mais significativas refere-se ao perfil da população em suas áreas de atuação, que, devido ao seu elevado poder aquisitivo, tende a optar por medicamentos fora da lista da REMUME. Ademais, a rotatividade de médicos em algumas unidades gera a presença de profissionais que não estão familiarizados com o prontuário eletrônico, resultando na prescrição de medicamentos que não se encontram dentro do escopo da REMUME.

Entre as unidades com maior número de equipes fora da meta, destaca-se o CF Amélia dos Santos Ferreira, cujas equipes Camila Bravo, Fagundes Varela, Fazendinha, Francisco Fragoso, Monteiro da Luz, Pau Ferro, Pocone e Silva Braga registraram desempenho entre 12,28% e 18,14%. Também se observa um cenário semelhante no CF Anna Nery, com três equipes abaixo da meta: Almirante Ary Parreiras, Dr. Garnier e José Felix, com índices entre 11,17% e 13,79%.

Outras unidades com várias equipes com baixo desempenho incluem o CF Anthidio Dias da Silveira (Concordia e Miguel Angelo), CF Bibi Vogel (Adhemar Bebiano e Manuel Mauricio), CF Edney Canazaro de Oliveira (Alzira Valdetaro, Bela Vista e Manoel Miranda), CF Emigdyo Alves Costa Filho (Alvaro de Miranda, Engenho e Major Aderbal Costa), CF Erivaldo Fernandes Nobrega (Herminia, Jardim do Méier, Marília Dirceu, Praça Avaí e Visconde de Tocantins) e CF Luiz Célio Pereira (Abolição, Fernando Simoni e Macedo Braga).

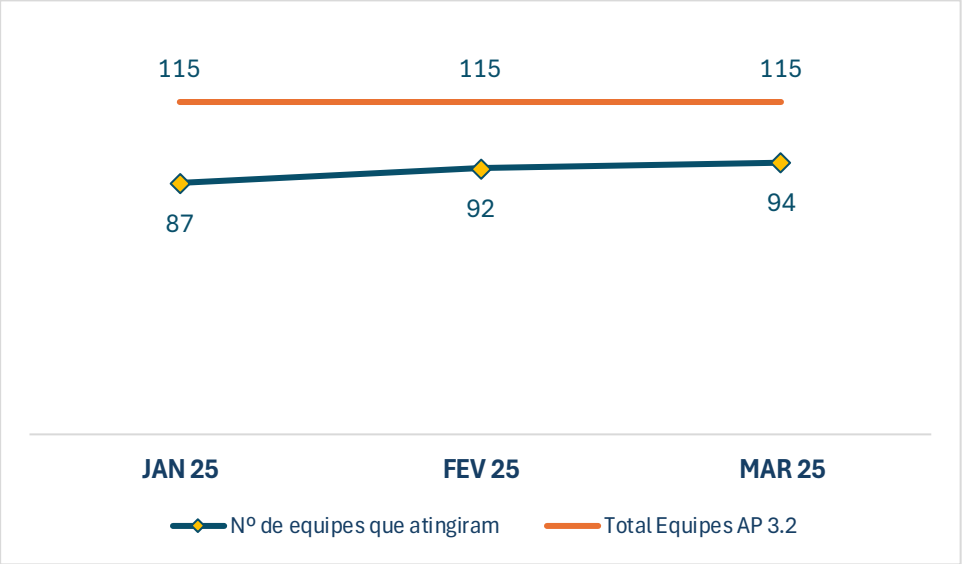
As equipes de outras unidades como CF Olga Pereira Pacheco, CF Izabel dos Santos, CF Sérgio Nicolau Amin, CMS Eduardo A. Vilhena, CMS Ariadne Lopes, CMS Carlos Gentille, CMS Eliza Abrantes, CMS Renato Rocco, CMS Rodolpho Rocco, entre outras, também apresentaram resultados abaixo da meta de dispensação.

Esse cenário demonstra a necessidade de reforço no monitoramento dos processos de prescrição e dispensação, além da articulação entre profissionais prescritores e farmacêuticos, visando maior efetividade no acesso aos medicamentos da REMUME e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. É importante que as gestões locais realizem análises detalhadas das causas desse desempenho para reverter o quadro nos próximos trimestres.

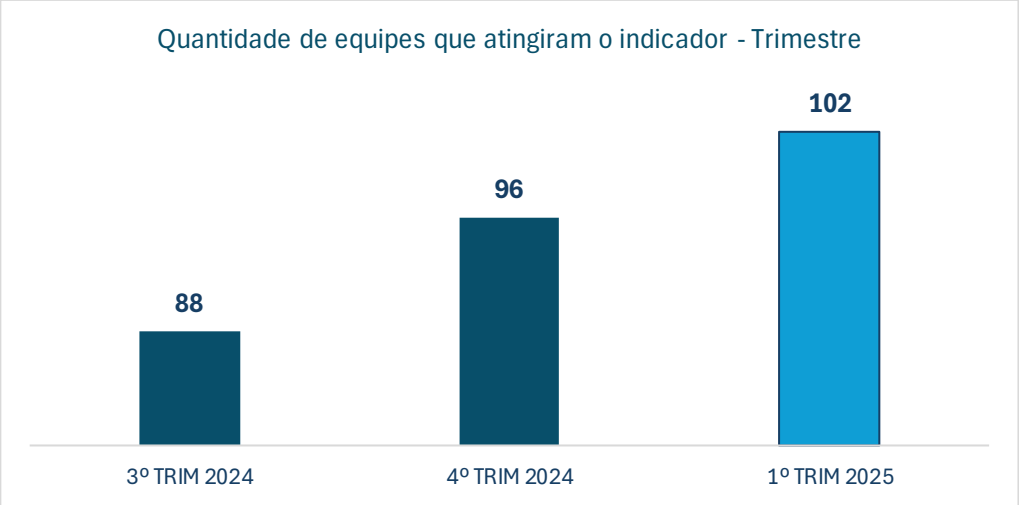
Para endereçar essas questões, serão implementadas as seguintes ações estratégicas:

1. **Capacitação em Sistemas de Prescrição**: Promover treinamentos regulares para os médicos, enfatizando a correta utilização do prontuário eletrônico e a prescrição conforme as diretrizes da REMUME.
2. **Iniciativas de Conscientização**: Realizar programas de sensibilização junto às equipes médicas, ressaltando a importância da adesão aos medicamentos da REMUME e os impactos positivos na saúde coletiva.
3. **Avaliação e Assistência Técnica**: Criar um sistema de acompanhamento contínuo, fornecendo suporte técnico às unidades para a resolução de dúvidas e problemas relacionados ao sistema de prescrição eletrônica.
4. **Desenvolvimento de Estratégias Específicas**: A equipe de supervisão realizará visitas às unidades com menor desempenho, a fim de elaborar um plano de intervenção específico, em parceria com a equipe médica e a administração local. Este plano conterá objetivos mensuráveis e táticas direcionadas à otimização dos resultados.

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



O gráfico do Indicador E3, revela uma trajetória de melhora progressiva ao longo do primeiro trimestre de 2025. Em janeiro, 87 das 115 equipes da AP 3.2 atingiram a meta estabelecida; esse número aumentou para 92 em fevereiro e alcançou 94 em março.



O gráfico do Indicador E3, demonstra uma trajetória de avanço constante e significativa no desempenho das equipes da AP 3.2 ao longo dos últimos três trimestres:

- 3º trimestre de 2024: 88 equipes alcançaram o indicador;
- 4º trimestre de 2024: aumento para 96 equipes;
- 1º trimestre de 2025: atingiu-se o melhor desempenho com 102 equipes.

Essa evolução demonstra um aperfeiçoamento na capacidade das equipes em manejar casos dentro da própria Atenção Primária, refletindo possivelmente:

- Maior aderência a protocolos clínicos e linhas de cuidado;
- Fortalecimento da resolutividade das equipes frente às demandas dos usuários;
- Redução de encaminhamentos desnecessários para níveis secundário e terciário, melhorando o fluxo assistencial e evitando sobrecarga em outros pontos da rede.

Apesar do desempenho positivo, ainda restam 13 equipes sem atingir a meta, o que reforça a importância de manter ações de apoio matricial, educação permanente e análise crítica dos encaminhamentos realizados.

Abaixo, segue o quadro com as equipes que não pontuaram o indicador E3 da variável 2, no trimestre:

UNIDADE	EQUIPE	Aingimento %
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	FAGUNDES VARELA	21,23
SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	PAU FERRO	25,19
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	CONCORDIA	24,93
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	DARCI VARGAS	21,9
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	FAZENDINHA	25,75
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	VIUVA CLAUDIO	23,39
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	XV DE AGOSTO	22,62
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	HERMINIA	20,79
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	PRACA AVAI	25,54
SMS CMS CESAR PERNETTA AP 32	HERMENGARDA	20,92
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	PIAUI	28,51
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	ADOLFO BERGAMINI	23,29
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	SANTOS TITARA	26,7

Equipes que não pontuaram no indicador E3.

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

O presente indicador tem como fonte de dados o sistema SISREG, com informações extraídas pela CAP 3.2. No entanto, persistem limitações técnicas que têm impactado a apuração dos resultados. Até o momento, os dados referentes ao mês de março de 2025 ainda não foram disponibilizados pelo nível central, conforme informado pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) da CAP 3.2.

Segue abaixo o link de acesso à planilha com as informações disponíveis até o momento.

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1EywBEBoYjt5TL6uPnbGeFCD7PnyYU1STHFN8Eju4VU8/edit?usp=sharing

2. PARTE 3

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

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.

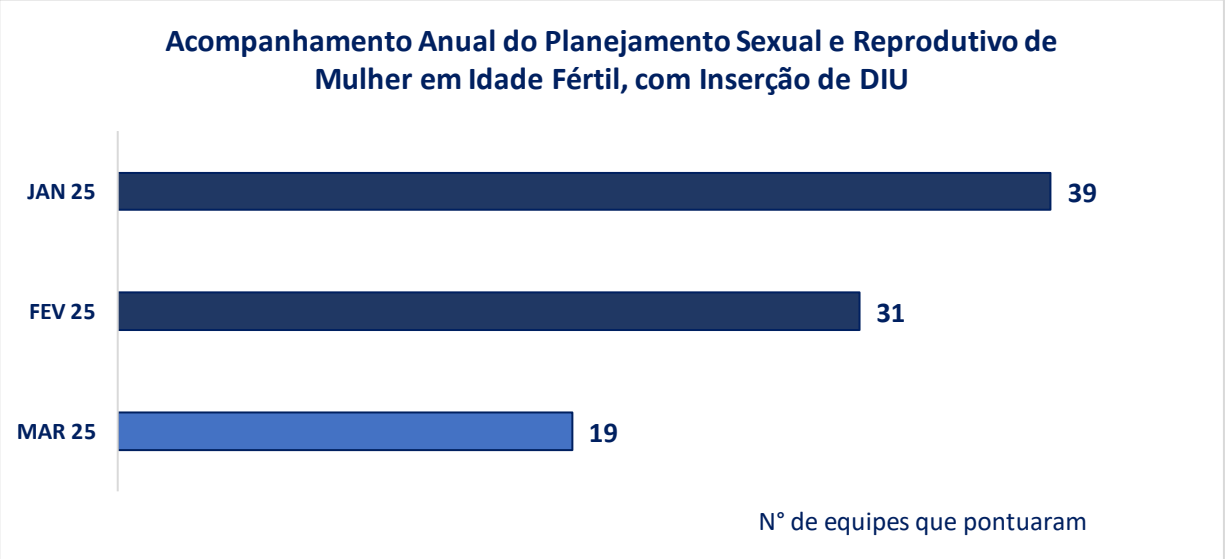
A remuneração por desempenho será calculada pela quantidade de LC alcançadas pela equipe. Incide apenas para os profissionais das equipes mínimas da farmácia (farmacêutico e técnico de farmácia), gerente técnico, Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de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

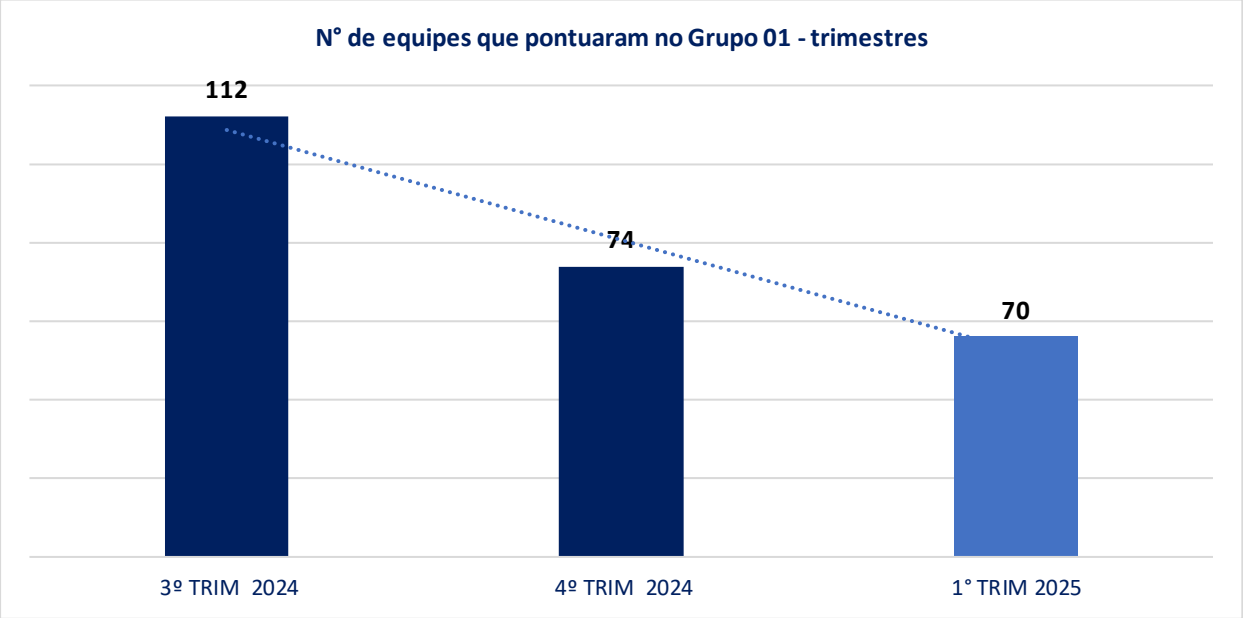
GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	LC
01	Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU	09
02	Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino	07
03	Acompanhamento de uma gravidez	11
04	Acompanhamento anual de uma criança, no primeiro ano de vida	07
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 através de gráficos, o número de equipes que pontuaram em cada grupo de ação no **1° trimestre de 2025**.

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



O gráfico evidencia uma **queda progressiva** no número de equipes que pontuaram no indicador ao longo do primeiro trimestre de 2025. Em **janeiro**, 39 equipes alcançaram o indicador; em **fevereiro**, esse número caiu para 31; e em **março**, apenas 19 equipes pontuaram.

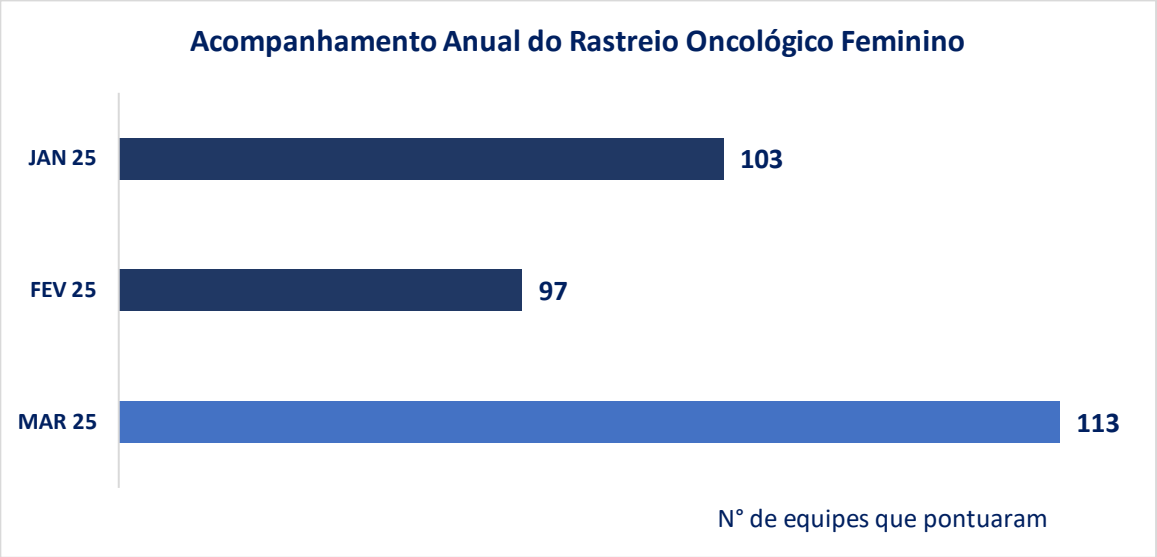


Os gráficos apresentados oferecem uma visão clara do desempenho das equipes de saúde no acompanhamento das ações voltadas à saúde da mulher, com destaque para os resultados do primeiro trimestre de 2025. Nesse período, os valores mensais da variável analisada foram: 39 em janeiro, 31 em fevereiro e 19 em março, totalizando 89 pontos.

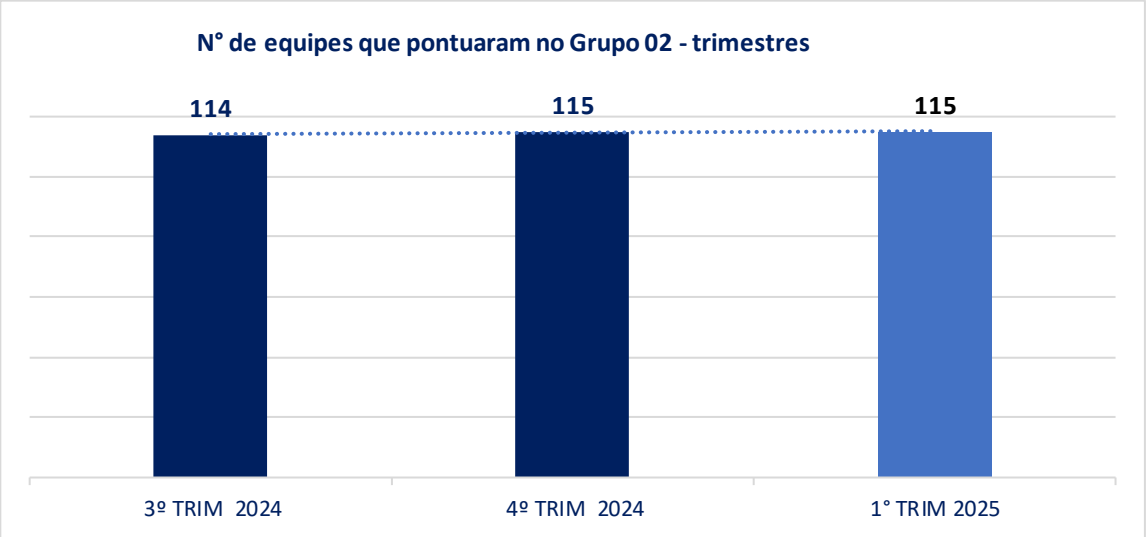
Ao comparar com os trimestres anteriores 112 no 3º trimestre de 2024, 74 no 4º trimestre de 2024 e 70 no 1º trimestre de 2025 observa-se uma oscilação nos resultados. Apesar das variações, os dados revelam um esforço contínuo das equipes em manter a qualidade das ações desenvolvidas, especialmente na promoção da saúde e na prevenção de agravos.

A trajetória ao longo dos períodos analisados evidencia o comprometimento das equipes em qualificar o cuidado ofertado às mulheres, reforçando a importância de estratégias que priorizem o rastreamento e o diagnóstico precoce de doenças, como o câncer. Ressalta-se, ainda, a relevância da avaliação sistemática dessas ações, com vistas à melhoria contínua dos indicadores e à garantia de uma assistência integral, resolutiva e humanizada à população feminina.

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



O desempenho das equipes no primeiro trimestre de 2025 foi positivo, com variação mensal discreta e melhora significativa em março. Em janeiro, 103 equipes pontuaram; em fevereiro, houve uma leve queda para 97 equipes. Já em março, observou-se uma alta expressiva, com 113 equipes atingindo o indicador — o melhor resultado do trimestre.



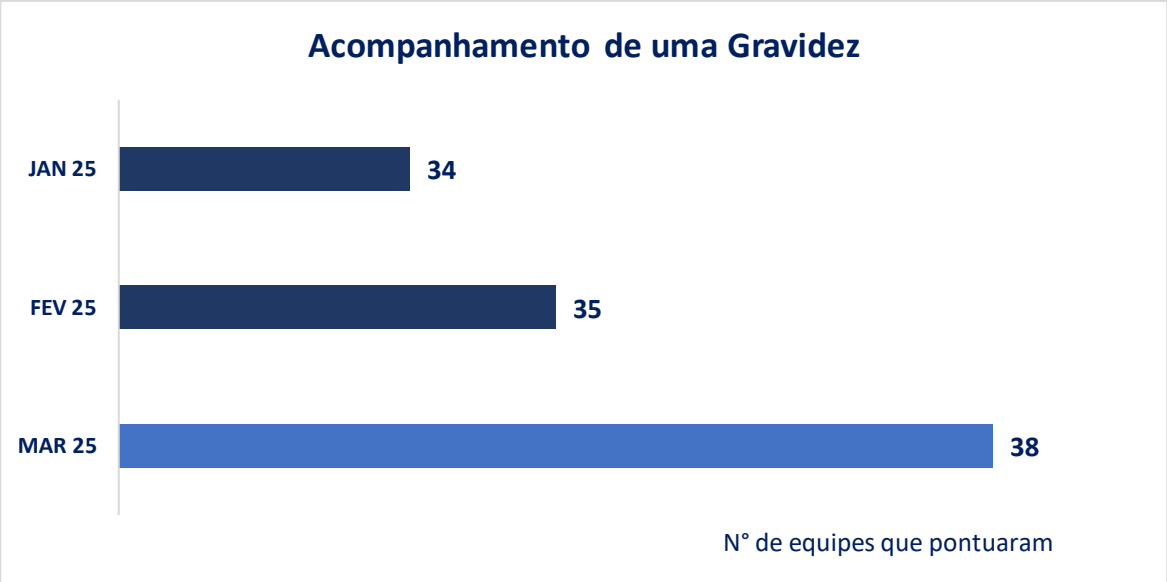
Os gráficos apresentados possibilitam uma análise qualificada do desempenho das equipes da CAP 3.2 nos trimestres mais recentes. No primeiro trimestre de 2025, os resultados mensais foram: 103 pontos em janeiro, 97 em fevereiro e 113 em março, totalizando 104 pontos no período.

Em comparação com os trimestres anteriores 114 pontos no 3º trimestre de 2024 e 115 pontos no 4º trimestre de 2024 e 115no primeiro trimestre de 2025, observa-se uma manutenção do bom desempenho, com resultados consistentes ao longo do tempo. Essa estabilidade reflete o comprometimento das equipes em intensificar as ações de rastreamento e fortalecer o cuidado integral à saúde da mulher.

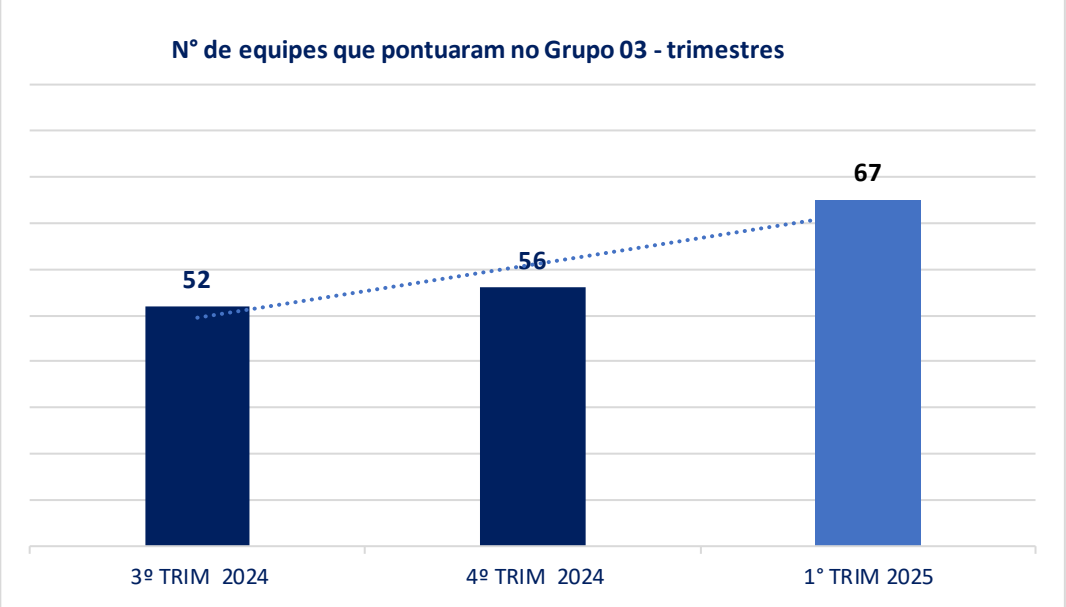
A trajetória observada evidencia avanços importantes na ampliação do acesso e na qualificação da oferta de exames preventivos, como o Papanicolau e a mamografia, essenciais para a detecção precoce dos cânceres de colo do útero e de mama. Tais resultados destacam a efetividade de estratégias como a busca ativa, o acolhimento qualificado e o seguimento adequado das usuárias, garantindo que o rastreamento ocorra de forma oportuna e resolutiva.

Para que esse desempenho se sustente e evolua, é fundamental a análise crítica dos processos de trabalho, bem como a consolidação de boas práticas no território. O fortalecimento contínuo dessas ações contribui diretamente para a promoção da saúde, a redução das desigualdades e a garantia de uma assistência humanizada, resolutiva e centrada nas necessidades da população feminina.

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



O gráfico mostra uma tendência de crescimento no número de equipes que pontuaram no indicador ao longo do primeiro trimestre de 2025. Em janeiro, 34 equipes alcançaram o indicador; em fevereiro, foram 35; e em março, o número subiu para 38 equipes.

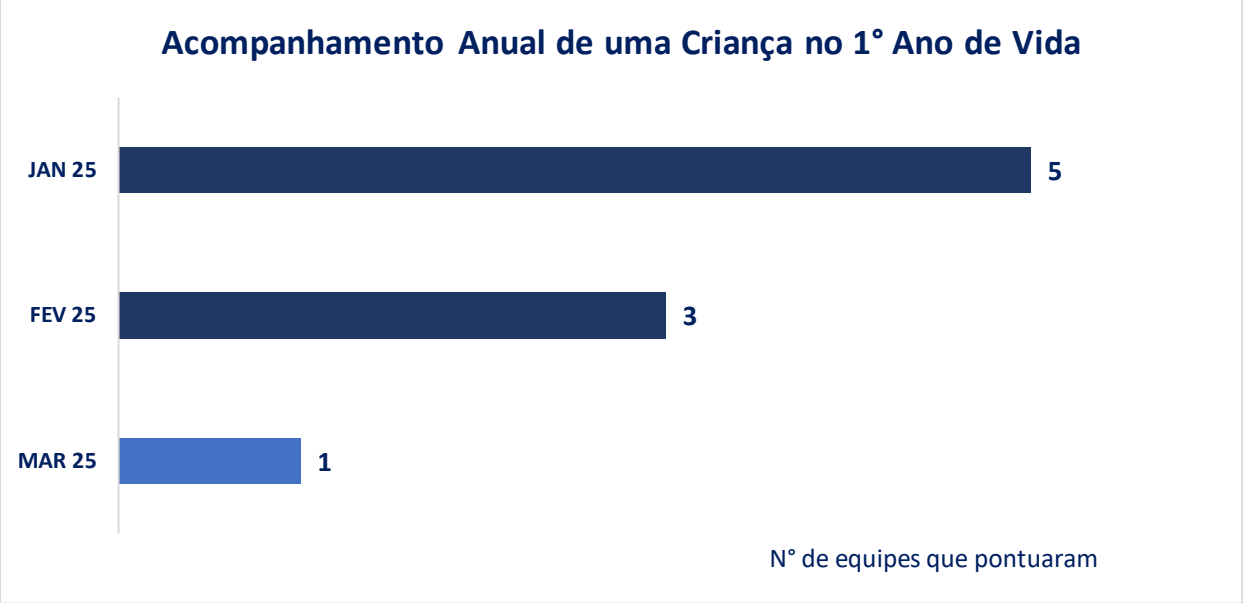


Em comparação com os trimestres anteriores, observa-se uma evolução significativa no desempenho das equipes da CAP 3.2: foram 52 pontos no 3º trimestre de 2024, 56 no 4º trimestre de 2024 e 67 no 1º trimestre de 2025. Esses dados refletem um avanço expressivo na efetividade do acompanhamento das gestantes e na organização dos processos de cuidado.

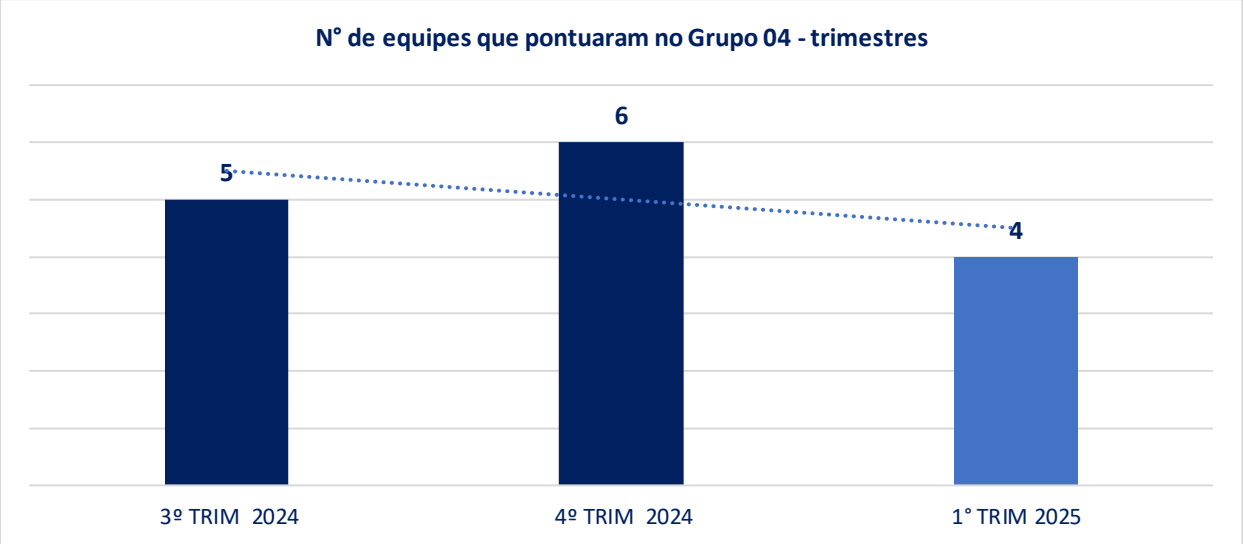
A trajetória observada demonstra o compromisso crescente das equipes com uma atenção pré-natal qualificado, reforçando a importância das estratégias voltadas à prevenção de agravos e ao monitoramento contínuo da gestação. Esse resultado contribui diretamente para a redução de riscos maternos e perinatais, consolidando a atenção integral à saúde da mulher.

Para garantir a continuidade desses avanços, a equipe de Qualidade mantém o monitoramento sistemático dos indicadores com a intenção de qualificar continuamente as práticas de cuidado, superando desafios e promovendo uma assistência segura, resolutiva e humanizada às gestantes no território. Entendemos que investir no fortalecimento das ações de saúde materno-infantil depende da atuação colaborativa entre as equipes e da adoção de estratégias centradas nas necessidades das mulheres.

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



O desempenho das equipes no primeiro trimestre de 2025 foi progressivamente decrescente. Em janeiro, 5 equipes pontuaram no indicador; em fevereiro, apenas 3; e em março, houve uma queda significativa, com apenas 1 equipe atingindo o indicador.



O acompanhamento regular de crianças no primeiro ano de vida é uma ação estratégica da Atenção Primária à Saúde, essencial para a detecção precoce de agravos, o monitoramento do desenvolvimento infantil e a orientação adequada às famílias. Essa prática fortalece o vínculo entre a equipe de saúde e os cuidadores, além de contribuir para a prevenção de doenças e a promoção da saúde desde os primeiros meses de vida.

Os gráficos acima demonstram o número de equipes que atingiram a meta de acompanhamento de crianças no primeiro ano de vida, nos últimos trimestres, considerando o total de 115 Equipes de Saúde da Família da Área Programática 3.2:

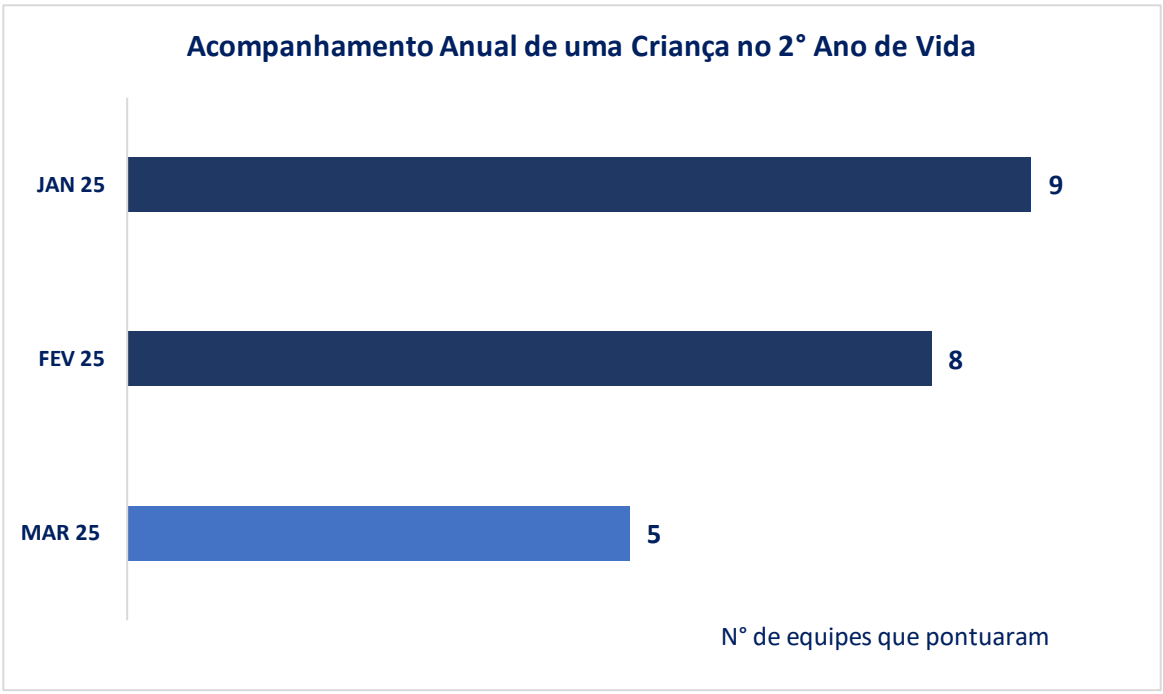
- **3º Trimestre de 2024**: 5 equipes pontuaram
- **4º Trimestre de 2024**: 6 equipes pontuaram
- **1º Trimestre de 2025**: 4 equipes pontuaram

Os dados apontam um desempenho ainda aquém do esperado, o que reforça a necessidade de intensificação das ações voltadas a esse público. É fundamental que as equipes reconheçam a importância desse indicador e se mobilizem para ampliar o acesso e garantir um acompanhamento qualificado das crianças.

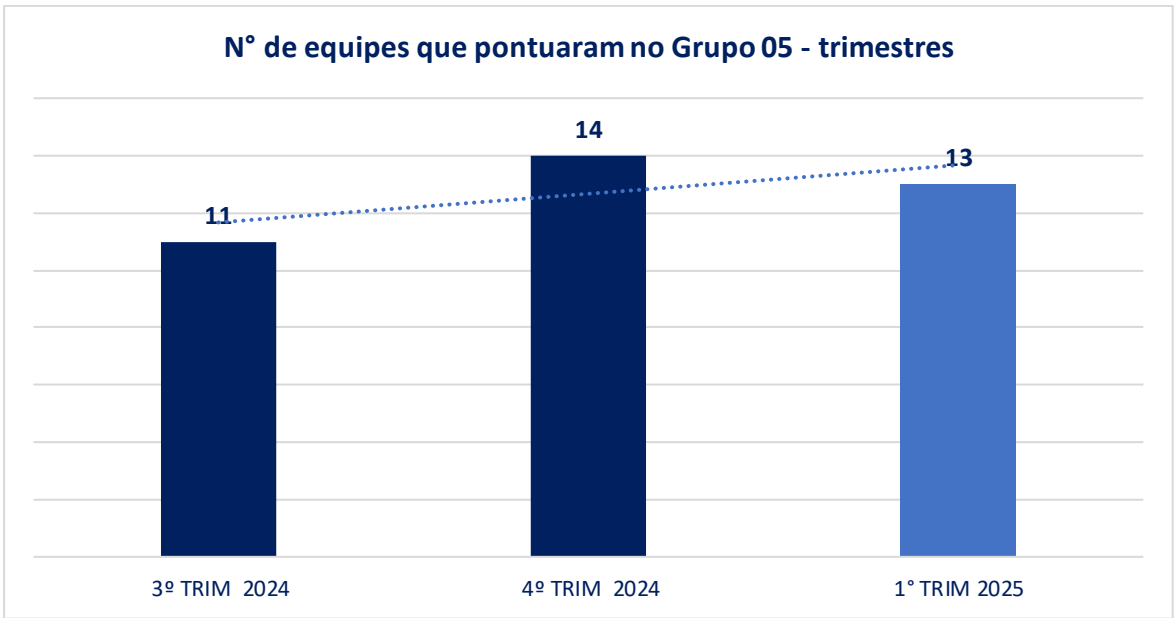
Com base nesse cenário, propõem-se as seguintes estratégias:

1. **Capacitação das Equipes**
   Realizar treinamentos periódicos sobre a relevância do acompanhamento infantil, protocolos de puericultura e estratégias de abordagem e engajamento das famílias.
2. **Estabelecimento de Protocolos de Acompanhamento**
   Desenvolver e disseminar protocolos padronizados que orientem as equipes quanto à periodicidade das consultas, critérios de avaliação e registro correto das informações nos sistemas oficiais.
3. **Engajamento da Comunidade**
   Promover ações de mobilização e conscientização junto aos pais e responsáveis, reforçando a importância do comparecimento às consultas no primeiro ano de vida, com foco especial nas estratégias de busca ativa.
4. **Monitoramento Contínuo**
   Implantar mecanismos de acompanhamento sistemático dos dados por equipe, permitindo a identificação precoce de fragilidades e o direcionamento de suporte técnico às unidades com menor desempenho.
5. **Compartilhamento de Boas Práticas**
   Estimular o intercâmbio de experiências bem-sucedidas entre as equipes, por meio de espaços de Educação Permanente, com o objetivo de multiplicar práticas eficazes e adaptáveis à realidade do território.

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



Os dados do primeiro trimestre de 2025 mostram uma queda contínua no número de equipes que pontuaram no indicador. Em janeiro, 9 equipes atingiram o indicador; em fevereiro, 8; e em março, apenas 5 equipes pontuaram.



O gráfico apresenta a evolução do indicador de acompanhamento de crianças no segundo ano de vida, podemos observar que no primeiro trimestre de 2025, tivemos um aumento de equipes que pontuaram esse indicador em relação aos últimos trimestres.

O gráfico acima, apresenta a evolução do Indicador G5, que monitora o acompanhamento de crianças no segundo ano de vida pelas equipes de Saúde da Família.

No primeiro trimestre de 2025, os dados mensais indicaram que em janeiro 9 equipes pontuaram, fevereiro 8 equipes pontuaram e março 5 equipes pontuaram.

Já na análise por trimestre, observa-se uma tendência de crescimento no número de equipes que atingiram a meta: 3º Trimestre de 2024, 11 equipes, 4º Trimestre de 2024, 14 equipes e 1º Trimestre de 2025, 13 equipes

Esse avanço sinaliza um movimento positivo por parte das equipes, refletindo maior atenção ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças entre 12 e 24 meses. No entanto, o número ainda representa uma parcela reduzida do total de equipes da área programática, evidenciando a necessidade de estratégias mais estruturadas e abrangentes para garantir que todas as crianças sejam acompanhadas de forma adequada.

A consolidação da linha de cuidado do desenvolvimento infantil é essencial para promover a saúde integral da criança e prevenir agravos evitáveis. Para ampliar o alcance e qualificar ainda mais esse acompanhamento, propõem-se as seguintes ações:

1. **Capacitação Contínua**
   Realizar treinamentos periódicos com foco nas diretrizes de puericultura no segundo ano de vida, sinais de alerta para o desenvolvimento infantil e fluxos de registro das informações no prontuário eletrônico.

2. **Integração de Serviços**
   Estimular parcerias entre saúde, educação infantil e assistência social, favorecendo a troca de informações e a construção de redes de apoio ao desenvolvimento das crianças.

3. **Sensibilização da Comunidade**
   Desenvolver campanhas educativas nas unidades e no território para conscientizar pais e responsáveis sobre a importância da continuidade do acompanhamento após o primeiro ano de vida.

4. **Ajuste na Distribuição das Equipes**

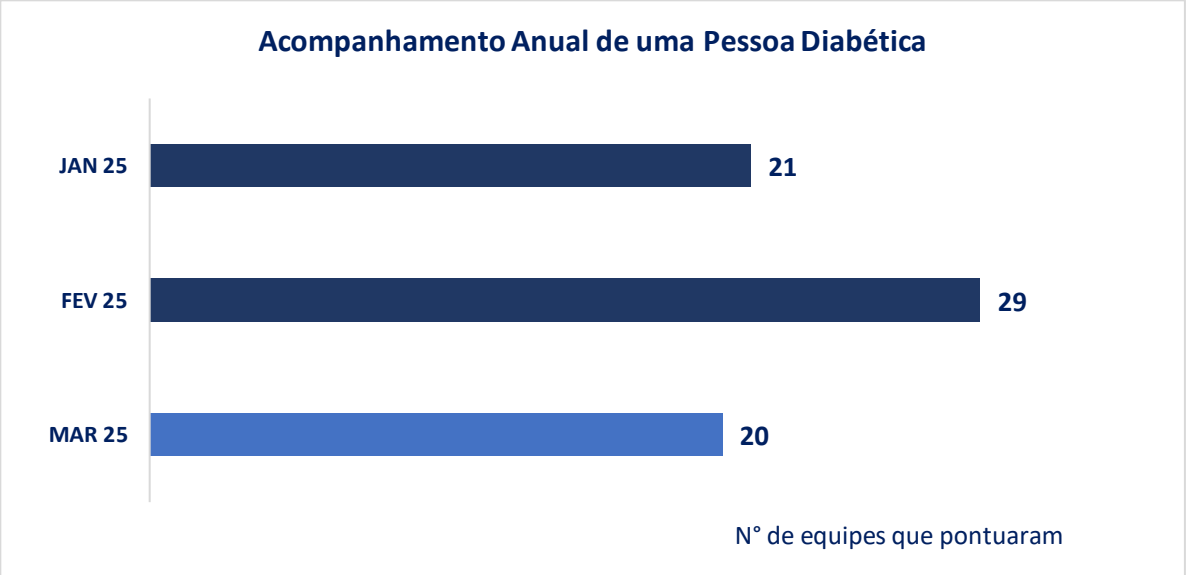
   Avaliar a cobertura populacional das equipes, especialmente nas áreas com maior número de crianças, garantindo alocação adequada de recursos e profissionais.

5. **Monitoramento e Avaliação Contínua**

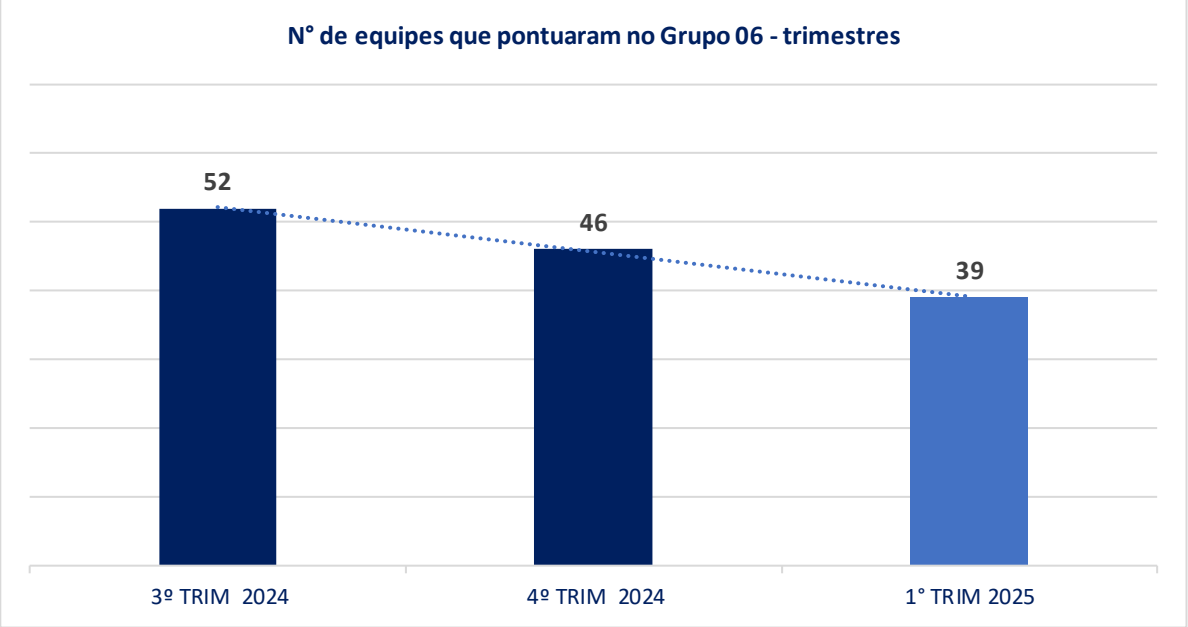
   Implantar mecanismos de acompanhamento sistemático dos dados, com feedback regular às equipes e apoio técnico para as que apresentarem dificuldades no alcance das metas.

A melhoria do desempenho neste indicador é um compromisso coletivo, que requer o engajamento dos profissionais de saúde e da própria comunidade.

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



Ao longo do primeiro trimestre de 2025, observou-se variação na pontuação das equipes no indicador. Em janeiro, 21 equipes pontuaram; em fevereiro, houve um avanço, com 29 equipes atingindo o indicador; já em março, o número caiu novamente para 20 equipes.



No quarto trimestre de 2024, 52 das 115 equipes da AP 3.2 atingiram as metas estabelecidas para o manejo do diabetes. No entanto, os trimestres seguintes demonstraram uma tendência de queda no desempenho: apenas 46 equipes pontuaram no primeiro trimestre de 2025, e esse número caiu para 39 no terceiro trimestre do mesmo ano.

Esses resultados reforçam a relevância da linha de cuidado voltada ao diabetes, que exige não apenas o controle glicêmico, mas também ações educativas e a promoção de hábitos de vida saudáveis. A redução no número de equipes que alcançaram o indicador evidencia a necessidade de revisar e fortalecer as estratégias atualmente adotadas.

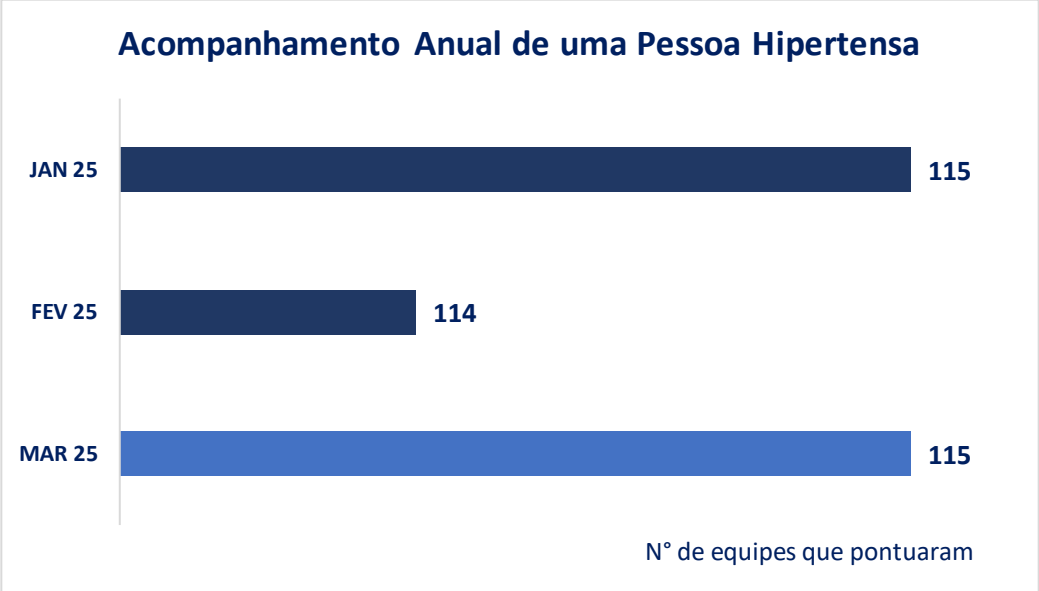
Diante disso, sugerem-se as seguintes ações para a retomada da melhora dos resultados:

1. Capacitação Permanente das Equipes: Oferecer treinamentos periódicos com foco em práticas atualizadas de cuidado em diabetes, incluindo tecnologias disponíveis e estratégias de educação em saúde.
2. Acompanhamento Individualizado: Estruturar planos de cuidado personalizados, considerando as particularidades de cada paciente, com foco em uma abordagem centrada na pessoa.
3. Integração Interdisciplinar: Estimular a articulação entre os profissionais da APS, nutricionistas, educadores físicos e equipes de saúde mental, promovendo um cuidado integral e multidimensional.
4. Ações de Promoção da Saúde e Prevenção: Realizar atividades educativas e campanhas voltadas à população, incentivando o autocuidado e a importância do controle da doença.

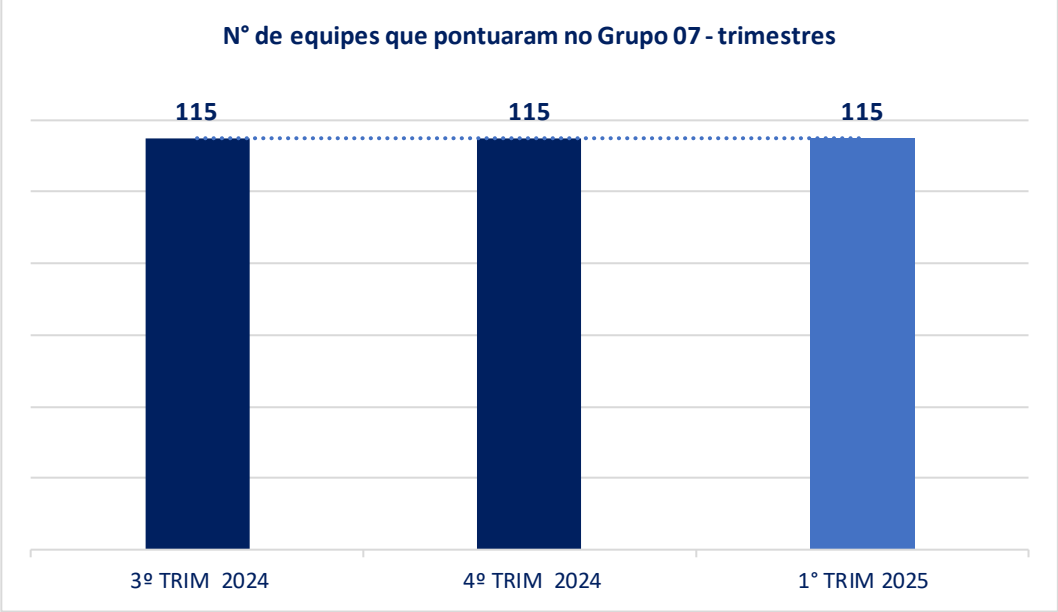
5. Monitoramento e Avaliação Contínua: Implantar um sistema de acompanhamento sistemático dos dados, permitindo identificar precocemente as fragilidades e ajustar as estratégias conforme necessário.

Fortalecer esse indicador é essencial para assegurar que pessoas com diabetes recebam um cuidado oportuno, qualificado e resolutivo. Ao mobilizar as equipes e aprimorar os processos de trabalho, avançamos na construção de uma atenção mais eficaz e centrada nas necessidades da população.

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



O gráfico referente ao acompanhamento anual de pessoas com hipertensão demonstra um excelente desempenho das equipes da AP 3.2 ao longo do primeiro trimestre de 2025. Em janeiro e março, todas as 115 equipes conseguiram pontuar no indicador, o que representa cobertura total da rede. Em fevereiro, houve uma leve oscilação com 114 equipes pontuando, ainda assim mantendo um padrão elevado de desempenho.



O gráfico apresenta o desempenho das 115 equipes da AP 3.2 no Grupo 07, que contempla os indicadores relacionados ao cuidado de pessoas com hipertensão arterial.

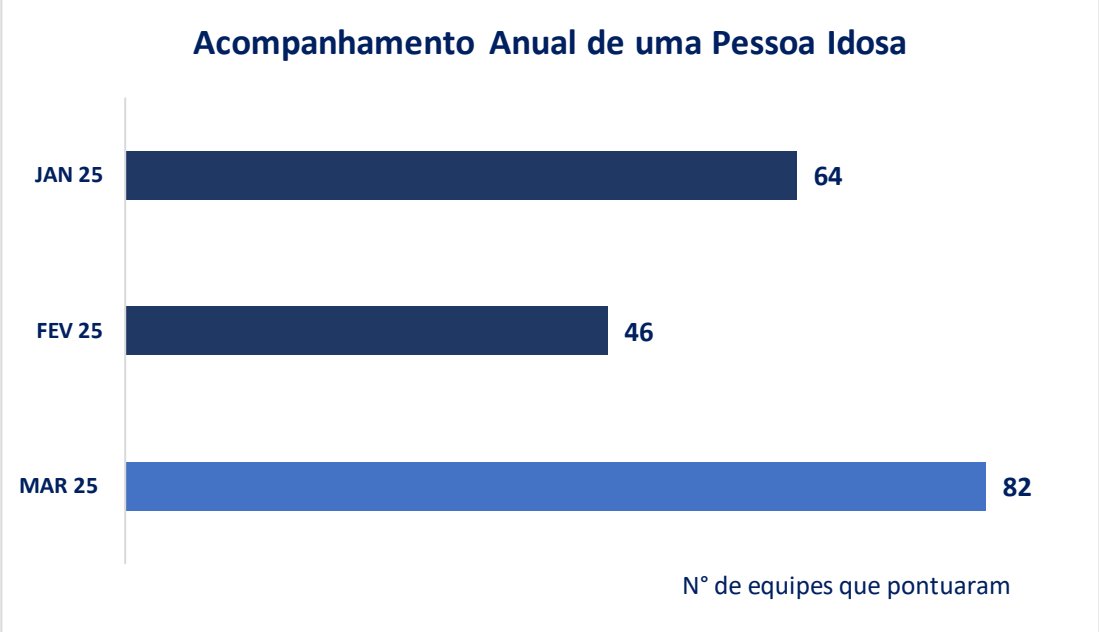
A análise mostra que todos os indicadores desse grupo foram atingidos pelas 115 equipes ao longo dos três trimestres analisados — 3º trimestre de 2024, 4º trimestre de 2024 e 1º trimestre de 2025. Esse resultado evidencia um alto grau de consolidação da linha de cuidado da hipertensão nas unidades, demonstrando organização dos processos de trabalho, regularidade nos atendimentos e efetividade nas ações de monitoramento dos usuários com HAS.

Esse padrão consistente de 100% de alcance nos três trimestres sugere que as equipes mantêm fluxos bem estabelecidos, com atenção contínua às metas do Previne Brasil, o que pode servir de modelo para o fortalecimento de outros grupos indicadores que ainda apresentam fragilidades.

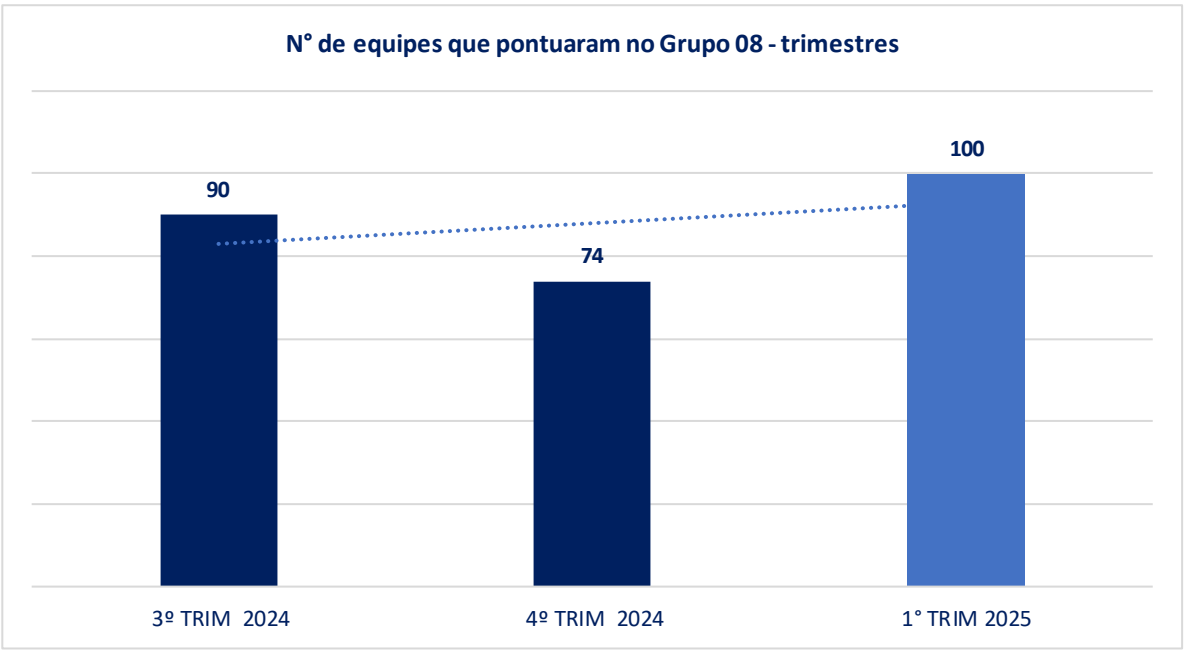
O acompanhamento regular da pressão arterial é crucial, pois a hipertensão é uma condição muitas vezes assintomática, mas que pode levar a sérias complicações de saúde. A pressão arterial elevada, se não monitorada e controlada, pode resultar em doenças graves, como: doenças cardiovasculares, insuficiência renal, problemas oculares, danos cerebrais.

Diante desse cenário, a adesão a um regime de acompanhamento e controle da hipertensão torna-se vital. Para manter esse excelente desempenho e garantir que o número de pessoas hipertensas monitoradas continue a crescer, é essencial.

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



O gráfico sobre o acompanhamento anual de uma pessoa idosa revela variações importantes no desempenho das equipes da AP 3.2 ao longo do primeiro trimestre de 2025. Em janeiro, 64 equipes conseguiram pontuar no indicador, número que sofreu queda em fevereiro, com apenas 46 equipes atingindo a meta. Já em março, observou-se uma recuperação expressiva, com 82 equipes pontuando.



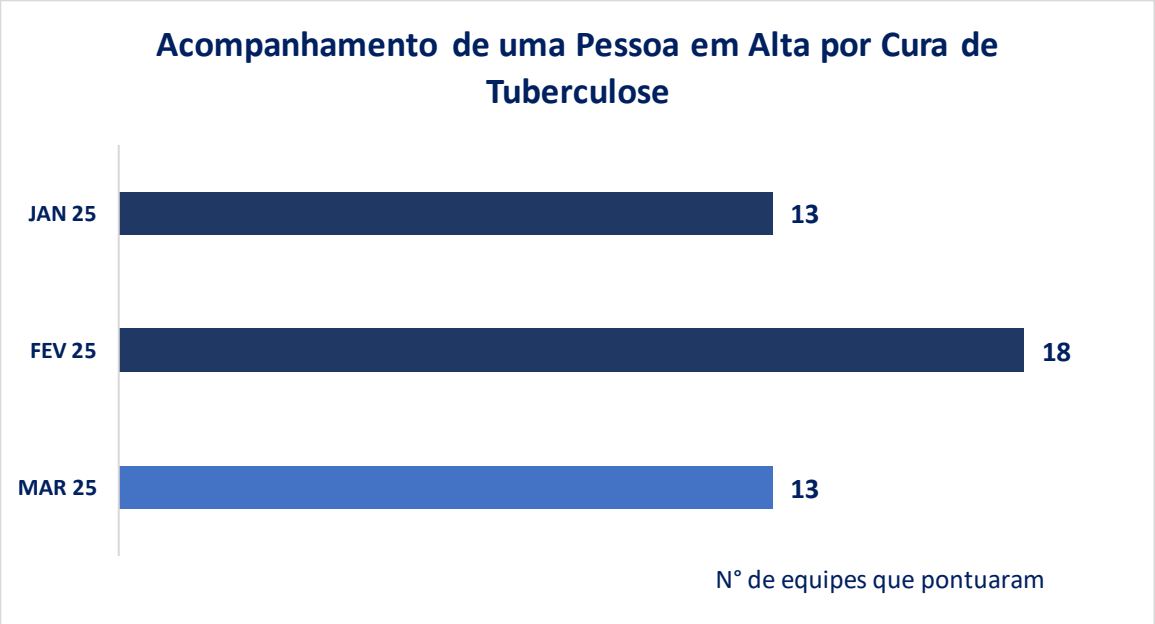
O gráfico referente ao Grupo 08, "Acompanhamento Anual de uma Pessoa Idosa", evidencia oscilações importantes na performance das equipes ao longo dos trimestres. No 3º trimestre de 2024, 90 equipes pontuaram no indicador. Contudo, no 4º trimestre, observou-se uma queda expressiva para 74 equipes,

sinalizando uma possível descontinuidade nas ações de acompanhamento. No entanto, o 1º trimestre de 2025 apresentou uma recuperação significativa, com 100 equipes atingindo a meta, o maior número registrado no período.

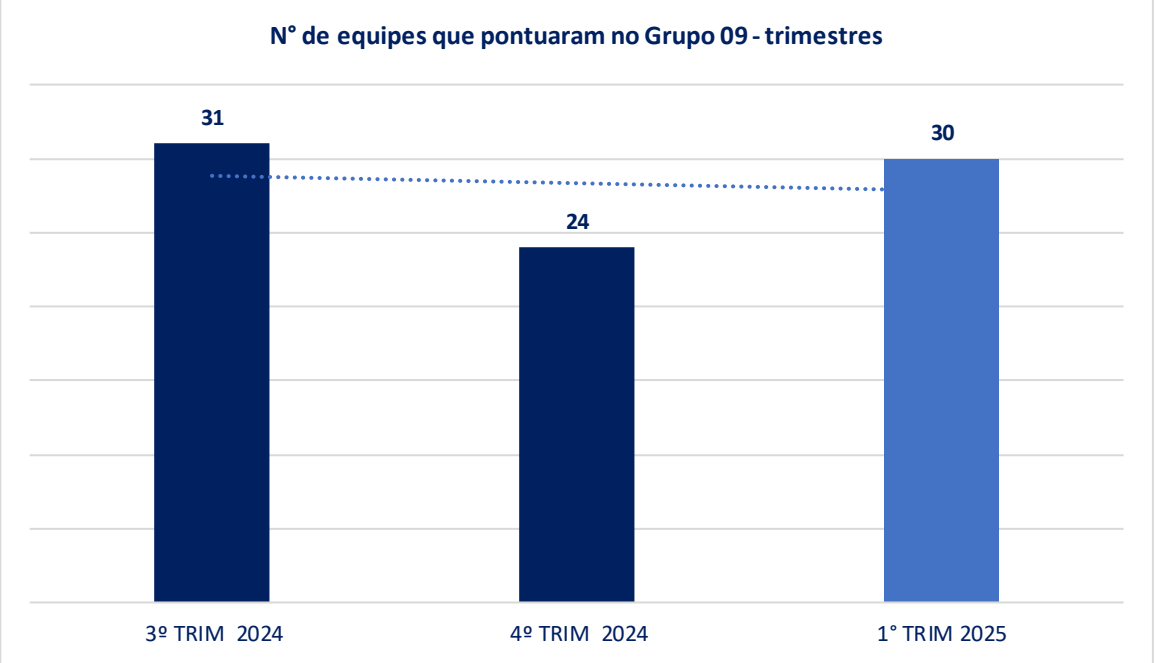
O acompanhamento regular da saúde de pessoas idosas é de extrema importância, especialmente considerando que a expectativa de vida tem aumentado significativamente. Com o envelhecimento da população, torna-se fundamental garantir que os idosos recebam cuidados adequados para prevenir e tratar condições de saúde que podem comprometer sua qualidade de vida.

A gestão eficaz da saúde nessa faixa etária pode prevenir o surgimento de diversas doenças.

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



O gráfico sobre o acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose no primeiro trimestre de 2025 revela uma oscilação no desempenho das equipes. Em janeiro, 13 equipes pontuaram no indicador. Em fevereiro, houve uma melhora expressiva, com 18 equipes atingindo a meta. No entanto, em março, o número caiu novamente para 13 equipes.

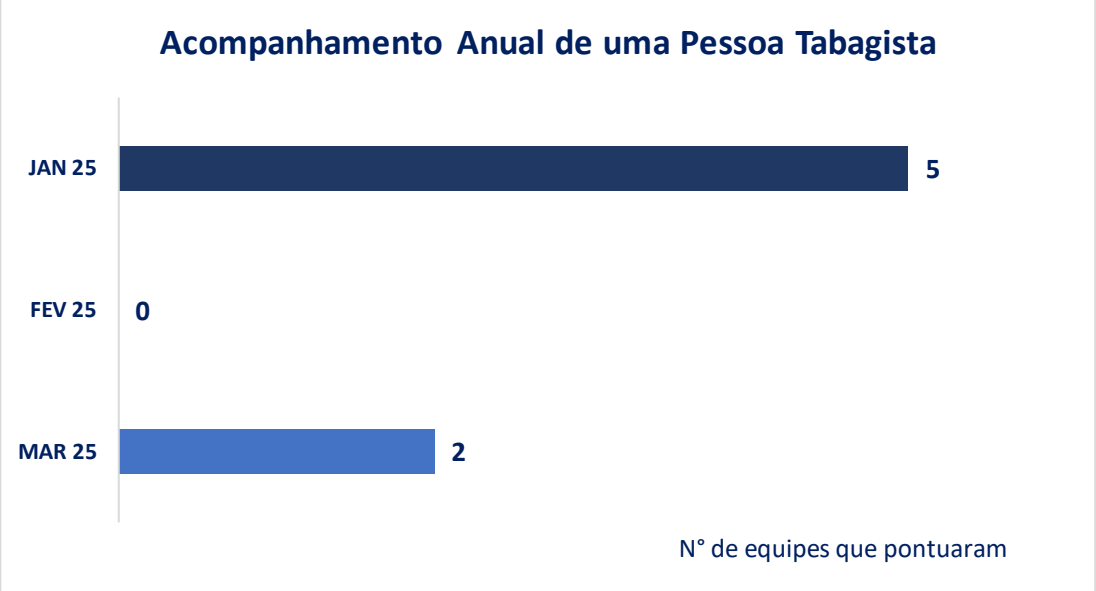


O gráfico do Grupo 09, revela uma oscilação no desempenho das equipes ao longo dos três últimos trimestres. No 3º trimestre de 2024, 31 equipes pontuaram no indicador. Já no 4º trimestre do mesmo ano, houve uma queda para 24 equipes, evidenciando uma possível falha na continuidade do acompanhamento após a alta por cura. No entanto, no 1º trimestre de 2025, observa-se uma recuperação expressiva, com 30 equipes atingindo a meta.

Essa progressão reflete um compromisso crescente com a saúde e a recuperação de pacientes acometidos pela tuberculose, uma doença que, embora curável, requer atenção rigorosa durante todo o tratamento.

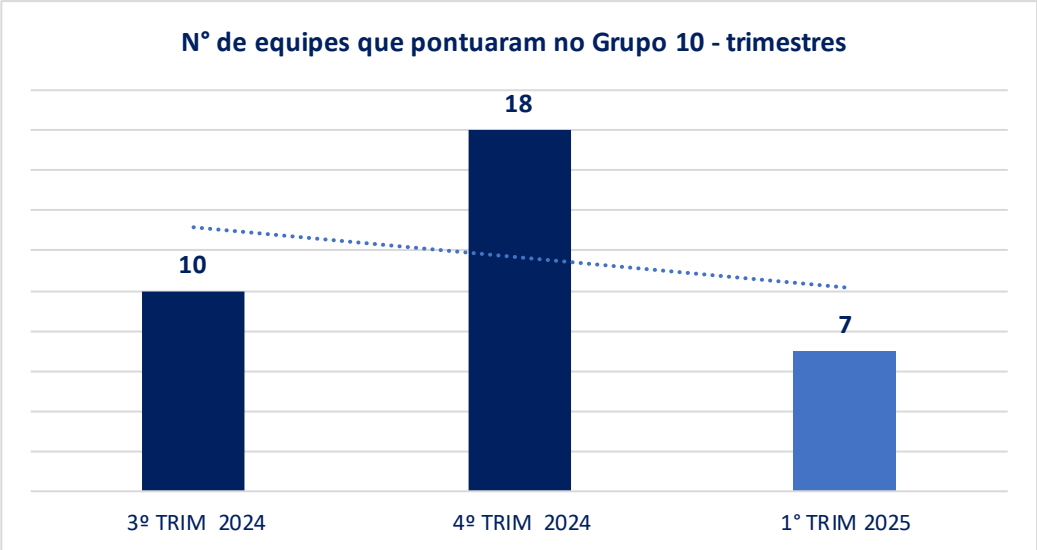
Para melhorar os resultados do acompanhamento de tuberculose, é vital aumentar a capacitação das equipes de saúde, promovendo um entendimento profundo sobre as melhores práticas no manejo da doença.

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



O gráfico referente ao Grupo 10, em janeiro de 2025, apenas 5 equipes conseguiram pontuar. Em fevereiro, o número foi ainda mais alarmante: nenhuma equipe atingiu a meta. Já em março, houve uma leve recuperação, com 2 equipes pontuando ainda assim, um número extremamente baixo diante do total de 115 equipes da AP 3.2.

Esse desempenho sugere descontinuidade nas ações voltadas à população tabagista e evidencia possíveis falhas tanto na oferta de cuidado quanto no registro adequado das ações realizadas. A ausência de pontuação em fevereiro aponta para um esvaziamento quase total da linha de cuidado nesse período.



O gráfico referente ao Grupo 10, evidencia um cenário preocupante de baixa adesão e queda no desempenho das equipes ao longo dos trimestres. No 3º trimestre de 2024, apenas 10 equipes pontuaram no indicador. Apesar de um crescimento no 4º trimestre, com 18 equipes alcançando a meta, o número voltou a cair significativamente no 1º trimestre de 2025, com apenas 7 equipes pontuando.

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.

3. EDUCAÇÃO PERMANENTE

Fotos das ações nas unidades, março e abril de 2025.

A gestão do IDEIAS reconhece a Educação Permanente como uma ferramenta essencial para qualificar e aprimorar os processos de trabalho, sempre com foco na ampliação do acesso, na melhoria da qualidade, na humanização dos serviços e no fortalecimento da gestão de seus projetos.

Na AP 3.2, tem sido realizado um investimento contínuo em ações de Educação Permanente, garantindo a qualificação das práticas desenvolvidas. No período avaliado, observou-se um avanço significativo 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 o aperfeiçoamento dos padrões e práticas adotados.

No trimestre de janeiro, fevereiro e março, a equipe de Qualidade, em conjunto com a supervisão de território, iniciou visitas técnicas às unidades, com foco na discussão dos indicadores mais frágeis identificados no 4º trimestre de 2024.

A seguir, apresenta-se a tabela com o cronograma das visitas às unidades:

Nome UBS	Gestor	Supervisão / Qualidade	Data	Turno	Indicadores mais frágeis
SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA AP 32	Priscila Costa	Rodrigo	20/02/2025	14h	Variavel 1 (Ind13 ; Ind 19;) Variavel 2 (A3 ; D1 ; D2 ; D3:) e V3
SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	Amanda Romualdo	Rodrigo	21/02/2025	9h	Variavel 1 (Ind12; Ind13;Ind19) Variavel (D1 ;) e V3
SMS CMS EDUARDO A VILHENA AP 32	Douglas	Marianna	21/02/2025	9h	Variavel 1 (Ind12; Ind13; Ind19) Variavel 2 (D1;D2;D3;D4;D7;) e V3
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	Priscila Luz	Rodrigo	26/02/2025	14h	Variavel 1 (Ind12 ;Ind13; Ind19) Variavel 2 (D1; D7;) e V3
SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	Julia	Marianna	27/02/2025	09h	Variavel 1 (Ind11; Ind12; Ind13;Ind19) Variavel 2 (D1; D2; D3;D7;) e V3
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA AP 32	Maria Carolina	Marianna	27/02/2025	14h	Variavel 1 (Ind11; Ind12;Ind19) Variavel 2 (D1; D4;) e V3
SMS CMS ELIZA ABRANTES	Gabriella	Rodrigo / Nerusa	18/03/2025	14h	Variavel 1 (Ind11; Ind12; Ind13;Ind19) Variavel 2 (D1; D4; D6;D7;) e V3
SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	Amanda Fernandes	Marianna	25/03/2025	14h	Variavel 1 (Ind11; Ind12 ;Ind19) Variavel 2 (D1; D7;) e V3
SMS CF IZABEL DOS SANTOS AP 32	July Medeiros	Marianna	28/03/2025	9h	Variavel 1 (Ind12; Ind19) Variavel 2 (D1; D3;) e V3
SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA AP 32	Flavio Zoner	Rodrigo	17/04/2025	14	Variavel 1 (Ind11; Ind12; Ind13;Ind19) Variavel 2 (D1;D3; D4;)
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32	Cynthia Souza	Rodrigo / Nerusa	24/02/2025	14h	Variavel 1 (Ind11; Ind13;Ind19) Varialvel 2 (A7; D1; D6;) e V3

Após a análise dos indicadores com desempenho mais fragilizado, os profissionais envolvidos elaboraram um plano de ação a ser implementado ao longo dos próximos três meses, com o objetivo de aprimorar os resultados nos indicadores assistenciais.

Concluído o planejamento das ações pelas unidades de saúde da Atenção Primária, a equipe de Qualidade, em conjunto com a Supervisão de Território, realizará visitas de retorno para acompanhar os avanços das estratégias pactuadas durante a visita inicial.

Como exemplo, destaca-se o plano construído durante a visita institucional à Clínica da Família Sérgio Nicolau Amin. A seguir, apresenta-se o plano definido:

12 Plano de Ação – ACOMPANHAMENTO DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Fragilidade	Ação	Responsável	Prazo	Resultado esperado
Fluxo da gestante após a 3ª dose;	- Agendamento de todas as gestante em consulta com nível superior para data provável da 3ª dose; - Alinhamento de Fluxograma; - Após diagnóstico repassar informações para ACS	RT Médico, RT de Enfermagem, Gerente e David	Final de Junho	Melhora no indicador de tratamento da gestante com sífilis
Falhas no registro no Prontuário;	- Treinamento com VitaCare junto com o David, quanto ao registro adequado;	Gerente	19/03/2025	Registro adequado
Vigilância da Gestante com Sífilis	- Uso da planilha da CAP; - Uso da planilha da Qualidade - Busca ativa prévia	Gerente, ACS e uso pelas Equipes	Junho	Melhora no indicador do acompanhamento da gestante com sífilis

Outra estratégia desenvolvida no trimestre foi a aproximação entre a equipe do IDEIAS e a equipe responsável pelo sistema VitaCare, a partir da identificação de fragilidades observadas pelos gestores e pelo setor de Qualidade.

Como encaminhamento, foi pactuada a realização de reuniões mensais com a equipe do VitaCare, com o objetivo de discutir os chamados abertos e ainda não solucionados, que impactam diretamente no desempenho dos indicadores das unidades.

A primeira reunião foi realizada no dia 01/04, de forma online, e teve como pauta os seguintes pontos:

Indicadores da Variável 1

- **Indicador 13 – Sífilis na gestação:** Identificação de duplicidades de mulheres nos meses subsequentes do trimestre avaliado.
- **Indicador 19 – Kit odontológico:** Esclarecimento de dúvidas relacionadas ao registro correto desse indicador no sistema.

Indicadores da Variável 2

- **Indicador D7 – Puericultura:** Inconsistência na contabilização de crianças no numerador do indicador na Clínica da Família Sérgio Nicolau Amin.

Foto da primeira reunião com a equipe do VitaCare, 01 de abril 2025.

No mês de fevereiro, destacamos diversas ações importantes, como a reunião de Saúde Bucal, o Curso Introdutório, a reunião permanente com a CAP 3.2 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 Atenção Primária, 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.

O 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.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trimestre em avaliação, diversas atividades foram realizadas pela Gerência de Qualidade e Supervisão de Território. Abaixo, apresentamos atividades realizadas no mês de **março de 2025.**

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
18/03/2025	Reunião com Equipes da Estratégia para Análise de Indicadores	Análise de Indicadores e Planos de Ação	Equipe CMS Eliza Abrantes	CMS Eliza Abrantes
Indicadores	Variável 1 (Ind11; Ind12; Ind13;Ind19) Variável 2 (D1; D4; D6;D7;) e V3			
Participantes:	Rodrigo, Nerusa, Jacqueline, Victor e Jéssica(Equipe Qualidade IDEIAS) e Equipe CMS Eliza Abrantes			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
25/03/2025	Reunião com Equipes da Estratégia para Análise de Indicadores	Análise de Indicadores e Planos de Ação	Equipe CF Emydgio Alves Costa Filho	CF Emydgio Alves Costa Filho
Indicadores	Variavel 1 (Ind11; Ind12 ;Ind19) Variavel 2 (D1; D7;) e V3			
Participantes:	Marianna, Victor e Jéssica (Equipe Qualidade IDEIAS) e Equipe CF Emydgio Alves Costa Filho			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
28/03/2025	Reunião com Equipes da Estratégia para Análise de Indicadores	Análise de Indicadores e Planos de Ação	Equipe CF Izabel dos Santos	CF Izabel dos Santos
Indicadores	Variavel 1 (Ind12; Ind19) Variavel 2 (D1; D3;) e V3			
Participantes:	Marianna, Jéssica e Victor (Equipe Qualidade IDEIAS) e Equipe CF Izabel dos Santos			

Supervisão de Saúde Bucal. Abaixo, apresentamos algumas atividades realizadas no mês de **março de 2025**.

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
21/03/2025	Visita técnica	Avaliação de insumos e instrumentais de saúde bucal	Gerente e profissionais eSB	. CF Anna Nery; . CF Erivaldo Fernandes Nóbrega; . CMS Eduardo A. Vilhena Leite; . CMS Tia Alice.
Participantes:	Coordenação de Saúde Bucal IDEIAS			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
12/03/2025	Reunião de saúde bucal	Protocolos e Fuxos	-	CAP 3.2
Participantes:	Coordenação de Saúde Bucal AP 3.2 e Coordenação de Saúde Bucal IDEIAS			

Dia	Atividade	Tema	Público Alvo	Local
13/03/2025	Processo Seletivo	Cobertura de Vacâncias	-	IDEIAS
Participantes:	Coordenação de Saúde Bucal			

EDUCAÇÃO PERMANENTE

A gestão do IDEIAS reconhece a Educação Permanente como uma ferramenta estratégica para a qualificação e o aperfeiçoamento contínuo dos processos de trabalho, com foco na ampliação do acesso, na melhoria da qualidade e na humanização dos serviços prestados, além de fortalecer os processos de gestão dos seus projetos.

Na Área Programática 3.2, tem sido realizado um investimento significativo em ações de Educação Permanente, promovendo a capacitação contínua das equipes e incentivando práticas mais resolutivas e alinhadas às necessidades do território. No último trimestre, foram observados avanços importantes em diferentes frentes de atuação.

A análise de dados conduzida pela Gerência de Qualidade possibilitou uma compreensão mais aprofundada dos processos e das áreas com potencial de melhoria, contribuindo diretamente para o

aprimoramento dos padrões de cuidado. O apoio in loco prestado pela Supervisão de Território às Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) reforça o compromisso com a eficiência operacional e o suporte técnico às equipes. Soma-se a isso a colaboração ativa da Gerência do Projeto, fundamental para a articulação e execução eficaz das iniciativas propostas.

Para o próximo trimestre, está prevista uma intensificação das ações em Educação Permanente, com a participação mais ativa da Analista de Gestão e Qualidade do IDEIAS nas atividades desenvolvidas em parceria com a CAP 3.2. Essa atuação incluirá a presença em capacitações e em ações educativas destinadas aos profissionais técnicos das unidades, tanto no âmbito interno quanto em atividades externas.

Essa estratégia busca fortalecer a troca de saberes, fomentar a reflexão crítica sobre os processos de trabalho e incentivar o aprendizado contínuo, contribuindo para uma prática mais qualificada e humanizada.

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