



IGEDDES

INSTITUTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO

**Gestão com propósito
para cuidar de vidas.**

TEIAS 3.2

RELATÓRIO TRIMESTRAL DE GESTÃO



Contrato N° 007/2021

Termo Aditivo N° 010/2023 e N° 003/2025.

Referência: Outubro-Novembro-Dezembro de 2025

EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Assessor Executivo de Projetos

Rodrigo Moraes

Gerente de Projeto

Vinicius Fragoso

Gerente de Planejamento

Mônica do Carmo

Assistentes de Planejamento

Jéssica Ximenes

Supervisão de Território

Marianna Costa

Rodrigo Rodriguez

Amanda Fernandes

Responsável Técnica de Odontologia

Nerusa Grisolia

Sumário

INTRODUÇÃO	6
Super Centro Carioca de Vacinação da Zona Norte.....	9
Indicadores do Contrato de Gestão	11
1. PARTE 1: Variável 01	12
1.1 Resultado dos Indicadores da Variável 01: Incentivo à Gestão do TEIAS	18
1.1.1 Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades	18
1.1.2 Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	19
1.1.3 Estrutura para impressão de documentos assistenciais.....	20
1.1.4 Abastecimento regular das unidades.....	21
1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados	22
1.1.6 Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO).....	23
1.1.7 Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3).....	25
1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos	26
1.1.9 Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS/RJ	26
1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	27
1.1.11 Proporção de cura de tuberculose	28
1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestaçãõ	31
1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas.	36
1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF).....	38
1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores	39
1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes	40
1.1.17 Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas.	41
1.1.18 Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção e assistência	42
1.1.19 Desempenho Assistencial	43
2. PARTE 2	42
2.1 Resultado dos Indicadores da Variável 02: Incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária	44
COMPLETUDE DE CADASTROS	45
2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.	46
2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.	55
2.1.3 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.	57
2.1.4 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.	60
2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados.	61

2.1.6 Indicador A6 – Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.	63
2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	66
2.1.8 Indicador D1 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.	68
2.1.9 Indicador D2 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes, com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 consulta de enfermagem no período de 12 meses.	71
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.	74
2.1.11 Indicador D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.	77
2.1.12 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.	80
2.1.13 Indicador D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.	82
2.1.14 Indicador D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.	84
2.1.15 Indicador D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.	87
2.1.17 Indicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário.	90
2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.	93
2.1.19 Indicador E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.	96
2.1.20 Indicador E4 - Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG.	98
3. PARTE 3	102
3.1 Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB).	102
3.1.1 Grupo 01 (G1): Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU.	103
3.1.2 Grupo 02 (G2): Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino	105
3.1.3 Grupo 03 (G3): Acompanhamento de uma gravidez	107
3.1.4 Grupo 04 (G4): Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	109
3.1.5 Grupo 05 (G5): Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	111
3.1.6 Grupo 06 (G6): Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	113
3.1.7 Grupo 07 (G7): Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano.	116
3.1.8 Grupo 08 (G8): Acompanhamento anual de uma pessoa idosa.	117
3.1.9 Grupo 09 (G9): Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	119
3.1.10 Grupo 10 (G10): Acompanhamento de uma pessoa tabagista	121
4. Educação Permanente	124
5. REFERÊNCIAS.	127
7. ANEXOS	128

INTRODUÇÃO

O Instituto de Desenvolvimento Institucional e Ação Social (IGEDES) 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 IGEDES 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 1º Termo Aditivo 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”.

Em julho de 2023 houve a celebração do 2º 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 de 2023.

Em setembro de 2025 houve a celebração do 7º termo aditivo, N°003/2025 que teve como objeto a prorrogação do contrato de gestão, N° 007/2021 pelo prazo de 24 meses.

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)	Equipes de Saúde da Família (ESF)	Equipes de Saúde Bucal (ESB)
CF Amélia dos Santos Ferreira	8	3
CF Anna Nery	5	2
CF Anthidio Dias da Silveira	7	2
CF Bárbara Starfield	5	2
CF Bibi Vogel	7	2
CF Carioca	3	1
CF Edney Canazaro de Oliveira	6	2
CF Emygdio Alves Costa Filho	5	2
CF Erivaldo Fernandes Nobrega	5	1
CF Herbert José de Souza	5	2
CF Honorio José de Andrade	3	0
CF Izabel dos Santos	5	2
CF Luiz Célio Pereira	5	2
CF Olga Pereira Pacheco	6	2
CF Sérgio Nicolau Amin	5	2
TOTAL EQUIPES	80	27
Centros Municipais de Saúde (CMS)	Equipes de Saúde da Família (ESF)	Equipes de Saúde Bucal (ESB)
CMS Antenor Nascentes	1	0
CMS Ariadne Lopes de Menezes	4	2
CMS Eliza Abrantes	5	1
CMS Carlos Gentile de Mello	6	2
CMS Cesar Pernetta	3	1
CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite	3	1
CMS Milton Fontes Magarão	7	1
CMS Renato Rocco	5	2
CMS Rodolpho Rocco	6	3
CMS Tia Alice	3	1
TOTAL EQUIPES	43	14
Equipes e-Multi e CNAR	Equipes Multiprofissionais	12 Equipes
	Consultório na Rua (CNAR)	2 Equipes
Centro Carioca de Vacinação	Super Centro Carioca de	20 profissionais

Tabela 1

Super Centro Carioca de Vacinação da Zona Norte

Com o objetivo de ampliar a cobertura vacinal, o Super Centro Carioca de Vacinação funciona diariamente em horários estendidos e flexíveis:

- Segunda a Sábado: das 10h às 22h
- Domingo: das 13h às 21h

A iniciativa busca garantir o acesso à vacinação para usuários que encontram dificuldades em comparecer às unidades de saúde nos horários convencionais de funcionamento.



Figura 1 - Fonte: PEP SARAH Super Centro Carioca de Vacinação

Em dezembro de 2025, o Super Centro Carioca de Vacinação do Shopping Nova América realizou aplicação de **4965** doses de imunizantes.



Figura 2

INDICADORES DO CONTRATO DE GESTÃO

Este relatório visa a apresentação das principais ações na execução do contrato de gestão 07/2021, contendo os resultados de cada indicador referente às metas pactuadas, compreendendo as realizações institucionais contratualizadas para o trimestre **OUTUBRO, NOVEMBRO e DEZEMBRO** de 2025

Os indicadores estão organizados em 3 partes, a saber:

Resultados dos indicadores da Variável 1 - incentivo institucional à gestão do TEIAS;

Resultados dos indicadores da Variável 2 - incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária;

Resultados dos indicadores da Variável 3 - incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB).

RESULTADO DOS INDICADORES POR VARIÁVEL

A Parte Variável 01 tem como objetivo monitorar a performance das atividades administrativas da Organização Social, induzir boas práticas na gestão e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS/RJ.

A Parte Variável 02 visa ao incentivo institucional à unidade de saúde. O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral a ser aplicado na própria unidade de saúde.

A Parte Variável 03 visa ao incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal e consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional.

1. PARTE 1: VARIÁVEL 01

A variável 01 é composta por 19 indicadores e seus resultados são avaliados mensalmente, no entanto há indicadores que são analisados de forma trimestral.

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 - IGEDES (Gerência de Projeto, Gerência de Planejamento 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 Quadro 1, reúne os resultados da variável 1 (um) referentes ao mês de dezembro de 2025, exceto os indicadores 08 e 09 que são apresentados trimestralmente.

Quadro-Síntese: Análise dezembro de 2025

Análise Assistencial Variável 1 - Competência Dezembro de 2025					
Indicador	Meta	Numerador/ Denominador		Resultado	Alcançado (SIM/NÃO)
01-Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
02-Acompanhamento do Cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES)	95%	N	1265	97,38%	SIM
		D	1299		
	95%	N	415	100,00%	SIM

03-Estrutura para impressão de documentos assistenciais		D	415		
04-Abastecimento regular das unidades	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
05-Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
06-Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)	100%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
07-Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	100%	N	1299	100,00%	SIM
		D	1299		
08-Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	≤ 1	N	-	Trimestral	NSA ¹
		D	-		
09-Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	95%	N	-	Trimestral	NSA ¹
		D	-		
10-Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	95%	N	648	98,33%	SIM
		D	659		
11-Proporção de cura de Tuberculose	90%	N	30	88,24%	NÃO
		D	34		

12-Acompanhamento de Sífilis na Gestação	90%	N	15	65,22%	NÃO
		D	23		
13-Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas	85%	N	148	86,55%	SIM
		D	171		
14-Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	90%	N	440952	99,47%	SIM
		D	443313		
15-Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
16-Rotatividade de profissionais nas equipes	≤ 5	N	5,5	0,44	SIM
		D	1248		
17-Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	Dez 90%	N	135	93,10%	SIM
		D	145		
18-Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pela eSF e eSB	90%	N	136	100,00%	SIM
		D	136		
19-Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	100%	N	6355	52,96%	NSA ¹
		D	11999		

Tabela 2 - Fonte: PEP/VitaCare, competência: 01/12/2025 a 31/12/2025.

¹ NSA = Não se aplica. Indicador calculado ao final do trimestre.

Quadro-Síntese: Análise do 4º trimestre de 2025 (outubro, novembro, dezembro de 2025)

Análise Assistencial Variável 1 - Competência Outubro-Novembro-Dezembro de 2025					
Indicador	Meta	Numerador/ Denominador		Resultado	Alcançado (SIM/NÃO)
01-Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
02-Acompanhamento do Cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES)	95%	N	1272	97,57%	SIM
		D	1303,64		
03-Estrutura para impressão de documentos assistenciais	95%	N	405,66	99,67%	SIM
		D	407		
04-Abastecimento regular das unidades	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
05-Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
	100%	N	25	100,00%	SIM

06-Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)		D	25		
07-Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	100%	N	1303,64	100,00%	SIM
		D	1303,64		
08-Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	≤ 1	N	1.641.675,04	1,0	SIM
		D	1.641.675,00		
09-Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	95%	N	489	98,39%	SIM
		D	497		
10-Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	95%	N	644,33	97,67%	SIM
		D	659,67		
11-Proporção de cura de Tuberculose	90%	N	105	88,98%	NÃO
		D	118		
12-Acompanhamento de Sífilis na Gestação	90%	N	36	51,43%	NÃO
		D	70		
13-Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas	85%	N	538	84,06%	NÃO
		D	640		
14-Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	90%	N	437205,98	99,43%	SIM
		D	439708,66		

15-Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
16-Rotatividade de profissionais nas equipes	≤ 5	N	19	0,51%	SIM
		D	3751		
17-Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	90%	N	135	93,10%	SIM
		D	145		
18-Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pela eSF e eSB	90%	N	136	100,00%	SIM
		D	136		
19-Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	100%	N	12612	104,44%	SIM
		D	12076		

Tabela 2 - Fonte: PEP/VitaCare, competência: 01/10/2025 a 31/12/2025.

¹ NSA = Não se aplica. Indicador calculado ao final do trimestre.

1.1 RESULTADO DOS INDICADORES DA VARIÁVEL 01: INCENTIVO À GESTÃO DO TEIAS

Neste tópico apresentamos os resultados da variável 1 dos indicadores assistenciais que possibilitam a visualização do desempenho das unidades de atenção primária da AP 3.2 referente ao mês de **dezembro e trimestre outubro-novembro-dezembro de 2025**.

1.1.1 Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Proporção de UAP com Comissões de prontuários mantidas.	95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: N° de unidades com comissões em atividade mensal / N° de unidades com equipes de saúde da família x 100.					
Fonte: PEP VITACARE + todas as unidades ativas conhecidas no sistema					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: meta alcançada no período em análise.					

Tabela 3

A criação da Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) está em conformidade com as resoluções nº 41/1992 do CREMERJ e nº 1638/2002 do CFM, que tornam obrigatória a constituição dessas comissões nas instituições de saúde. De acordo com esta última norma, o prontuário do paciente é compreendido como um documento unificado, composto por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, originadas de fatos, eventos e situações relacionadas à saúde do paciente e à assistência prestada, possuindo natureza legal, sigilosa e científica. Ele viabiliza a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e garante a continuidade do cuidado.

O prontuário representa uma importante ferramenta para avaliação da qualidade da assistência, apoio à tomada de decisões clínicas, continuidade do cuidado e promoção da segurança do

paciente. Para o acompanhamento efetivo das comissões instituídas nas UAP, a Gerência de Planejamento IGEDES (GPI) desenvolveu roteiros estruturados de avaliação por linhas de cuidado, favorecendo a análise qualitativa dos prontuários e a orientação para aprimoramento dos processos de trabalho e, por consequência, da assistência em saúde.

Tais roteiros vêm sendo utilizados desde o início do Contrato de Gestão. As atas das reuniões são analisadas mensalmente pela Gerência de Planejamento IGEDES, com a finalidade de identificar as principais fragilidades observadas pelas comissões nos processos de cuidado.

No mês de dezembro 2025 alcançamos 100% manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades. Ao final do quarto trimestre, mantivemos o percentual de **100%** de alcance.

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

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Proporção de profissionais de saúde cadastrados no SCNES.	95%	97,57%	97,49%	97,84%	97,38%
<p>Cálculo do Indicador: N° de profissionais das equipes de SF e AB cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES / N° de profissionais das eSF e eSB cadastrados no prontuário x 100.</p> <p>Fonte: PEP + arquivo exportação do CNES.</p>					

Tabela 4

Este indicador tem como objetivo acompanhar e comparar se os profissionais registrados no sistema de prontuário eletrônico estão devidamente cadastrados no SCNES, de modo a garantir que o indicador seja um instrumento de gestão eficaz, com dados confiáveis e uma distribuição adequada dos profissionais da área.

A equipe da Gerência de Planejamento, em conjunto com o setor de Recursos Humanos do IGEDES e em articulação com a DICA CAP 3.2, realiza o acompanhamento semanal das

movimentações no SCNES, bem como o monitoramento contínuo do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) VitaCare, com foco na constante correção e atualização das informações.

Vale destacar que as diversas movimentações ocorridas ao longo do período em análise, são verificadas semanalmente pela equipe de Planejamento, por meio da análise e validação de todos os logins solicitados pelas Unidades de Saúde. As divergências identificadas são encaminhadas de volta às Unidades para correção, possibilitando a continuidade do processo de criação de senhas para novos profissionais, sempre em conformidade com o CNES, atualizado diariamente pela equipe do DICA da CAP 3.2.

Os logins de profissionais desligados são desativados no sistema mediante solicitação da Unidade de Saúde, ou pela equipe de planejamento ao Suporte do Prontuário Eletrônico. A variação no indicador está diretamente relacionada ao fluxo de entrada e saída de profissionais, bem como às transferências ocorridas ao longo do mês vigente. Os arquivos XML, disponibilizados pela Secretaria de Saúde e atualizados no Prontuário Eletrônico durante o mês, são utilizados para comparar os cadastros de profissionais entre o SCNES e o VitaCare (PEP).

Devido ao volume de movimentações e às etapas envolvidas no processo de atualização desses arquivos, o indicador pode apresentar divergências ao longo do período, que podem se manter até o fechamento do mês ou trimestre.

No mês de dezembro alcançamos 97,38% do acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Ao final do quarto trimestre, esse percentual subiu para **97,57%**.

1.1.3 Estrutura para impressão de documentos assistenciais

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Percentual de consultórios com impressora funcionando	95%	99,67%	99,00%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: N° de consultórios assistenciais com impressora disponível e funcionando nas unidades da AP / n° de consultórios assistenciais nas unidades da AP x 100.					

Fonte: PEP VITACARE

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Nota: meta alcançada no período em análise.

Tabela 5

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 informatização dos consultórios visa agilizar os processos de trabalho, reduzindo atrasos no atendimento, na prescrição e na dispensação de medicamentos, além de minimizar erros decorrentes da dificuldade de leitura da escrita à mão. No entanto, é fundamental garantir a qualidade das impressões, pois um documento impresso com baixa legibilidade pode gerar confusões e contratempos semelhantes aos causados por prescrições manuais mal interpretadas.

Esse cuidado se estende também à impressão de exames e resultados, cuja clareza é essencial para a correta interpretação. Nesse contexto, o indicador em questão avalia a estrutura para a impressão de documentos assistenciais. O IGEDES mantém um esforço contínuo para assegurar a qualidade do serviço prestado, garantindo que consultórios e salas estratégicas estejam equipados com impressoras em pleno funcionamento.

No mês de dezembro de 2025, o indicador alcançou a marca de 100%, ou seja, todas as unidades com qualidade e estrutura adequada para impressão de documentos assistenciais. Ao final do quarto trimestre o percentual foi de **99,67%**.

1.1.4 Abastecimento regular das unidades

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Proporção de unidades de saúde com declaração que	95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente.					
Cálculo do Indicador: N° de declarações de abastecimento adequado / N° de unidades recebendo apoio à gestão x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: meta alcançada no período em análise.					

Tabela 6

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). O IGEDES 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 de qualidade dessa organização de saúde.

No mês de dezembro de 2025, todas as nossas unidades de saúde alcançaram 100% de abastecimento regular e ao final do quarto trimestre mantivemos o percentual de **100%**.

1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.	95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: N° de unidades que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário / N° total de unidades da área x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Nota: meta alcançada no período em análise.

Tabela 7

Para assegurar uma assistência integral aos usuários do SUS, a descentralização da distribuição de medicamentos configura-se como uma estratégia essencial. Essa medida não apenas fortalece o vínculo entre os serviços de saúde e os pacientes, como também possibilita orientações individualizadas e ações de educação em saúde, garantindo a qualidade da Atenção Farmacêutica, especialmente nas áreas atendidas pela Estratégia Saúde da Família.

No caso específico dos medicamentos controlados, a descentralização assume um papel ainda mais significativo, diante dos riscos relacionados ao uso inadequado, como intoxicações, alterações cognitivas e desenvolvimento de dependência. Nesse cenário, o farmacêutico deve ultrapassar o papel tradicional da dispensação, atuando ativamente na orientação terapêutica, na recusa de prescrições que não estejam de acordo com os critérios clínicos e na promoção de informações seguras e baseadas em evidências. Essa atuação contribui diretamente para a segurança do paciente e para a qualificação do processo assistencial. Dessa forma, garantir a presença do profissional farmacêutico na dispensação de medicamentos controlados representa uma decisão estratégica da gestão em saúde. Na Área Programática 3.2, todas as unidades de saúde contam com farmácia, o que demonstra um avanço significativo na estruturação dos serviços e na consolidação da Atenção Farmacêutica de qualidade.

No mês de dezembro de 2025, foi alcançado 100% no indicador de descentralização do fornecimento de medicamentos controlados. Ao final de quarto trimestre mantivemos **100%** de alcance com todas as 25 unidades de saúde plenamente adequadas e capacitadas para dispensação desses medicamentos.

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

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ

Proporção de unidades que informaram em dia.	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: N° de unidades com comprovação de envio pelo prontuário / N° total de unidades na área x 100.					
Fonte: PEP Vitacare					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					
Nota: Considera-se para este indicador as declarações emitidas pela DICA da AP 3.2 e relatório emitido pelo PEP VitaCare.					

Tabela 8

A equipe da Gerência de Planejamento do IGEDES acompanha 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, denominadas "*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, o procedimento passou a ser realizado semanalmente pelo VitaCare e mensalmente pelas UAP, conforme orientação da SUBPAV na reunião de 27/02/2023. Atualmente, a rotina está sendo executada semanalmente pelas UAP. Esse mecanismo assegura 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 Unidades de Atenção Primária, 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.

Em dezembro de 2025 conseguimos alcançar 100% do indicador de regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO) das 25 unidades, e ao final do quarto trimestre manteve o alcance de **100%** da meta.

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

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Proporção de profissionais da eSF e eSB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (V2 e V3), de sua equipe.	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: N° de unidades com comprovação de envio pelo prontuário / n° total de profissionais de ESF e ESB na área x 100.					
Fonte: PEP VITACARE					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

Tabela 9

O indicador de Regularidade no envio dos indicadores de desempenho, com um resultado de 100%, evidencia o comprometimento em promover a transparência dos resultados alcançados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e das Equipes de Saúde Bucal (eSB). Esse processo envolve a disseminação mensal dos indicadores de desempenho (V2 e V3) por meio do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), garantindo que todos os profissionais das equipes tenham acesso às informações atualizadas sobre o desempenho de suas atividades. A disponibilização regular desses dados não apenas fortalece o monitoramento e a avaliação das ações realizadas, mas também fomenta a reflexão sobre as práticas assistenciais e a identificação de oportunidades de melhoria.

Além disso, o acesso contínuo às informações de desempenho promove o alinhamento entre as metas institucionais e as ações cotidianas das equipes, contribuindo para um planejamento mais estratégico e orientado por evidências. Atingir 100% de envio regular dos indicadores reflete a consolidação de um fluxo de comunicação eficaz, reforçando o compromisso com a qualidade do cuidado prestado e o aprimoramento dos processos assistenciais.

Em dezembro de 2025 conseguimos alcançar 100% do indicador de regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3), contemplando o envio de produção das 25 unidades, e ao final do quarto trimestre mantivemos o percentual de **100%** de alcance da meta.

1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos

INDICADOR	META	RESULTADO
Razão do gasto administrativo em relação ao total de gasto.	≤ 1	1,0
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: Este indicador é apresentado ao final do trimestre (dezembro 2025)		

Tabela 10

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

INDICADOR	META	RESULTADO
Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS	95%	98,39%
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: Este indicador é apresentado ao final do trimestre (dezembro 2025)		

Tabela 11

1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e serviços prestados.	95%	97,67%	98,18%	96,52%	98,33%
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					

Tabela 12

O IGEDES realiza o monitoramento contínuo das avaliações feitas pelos gestores das Unidades de Atenção Primária quanto à qualidade dos itens adquiridos e dos serviços prestados. Esse acompanhamento tem como principal objetivo obter feedbacks que subsidiem a melhoria contínua dos processos, assegurando a eficiência na execução dos serviços de saúde e a promoção de condições adequadas para o trabalho das equipes e o atendimento aos usuários.

O indicador demonstra a eficácia das ações implementadas para a qualificação dos serviços e insumos fornecidos às unidades. Sempre que identificado algum serviço ou item que não atende aos padrões esperados, são adotadas medidas corretivas em parceria com a Gerência de Planejamento e a Supervisão de Território, fortalecendo o compromisso com a excelência e a resolutividade na Atenção Primária.

No mês dezembro de 2025, a avaliação do indicador de qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados foi de 98,33%. Ao final do quarto trimestre o alcance da meta foi de **97,67%**, no entanto, as seguintes unidades de saúde levantaram questões sobre a qualidade de alguns itens durante o período em questão.

- **CF Amélia dos Santos Ferreira:** 91,78%
- **CF Barbara Starfield:** 90,11%

- **CF Erivaldo Fernandes Nóbrega:** 95,07%
- **CF Hebert José de Souza:** 97,74%
- **CF Izabel dos Santos:** 95,78%
- **CF Sérgio Nicolau Amim:** 96,15%
- **CMS Antenor Nascente:** 94,68%
- **CMS Cesar Pernetta:** 93,33%
- **CMS Milton Fontes Magarão:** 97,39%
- **CMS Renato Rocco:** 89,73%

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período.	90%	88,98%	94,59%	87,50%	88,24%
<p>Cálculo do Indicador: N° de casos novos de tuberculose encerrados como cura na área no período de análise / N° total de casos novos de tuberculose encerrados na área no período em análise X 100.</p>					
<p>Fonte: PEP Vitacare</p>					
<p>Periodicidade da avaliação: Trimestral</p>					

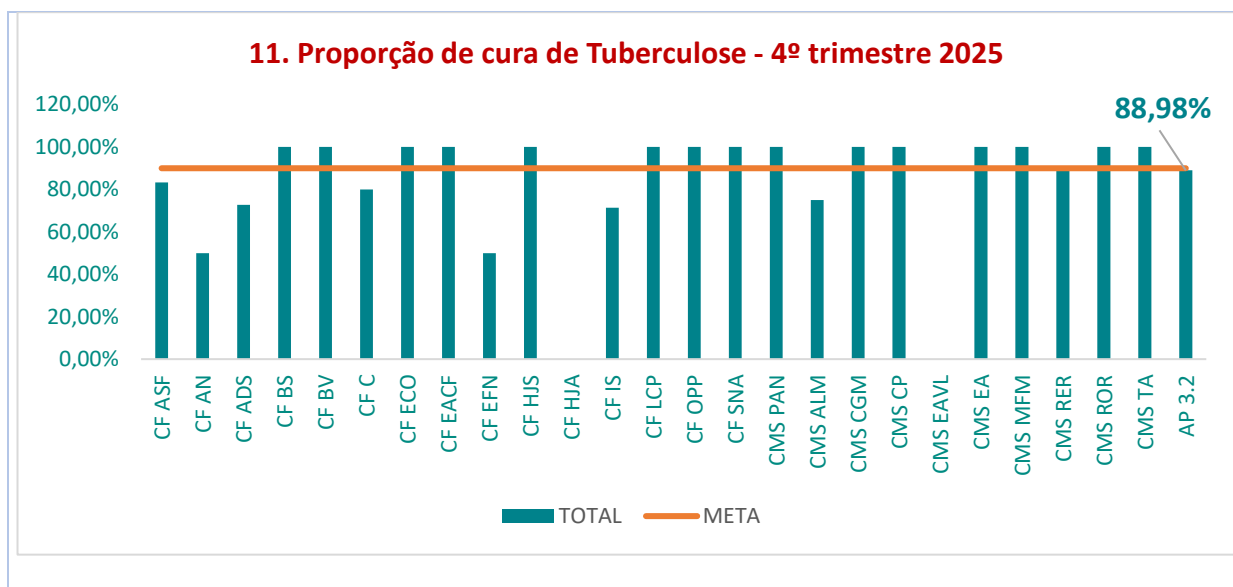


Tabela 13

No mês de dezembro, alcançamos o percentual de 88,57%, maior que o mês de novembro. Ao analisarmos o resultado do **quarto trimestre de 2025**, obtivemos o alcance de **88,98%** da meta, com 118 casos de tuberculose encerrados, desses, sendo 105 casos encerrados como cura, um aumento importante em relação ao trimestre anterior, onde o alcance foi de 85,82%.

Os 13 casos que não resultaram em cura durante o quarto trimestre, foram discutidos com as unidades de referência pela supervisão de território, com o objetivo de identificar fragilidades no manejo dos casos e aprimorar os processos de trabalho, realizando feedbacks com sugestões de manejo.

CMS Ariadne Lopes de Menezes

M.A.S. – Transferência realizada em decorrência de mudança de território, com indicação de continuidade do tratamento em outra unidade.

CF Izabel dos Santos

K.D.A.C. – Abandono de tratamento. Indícios de mudança de diagnóstico sem formalização, ausência de confirmação laboratorial, falta de DOT e busca ativa insuficiente.

E.N.O. – Abandono de tratamento. Paciente ausente do DOTS há mais de um mês, busca ativa sem sucesso e registros limitados quanto às tentativas realizadas.

CF Carioca

S.R.T. – Abandono de tratamento aproximadamente um mês antes do término. Usuária acompanhada no INI, com seguimento por pneumologista e retorno agendado para maio/2026 para nova reavaliação.

CF Amélia dos Santos

J.W.S. – Abandono de tratamento. Usuário de difícil adesão, não compareceu às consultas nem aderiu às propostas terapêuticas. Diversas buscas ativas realizadas pela equipe sem êxito. Ressalta-se que o usuário pertence a grupo ligado ao poder paralelo no território, dificultando o acompanhamento.

CMS Renato Rocco

T.M.S. – Abandono de tratamento. Usuária de difícil adesão, com faltas recorrentes às consultas e não realização das propostas terapêuticas. Buscas ativas realizadas sem sucesso.

CF Anna Ney

C.L.S. – Transferência realizada em novembro, devido à mudança de residência para outro território, para morar com a mãe.

C.L.S. – Retorno posterior ao território da unidade, com nova transferência para a Unidade SEAPAF Ary Franco (Sistema Prisional), conforme orientação da Linha de Cuidado CAP 3.2.

CF Anthidio Dias da Silveira

V.A.F. – Transferência realizada para a CF Manoel Fernandes Araújo (AP 3.3), aguardando retorno e confirmação de continuidade do tratamento.

J.R.S.N. – Abandono de tratamento. Relato de difícil adesão pela equipe técnica e ACS, ausência de busca ativa estruturada após faltas, registros incompletos e falha no monitoramento do caso.

J.V.P.S. – Abandono de tratamento. Em 07/10, familiar informou que o usuário encontra-se em situação de rua, no viaduto de Benfica, conforme relato da mãe à ACS.

CF Erivaldo Fernandes

L.S.M. – Transferência realizada para a CF Maria do Socorro (Rocinha – AP 2.1), com posterior abandono de tratamento na unidade de destino.

J.S.V. – Abandono de tratamento registrado em 09/10, com última dose administrada em 10/08. Usuário não responde aos contatos telefônicos e não foi localizado nas visitas domiciliares.

Importante ressaltar que, durante o quarto trimestre de 2025, as unidades CF Honório José de Andrade e o CMS Eduardo A. Vilhena Leite não apresentaram encerramento de CID de tuberculose.

A equipe de supervisão está realizando a avaliação dos prontuários das unidades com baixa ou nenhuma taxa de cura, verificação da atuação das equipes de saúde da família na busca ativa de pacientes faltosos e abandonos, e fortalecimento da vigilância epidemiológica.

No início de cada mês subsequente, as unidades de saúde são orientadas a preencher um instrumento eletrônico (formulário Google) com as justificativas para os indicadores que não foram alcançados no período anterior. Esse instrumento se configura como uma ferramenta estratégica para a identificação de fragilidades nos processos de trabalho e subsidia a elaboração de planos de intervenção direcionados.

Cabe ressaltar que, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), os usuários são identificados na planilha apenas pelas iniciais dos nomes, garantindo a privacidade das informações. Além disso, o acesso às respostas do formulário é restrito aos profissionais previamente autorizados pelo sistema de prontuário eletrônico (PEP).

Segue abaixo o link da planilha com as justificativas disponíveis para acesso da CTA através do link no Drive:

[https://docs.google.com/spreadsheets/d/14JodF6v-WGAhFqvbqCKc3mzriqIEnKN2PNuh8Elelkc/edit?usp=drive link](https://docs.google.com/spreadsheets/d/14JodF6v-WGAhFqvbqCKc3mzriqIEnKN2PNuh8Elelkc/edit?usp=drive_link)

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

1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Proporção de notificações de sífilis na gestação com tratamento adequado	90%	51,43%	45,45%	58,82%	65,22%
Cálculo do Indicador: N° de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para sífilis na gestação com tratamento adequado no período de análise / N° 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

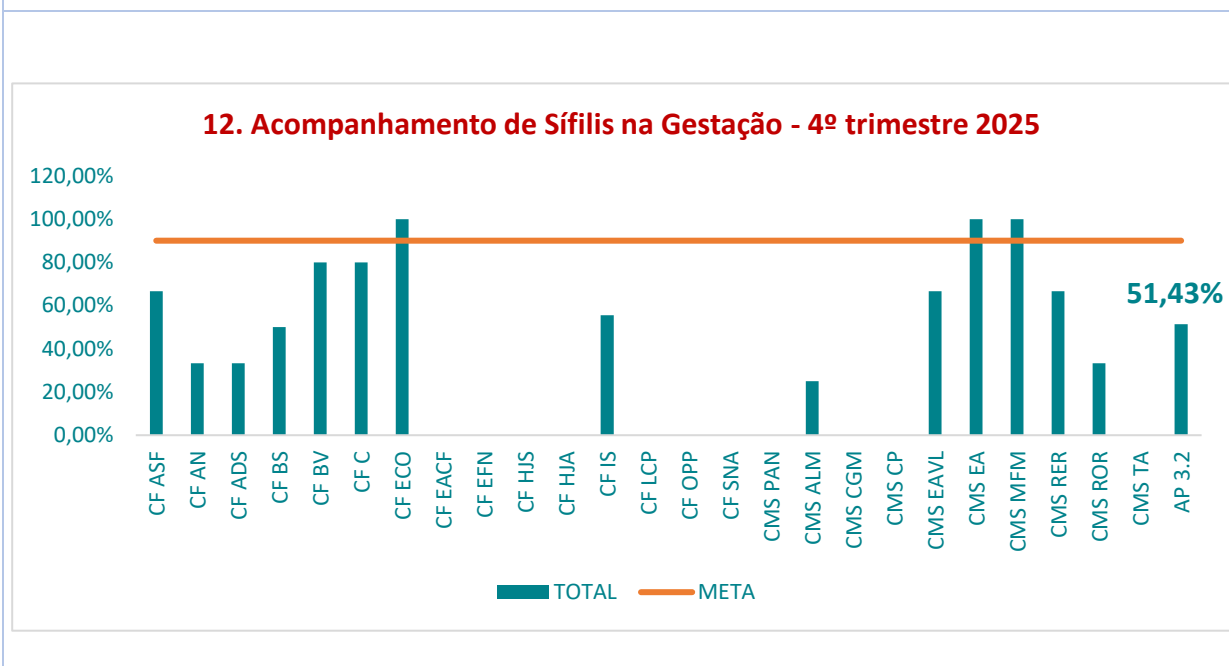


Tabela 14

Ao analisarmos o mês de dezembro de 2025, observamos 24 gestantes diagnosticadas com sífilis encerrando a gestação, desses, apenas 15 casos atendendo a todos os critérios exigidos pelo indicador 12 para classificação de cura, resultando em um percentual de **65,22%**, um pequeno aumento se comparado ao mês de novembro.

Já ao término do **quarto trimestre de 2025**, observamos o total de 70 gestantes diagnosticadas com sífilis encerrando a gestação, desses, apenas 36 casos atendendo a todos os critérios exigidos pelo indicador 12, resultando em um percentual de tratamento adequado – cura de **51,43%**.

Após a mudança na nota técnica do indicador 12 em julho de 2025, o resultado ainda se encontra abaixo da meta pactuada de 90%, sendo necessário manter os esforços para garantir a continuidade desse avanço.

Com base nos dados de diferença ao longo do trimestre, apresenta-se a análise de uma amostra de casos de gestantes com sífilis, com a identificação das principais fragilidades observadas no acompanhamento e manejo dos casos.

1. CF Anna Nery

Usuária: N.D.F.

Status: Encerramento em 06/11/2025

Situação Identificada:

- Realizou apenas 2 doses do tratamento.
- Na data prevista para a 3ª dose, a ACS informou que a usuária mudou de território, resultando em interrupção do tratamento.

Avaliação:

- Tratamento incompleto por perda de seguimento territorial.

Encaminhamento sugerido:

- Notificação à vigilância para rastreamento no novo território, quando possível.
- Registro de encerramento por mudança de área devidamente justificado em prontuário.

2. CMS Professor Nascentes

Usuária: A.S.R.

Status: Fragilidade de vigilância

Situação Identificada:

- Usuária com CID ativo antes da gestação.
- Ausência de registro das doses no prontuário.
- Aprazamento inadequado, com intervalo de 6 dias entre doses, inferior ao recomendado em protocolo.

Avaliação:

- Falha grave de registro e não conformidade com o esquema terapêutico.
- Risco de ineficácia do tratamento e inconsistência para fins de vigilância epidemiológica.

Encaminhamento sugerido:

- Revisão imediata do prontuário.
- Reforço das orientações quanto ao intervalo mínimo entre doses.
- Capacitação da equipe quanto à importância do registro correto.

3. CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite

Usuária: Y.S.B.B.

Status: 3 doses realizadas

Situação Identificada:

- Tratamento considerado completo (3 doses).
- Datas divergentes em prontuário.
- Intervalo de 6 dias entre a 2ª e a 3ª dose, abaixo do recomendado.

Avaliação:

- Embora o número de doses esteja completo, o aprazamento inadequado compromete a validade do protocolo.

Encaminhamento sugerido:

- Avaliação clínica quanto à necessidade de reavaliação do esquema.
- Correção e padronização dos registros no prontuário eletrônico.

4. CF Emygdio Alves Costa Filho

Usuária: Geovanna da Gloria Fardilha

Situação Identificada:

- Análise do prontuário evidenciou que não houve lançamento correto das doses por médico e enfermeiro.
- Apenas o procedimento foi lançado pelos técnicos, sem validação clínica adequada.

Avaliação:

- Inconsistência de registro profissional, comprometendo rastreabilidade e vigilância.

Orientações / Encaminhamentos:

- Incluir a usuária na agenda do enfermeiro e/ou médico.
- Garantir que o lançamento da dose seja realizado no mesmo dia da administração, pelo profissional responsável.

Com base na análise dos casos apresentados no relatório, foram identificadas as seguintes fragilidades no acompanhamento das gestantes com sífilis:

- **Abandono de tratamento**, relacionado principalmente à perda de seguimento por mudança de território, sem garantia de continuidade do cuidado.
- **Aprazamento inadequado das doses**, com intervalos inferiores aos preconizados nos protocolos vigentes, comprometendo a eficácia do tratamento.
- **Ausência de registro das doses em prontuário**, incluindo falhas no lançamento por profissionais responsáveis e inconsistências nas datas, prejudicando a rastreabilidade do cuidado.
- **Registro de CID anterior à gestação**, sem evidência de monitoramento adequado ou regularização do tratamento antes ou durante o pré-natal, configurando fragilidade da vigilância.

Importante ressaltar que durante o quarto trimestre de 2025, as unidades CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, Luiz Célio Pereira, CF Olga Pereira Pacheco, CF Sérgio Nicolau Amin e CMS Cesar Pernetta não apresentaram encerramento de gestação em gestantes com CID de sífilis no período.

A supervisão de território tem realizado visitas para discutir os casos e oferecer apoio no plano de ação, com o objetivo de melhorar o processo de trabalho e o acompanhamento das gestantes com diagnóstico de sífilis. A continuidade desses esforços é crucial para alcançar a meta pactuada e melhorar os resultados no acompanhamento da sífilis durante a gestação.

No início de cada mês subsequente, as unidades de saúde são orientadas a preencher um instrumento eletrônico (formulário Google) com as justificativas para os indicadores que não foram alcançados no período anterior. Esse instrumento configura-se como uma ferramenta estratégica para a identificação de fragilidades nos processos de trabalho e subsidia a elaboração de planos de intervenção direcionados. Cabe ressaltar que, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), os usuários são identificados na planilha apenas pelas iniciais dos nomes, garantindo a privacidade das informações. Além disso, o acesso às respostas do formulário é restrito aos profissionais previamente autorizados pelo sistema de prontuário eletrônico (PEP).

Segue abaixo o link da planilha com as justificativas disponíveis para acesso da CTA através do link no Drive:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/14JodF6v-WGAhFqv bqCKc3mzrqiEnKN2PNuh8Elelkc/edit?usp=drive link>

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

1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas.

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP.	85%	84,06%	77,93%	87,50%	86,55%

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

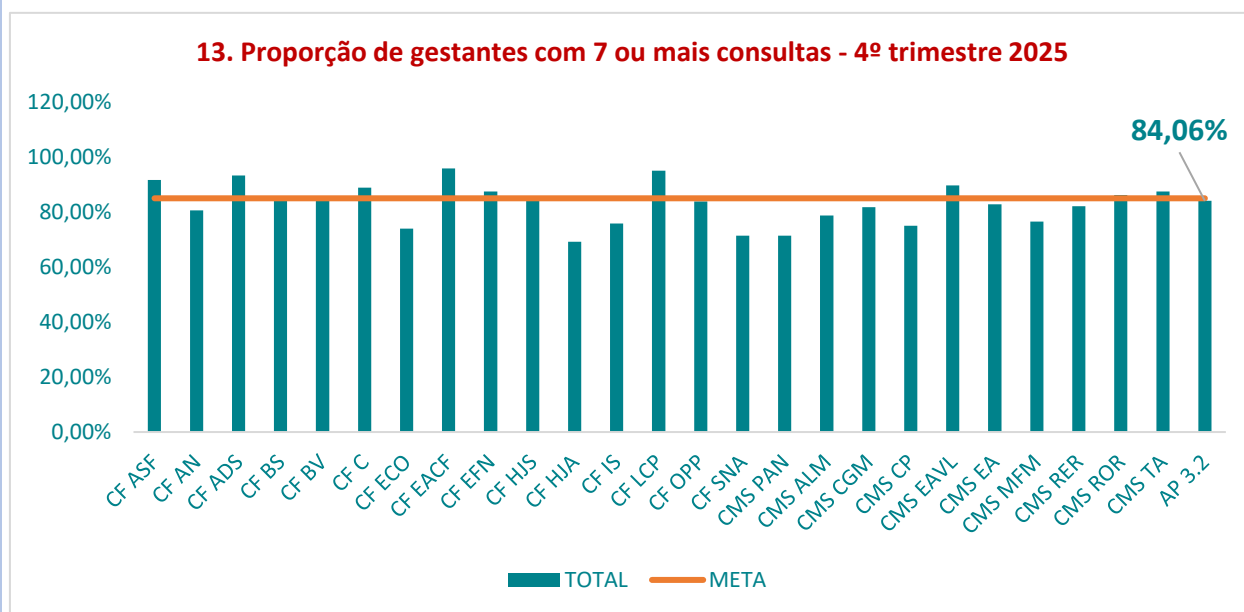


Tabela 15

O indicador referente à proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal apresentou no mês de outubro 2025, um desempenho de **77,93%**, permanecendo abaixo da meta pactuada de 85%, no mês de novembro o alcance superou a meta do indicador ficando em **87,50%**, já no mês de dezembro houve um pequeno declínio com alcance de **86,55%**.

Ao analisarmos o **quarto trimestre de 2025**, a Área Programática 3.2 registrou um total de 640 baixas de CID de gestantes. Dentre essas, 538 gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, resultando em um **desempenho de 84,06%** para o indicador. 9 unidades no referido trimestre se destacaram na cobertura de gestantes acompanhadas, alcançando acima de 85% de realização de sete ou mais consultas de pré-natal: CF Amélia dos Santos, CF Anthidio Dias da Silveira, CF Carioca, CF Emygdio Alves Costa Filho, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Luiz Celio Pereira, CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite, CMS Rodolpho Rocco e CMS Tia Alice. Sendo assim, 16 unidades não alcançaram o percentual mínimo esperado no trimestre. Essa análise destaca a importância do pré-natal adequado e os desafios enfrentados por algumas unidades em atender as gestantes de forma eficiente. A busca pela melhoria contínua e a troca de boas práticas entre as unidades que se destacaram podem ser estratégias eficazes para elevar a cobertura nas unidades com resultados insatisfatórios.

É crucial qualificar as ações de acolhimento, fortalecer a busca ativa pelas equipes, garantir vigilância oportuna e melhorar a articulação entre os pontos da rede de atenção, assegurando que todas as gestantes recebam, no mínimo, sete consultas de pré-natal. Em resumo, o indicador mostra avanços limitados e aponta a necessidade de medidas de curto e médio prazo, como revisão dos fluxos de pré-natal, monitoramento mensal das gestantes, clareza no registro e encerramento dos CID, além do estímulo à troca de boas práticas entre unidades. Essas ações são fundamentais para melhorar o desempenho da CAP 3.2 e garantir acesso adequado às consultas de pré-natal.

No início de cada mês subsequente, as unidades de saúde são orientadas a preencher um instrumento eletrônico (formulário Google) com as justificativas para os indicadores que não foram alcançados no período anterior. Esse instrumento configura-se como uma ferramenta estratégica para a identificação de fragilidades nos processos de trabalho e subsidia a elaboração de planos de intervenção direcionados. Cabe ressaltar que, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), os usuários são identificados na planilha apenas pelas iniciais dos nomes, garantindo a privacidade das informações. Além disso, o acesso às respostas do formulário é restrito aos profissionais previamente autorizados pelo sistema de prontuário eletrônico (PEP).

Segue abaixo o link da planilha com as justificativas disponíveis para acesso da CTA através do link no Drive:

[https://docs.google.com/spreadsheets/d/14JodF6v-WGAhFqvbgCKc3mzriqIEnKN2PNuh8Elelkc/edit?usp=drive link](https://docs.google.com/spreadsheets/d/14JodF6v-WGAhFqvbgCKc3mzriqIEnKN2PNuh8Elelkc/edit?usp=drive_link)

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

1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Proporção de cadastros definitivos com n° único (CPF)	90%	99,43%	99,38%	99,39%	99,47%
Cálculo do Indicador: N° de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais / N° total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais x 100.					
Fonte: PEP VitaCare					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

Tabela 16

O indicador referente à Proporção de Cadastros Definitivos com CPF no mês de dezembro de 2025 alcançou resultado de 99,47%, e ao final do quarto trimestre o alcance foi de **99,43%**. Esse percentual se manteve acima da meta estabelecida. Esse desempenho consistente ao longo do ano evidencia a efetividade das estratégias implementadas para a qualificação dos cadastros no PEP VitaCare.

Entretanto, o processo de atualização e adequação dos cadastros permanece em curso. A manutenção das estratégias de sensibilização das equipes, aliada ao monitoramento contínuo, é essencial para garantir que o indicador alcance níveis cada vez mais próximos da completude total dos cadastros. Com o objetivo de qualificar o acompanhamento da completude dos cadastros, a equipe de Qualidade iniciou um levantamento mensal por meio dos informes do

VitaCare. Esse levantamento será enviado às unidades da Atenção Primária como uma ferramenta de apoio, possibilitando a identificação de cadastros incompletos e orientando as equipes sobre os ajustes necessários. Essa ação visa reforçar a importância do preenchimento do CPF nos cadastros, garantindo a integridade dos dados, a unificação das informações e a melhoria dos processos de identificação dos usuários no sistema, além de assegurar a continuidade do cuidado e a integração das informações em diferentes níveis de atenção.

1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: Número de unidades com colegiados gestores com atividade mensal / Número de unidades com equipes de Saúde da Família X 100.					
Fonte: PEP VitaCare					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

Tabela 17

A manutenção dos colegiados gestores é um processo essencial para garantir uma gestão participativa, fortalecendo as ações e estratégias no território de atuação. Esse modelo de gestão compartilhada promove um espaço contínuo para a troca de ideias, a construção conjunta de soluções e a tomada de decisões colaborativas, contribuindo para a qualificação dos serviços prestados na Atenção Primária. No contexto desse indicador, o Prontuário Eletrônico do Paciente PEP VitaCare desempenha um papel estratégico. Por meio do módulo de cadastro da unidade, os gerentes devem registrar a existência do colegiado gestor, a periodicidade das reuniões realizadas e anexar as atas correspondentes.

Esse procedimento assegura um monitoramento contínuo da atuação dos colegiados e garante a transparência nas ações de gestão. Para que um colegiado gestor seja considerado ativo, é necessária a realização de, no mínimo, uma reunião mensal. Esse requisito visa manter o fluxo de comunicação entre os membros, alinhando as ações da unidade com as demandas da

comunidade e assegurando a continuidade das atividades planejadas. Além disso, as programações das reuniões são regularmente compartilhadas com líderes comunitários, ampliando a participação da comunidade no planejamento e no acompanhamento das ações.

Essa iniciativa fortalece o vínculo entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para a construção de um modelo de gestão mais inclusivo e transparente. Em termos de desempenho, o indicador "Manutenção dos Colegiados Gestores" atingiu 100% em todos os meses avaliados, evidenciando o compromisso das unidades em manter um fluxo regular de reuniões e em cumprir os critérios estabelecidos para o funcionamento pleno dos colegiados.

Em dezembro de 2025, todas as 25 unidades mantiveram a realização dos colegiados gestores, alcançando 100% do indicador.

1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	≤5	0,51	0,67	0,39	0,44
Cálculo do Indicador: $[(N^{\circ} \text{ de profissionais substituídos} + n^{\circ} \text{ de profissionais admitidos}) / 2] / N^{\circ} \text{ total de profissionais ativos no período.}$					
Fonte: CNES					
Periodicidade da avaliação: Trimestral					

Tabela 18

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, tem sido realizado 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 adotadas. A rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família é um indicador fundamental para avaliar a estabilidade das equipes e o impacto das substituições na continuidade do cuidado. A manutenção da equipe estável é um fator determinante para a continuidade do cuidado aos usuários, evitando descontinuidades no acompanhamento e fortalecendo os vínculos entre profissionais e pacientes. Esse contexto contribui para a construção de um cuidado longitudinal e humanizado, além de reduzir o impacto negativo no fluxo de trabalho, considerando que cada substituição envolve um período de adaptação e capacitação do novo profissional.

Entre os fatores que contribuíram para o desempenho positivo estão a estabilidade das contratações, e as estratégias de integração e acolhimento para novos profissionais, que auxiliam na rápida adaptação ao ambiente de trabalho. Além disso, ações de Educação Permanente também se destacam, promovendo um ambiente de aprendizado contínuo e favorecendo a retenção dos colaboradores.

O indicador de rotatividade é monitorado mensalmente e manteve-se dentro do parâmetro estabelecido de 5%, apresentado respectivamente 0,67% no mês de outubro e 0,39% no mês de novembro e 0,44% no mês de dezembro. No trimestre em análise obtivemos o resultado de 0,51% no indicador, comparando com o trimestre anterior, onde o alcance foi de 1,59%, podemos observar uma melhoria contínua e a eficácia das ações de retenção dos profissionais.

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

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Nº de crianças e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiárias.	dezembro 90%	93,10%	71,42%	90,64%	93,10%
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

Tabela 19

As políticas sociais de base territorial, como o programa Bolsa Família e o Cartão Família Carioca, são elementos de agregação de ações junto a famílias em situação de vulnerabilidade social, na perspectiva de ampliação do acesso aos serviços e redução dos fatores geradores da desigualdade e exclusão social (Guadagnin, 2019). A Estratégia Saúde da Família é um *locus* privilegiado para o acompanhamento das condicionalidades de saúde dessas famílias. Foram elaborados e implementados pela Gerência de Planejamento e Supervisão de Território IGEDES instrumentos de monitoramento, visando ao apoio e alcance deste indicador.

No mês de dezembro as unidades de saúde alcançaram o percentual 93,10%, superando a meta proporcional de 90% estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

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

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Proporção de escolas e creches cobertas na área da UAP	90%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cálculo do Indicador: N° de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde / Total de escolas da área x 100.					
Fonte: PEP VitaCare					
Periodicidade da avaliação: Mensal					
Nota: Mês não letivo, não será considerado para o trimestre*					

Tabela 20

No mês de dezembro de 2025 o indicador atingiu 100% e ao final do quarto trimestre mantivemos o alcance de **100%** de cumprimento da meta estabelecida, demonstrando a

adesão das unidades ao planejamento das ações de promoção e prevenção em saúde nas escolas e creches.

Para apoiar os gestores das Unidades de Atenção Primária (UAP) e favorecer o alcance do indicador, foram desenvolvidas ferramentas de monitoramento pela Gerência de Planejamento e pela Supervisão de Território IGEDES. Os supervisores são notificados em relação às unidades que ainda não receberam ações no mês em curso. A equipe da Supervisão de Território IGEDES realiza uma avaliação diária do indicador nos últimos dias do mês vigente.

1.1.2 Desempenho Assistencial

INDICADOR	META	RESULTADO TRIMESTRE	OUT	NOV	DEZ
Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral entre as famílias beneficiárias de programa de incentivo.	100%	104,44%	13,58%	37,83%	52,96%
<p>Cálculo do Indicador: N° de famílias beneficiárias dos programas de incentivo cadastradas na área de ESF com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou ESB X 100/ Total de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da ESF.</p>					
<p>Fonte: PEP VitaCare</p>					
<p>Periodicidade da avaliação: Trimestral</p>					
<p>Nota: Todos os membros das famílias beneficiárias devem ser contemplados pelo menos 1X no trimestre.</p>					

Tabela 21

A distribuição do kit de higiene oral é um indicador que tem como objetivo garantir o acesso dos usuários aos insumos básicos para a promoção da saúde bucal, com meta estipulada em 100%.

O monitoramento das entregas ocorre de forma trimestral, exigindo um acompanhamento criterioso por parte das unidades de Atenção Primária, de modo a assegurar que todos os integrantes das famílias cadastradas sejam contemplados.

Com o intuito de aprimorar o controle das entregas e evitar duplicidades, foi adotado o procedimento de extração de listas específicas de usuários que ainda não receberam o kit no trimestre em andamento. Essa estratégia visa orientar as ações das equipes, garantindo que a atenção esteja voltada aos usuários que ainda não foram contemplados, ao invés de utilizar a listagem geral de famílias com divergências.

Vale destacar que o indicador só será contabilizado para a família quando todos os seus membros tiverem recebido o kit de higiene oral. Caso algum integrante não seja contemplado, o indicador não será computado, o que reforça a importância de um controle preciso das entregas.

A recomendação é que as unidades mantenham o acompanhamento contínuo das listas de usuários, priorizando a integralidade das entregas para todas as famílias, de forma a assegurar a completude do cuidado e o alcance da meta estabelecida. Além disso, será realizado um monitoramento trimestral pelas equipes de Qualidade, com devolutivas direcionadas às unidades sobre o desempenho no indicador e orientações para correção de possíveis inconsistências.

Avaliando o mês de dezembro de 2025, a área da Coordenação de Atenção Primária (CAP) 3.2 alcançou 52,96% na entrega dos kits odontológicos nas unidades, com alcance de **104,44%** ao final do quarto trimestre. É importante ressaltar que esse indicador é contabilizado no fechamento do trimestre, ou seja, ao final do mês de dezembro de 2025. Portanto, cada unidade possui um planejamento específico para a entrega e registro dos referidos kits dentro do prazo estabelecido.

2. PARTE 2: VARIÁVEL 02

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 N° 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:

- ❖ **0 a 11 indicadores:** não será repassado **nenhum valor**;
- ❖ **12 a 16 indicadores:** será repassado **50% do valor do trimestre**;
- ❖ **17 a 20 indicadores:** 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.

Compleitude 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%.

Abaixo, segue o painel de completude de cadastro do trimestre Outubro, Novembro, Dezembro de 2025:

100% Completude de Cadastros			
UNIDADE	OUT	NOV	DEZ
CF AMÉLIA DOS SANTOS FERREIRA	96,48%	98,44%	99,58%
CF ANNA NERY	83,13%	83,11%	96,39%
CF ANTHÍDIO DIAS DA SILVEIRA	65,56%	65,63%	89,37%
CF BÁRBARA STARFIELD	54,29%	54,47%	71,76%
CF BIBI VOGEL	54,85%	55,00%	87,65%
CF CARIOCA	89,74%	90,17%	98,40%
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	48,06%	48,90%	86,07%
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	77,29%	77,51%	94,61%
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	69,30%	69,72%	88,06%
CF HERBERT JOSÉ DE SOUZA	67,12%	68,20%	93,62%
CF HONÓRIO JOSÉ DE ANDRADE	77,69%	77,45%	96,09%
CF IZABEL DOS SANTOS	75,86%	75,82%	96,36%
CF LUIZ CÉLIO PEREIRA	78,51%	78,51%	93,45%
CF OLGA PEREIRA PACHECO	59,41%	59,78%	83,40%
CF SÉRGIO NICOLAU AMIN	51,88%	51,97%	75,81%
CMS PROF ANTENOR NASCENTES	58,53%	58,76%	77,96%
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	46,20%	46,34%	71,33%
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	68,17%	68,26%	78,25%
CMS CÉSAR PERNETTA	29,57%	29,94%	78,25%
CMS EDUARDO ARAÚJO VILHENA LEITE	46,44%	46,69%	76,81%
CMS ELIZA ABRANTES	58,31%	59,47%	91,68%
CMS MILTON FONTES MAGARÃO	66,64%	66,73%	92,08%
CMS RENATO ROCCO	73,61%	73,80%	96,07%
CMS RODOLPHO ROCCO	83,21%	83,32%	95,78%
CMS TIA ALICE	49,70%	49,63%	78,51%
AP 3.2	66,40%	66,76%	88,56%

Tabela 22

QUADRO COM AS UNIDADES QUE ALCANÇARAM A VARIÁVEL 2:

UNIDADE	EQUIPE	Nº DE INDICADORES ALCANÇADOS	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	CAMILA BRAVO	17 de 20 indicadores	R\$ 1.500,00
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	FAGUNDES VARELA	17 de 20 indicadores	R\$ 1.500,00
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	FAZENDINHA	12 de 20 indicadores	R\$ 1.500,00

CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	FRANCISCO FRAGOSO	14 de 20 indicadores	R\$ 1.500,00
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	MONTEIRO DA LUZ	15 de 20 indicadores	R\$ 1.500,00
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	PAU FERRO	16 de 20 indicadores	R\$ 1.500,00
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	POCONE	15 de 20 indicadores	R\$ 1.500,00
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	SILVA BRAGA	15 de 20 indicadores	R\$ 1.500,00
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	TOTAL	16 de 20 indicadores	R\$ 12.000,00
CF ANNA NERY	ALMIRANTE ARY PARREIRAS	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF ANNA NERY	CAMBORIU	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF ANNA NERY	DR GARNIER	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF ANNA NERY	JOSE FELIX	12 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF ANNA NERY	MAGALHAES CASTRO	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF ANNA NERY	TOTAL	13 de 20 indicadores	R\$ 3.750,00
CF BARBARA STARFIELD	DARKE DE MATOS	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF BARBARA STARFIELD	DOMINGOS DE MAGALHAES	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF BARBARA STARFIELD	FELIX FERREIRA	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF BARBARA STARFIELD	PIRES DE CARVALHO	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF BARBARA STARFIELD	VOLTA GRANDE	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF BARBARA STARFIELD	TOTAL	14 de 20 indicadores	R\$ 3.750,00
CF BIBI VOGEL	ADHEMAR BEBIANO	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF BIBI VOGEL	CANITAR	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF BIBI VOGEL	HORTOLANDIA	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF BIBI VOGEL	MALACACHETA	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF BIBI VOGEL	MANUEL MAURICIO	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF BIBI VOGEL	MARECHAL CASTELO BRANCO	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF BIBI VOGEL	MOREIA	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF BIBI VOGEL	TOTAL	17 de 20 indicadores	R\$ 5.250,00
CF CARIOCA	BERGAMO	18 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF CARIOCA	ITAPOA	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF CARIOCA	MOGI MIRIM	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00

CF CARIOCA	TOTAL	18 de 20 indicadores	R\$ 2.250,00
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	ALZIRA VALDETARO	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	BELA VISTA	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	CERQUEIRA LIMA	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	CONSELHEIRO JOBIM	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	MANOEL MIRANDA	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	SAO PAULO	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	TOTAL	16 de 20 indicadores	R\$ 4.500,00
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	AGUIA DE OURO	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	ALVARO DE MIRANDA	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	ENGENHO	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	MAJOR ADERBAL COSTA	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	MARIO BAHIA	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	TOTAL	15 de 20 indicadores	R\$ 3.750,00
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	ENGENHO DO MATO	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	MACHADO SOBRINHO	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	MARACA	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	PEREIRA PINTO	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00

CF HERBERT JOSE DE SOUZA	SILVA VALE	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	TOTAL	15 de 20 indicadores	R\$ 3.750,00
CF IZABEL DOS SANTOS	CEU AZUL	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF IZABEL DOS SANTOS	DOIS DE MAIO	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF IZABEL DOS SANTOS	ENGENHO NOVO	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF IZABEL DOS SANTOS	POLONIA	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF IZABEL DOS SANTOS	VEIGA BASTOS	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF IZABEL DOS SANTOS	TOTAL	16 de 20 indicadores	R\$ 3.750,00
CF LUIZ CELIO PEREIRA	ABOLICAO	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF LUIZ CELIO PEREIRA	CASEMIRO DE ABREU	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF LUIZ CELIO PEREIRA	COIMBRA DA LUZ	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF LUIZ CELIO PEREIRA	FERNANDO SIMONI	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF LUIZ CELIO PEREIRA	MACEDO BRAGA	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF LUIZ CELIO PEREIRA	TOTAL	17 de 20 indicadores	R\$ 3.750,00
CF OLGA PEREIRA PACHECO	ANA QUINTAO	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF OLGA PEREIRA PACHECO	ARTUR VARGAS	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF OLGA PEREIRA PACHECO	CARDOSO QUINTAO	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF OLGA PEREIRA PACHECO	PARANAPIACABA	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF OLGA PEREIRA PACHECO	PAULO PIRES	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF OLGA PEREIRA PACHECO	SOLIMÕES	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF OLGA PEREIRA PACHECO	TOTAL	16 de 20 indicadores	R\$ 4.500,00

CF SERGIO NICOLAU AMIN	BAMBORE	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF SERGIO NICOLAU AMIN	CHAVES PINHEIRO	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF SERGIO NICOLAU AMIN	CONFEDERACAO SUICA	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF SERGIO NICOLAU AMIN	MANET	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF SERGIO NICOLAU AMIN	VASCO DA GAMA	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CF SERGIO NICOLAU AMIN	TOTAL	14 de 20 indicadores	R\$ 3.750,00
CMS ANTENOR NASCENTES	PROF ANTENOR NASCENTE	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS ANTENOR NASCENTES	TOTAL	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	ARAUJO LEITAO	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	BARAO DO BOM RETIRO	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	BICUIBA	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	DONA ROMANA	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	ENCONTRO	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	MIGUEL GALVAO	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	TOTAL	17 de 20 indicadores	R\$ 4.500,00
CMS CESAR PERNETTA	HERMENGARDA	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS CESAR PERNETTA	LOPES DA CRUZ	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS CESAR PERNETTA	VENCESLAU	12 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS CESAR PERNETTA	TOTAL	16 de 20 indicadores	R\$ 2.250,00
CMS EDUARDO ARAUJO VILHENA LEITE	FERNAO CARDIM	12 de 20 indicadores	R\$ 750,00

CMS EDUARDO ARAUJO VILHENA LEITE	HENRIQUE SCHEID	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS EDUARDO ARAUJO VILHENA LEITE	PIAUI	13 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS EDUARDO ARAUJO VILHENA LEITE	TOTAL	13 de 20 indicadores	R\$ 2.250,00
CMS ELIZA ABRANTES	BOCA DO MATO	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS ELIZA ABRANTES	LINS IMPERIAL	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS ELIZA ABRANTES	MARIA LUIZA	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS ELIZA ABRANTES	SINCORA	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS ELIZA ABRANTES	VILELA TAVARES	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS ELIZA ABRANTES	TOTAL	15 de 20 indicadores	R\$ 3.750,00
CMS MILTON FONTES MAGARAO	ADOLFO BERGAMINI	12 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS MILTON FONTES MAGARAO	BORJA REIS	14 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS MILTON FONTES MAGARAO	CAMARISTA	12 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS MILTON FONTES MAGARAO	ITAPEMA	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS MILTON FONTES MAGARAO	OURO PRETO	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS MILTON FONTES MAGARAO	OUTEIRO	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS MILTON FONTES MAGARAO	SANTOS TITARA	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS MILTON FONTES MAGARAO	TOTAL	14 de 20 indicadores	R\$ 5.250,00
CMS RENATO ROCCO	AIRES CASAL	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS RENATO ROCCO	ALVARES DE AZEVEDO	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS RENATO ROCCO	CACHAMBI	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00

CMS RENATO ROCCO	ESPERANCA	16 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS RENATO ROCCO	JACARE	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS RENATO ROCCO	TOTAL	17 de 20 indicadores	R\$ 3.750,00
CMS TIA ALICE	24 DE MAIO	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS TIA ALICE	SAO FRANCISCO XAVIER	15 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS TIA ALICE	VILA OLIMPICA	17 de 20 indicadores	R\$ 750,00
CMS TIA ALICE	TOTAL	17 de 20 indicadores	R\$ 2.250,00
AP 3.2	TOTAL	16 de 20 indicadores	R\$ 79.500,00

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

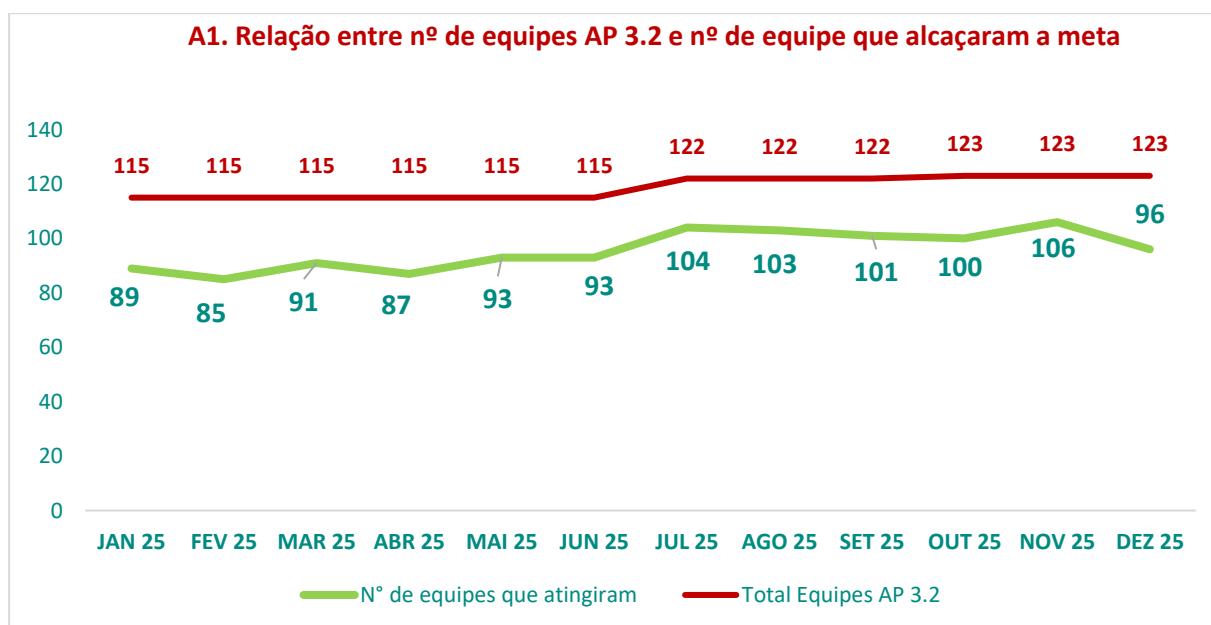


Gráfico 1

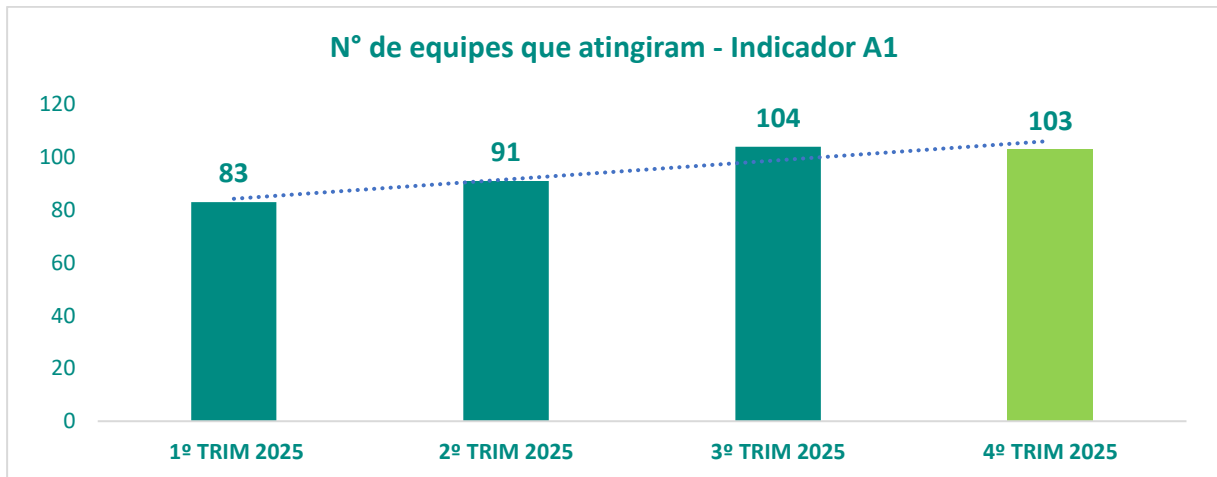


Gráfico 2

Análise anual CAP 3.2

O Indicador A1, que mede a **porcentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio médico de família**, revelou uma estabilidade positiva no desempenho das equipes da Atenção Primária (AP 3.2) ao longo do período de janeiro a dezembro de 2025. O total de equipes na área permaneceu constante em 115 até junho, aumentando para 122 em julho, 123 em outubro e mantendo 123 em novembro e dezembro.

No que diz respeito ao número de equipes que atingiram a meta, em janeiro foram registradas 89 equipes, com uma leve queda para 85 em fevereiro. A partir de março, observou-se uma recuperação gradual, com 91 equipes alcançando a meta. Abril apresentou nova oscilação, com 87 equipes, mas maio e junho mostraram um crescimento consistente, com 93 equipes em ambos os meses. O avanço mais expressivo ocorreu em julho, quando 104 equipes atingiram a meta, mantendo-se em um desempenho elevado de 103 equipes em agosto e setembro. Em outubro houve uma nova oscilação, com 100 equipes alcançando o indicador, em novembro tivemos aumento para 106 equipes. No mês de dezembro, 96 equipes obtiveram alcance. Dentre as justificativas para não alcance estão vacâncias médicas, férias e afastamentos por motivos de saúde.

De forma geral, os resultados demonstram uma manutenção consistente acima de 85 equipes mensais cumprindo o indicador A1, além de um crescimento no segundo semestre. Isso sinaliza um avanço na consolidação do cuidado longitudinal pelo médico de família, refletindo esforços bem-sucedidos para melhorar o acesso e a continuidade do atendimento aos pacientes. A análise sugere que, embora tenha havido algumas oscilações, o desempenho geral é promissor e indica um fortalecimento das práticas de assistência à saúde.

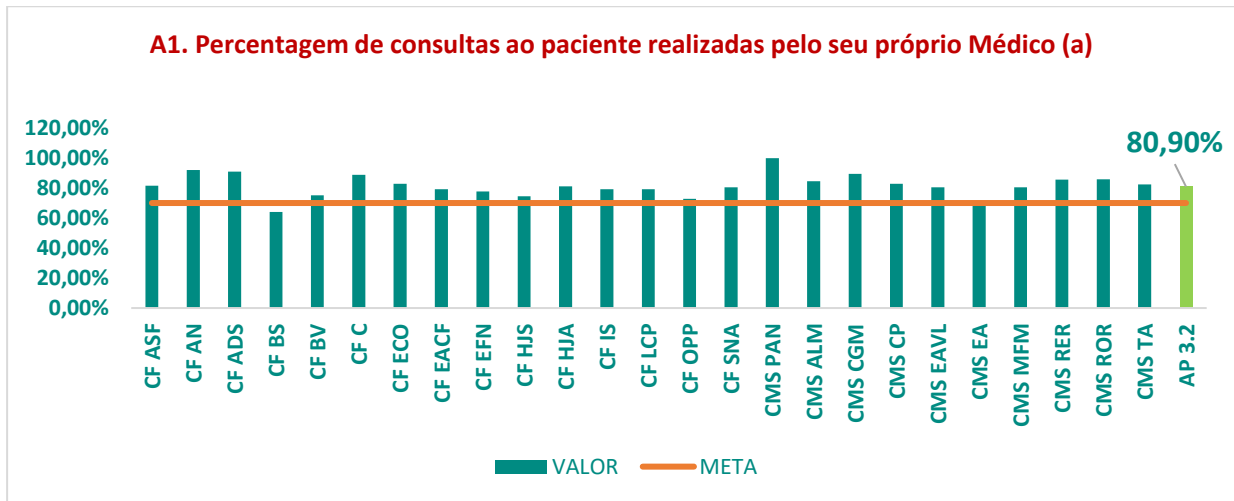


Gráfico 3

O resultado agregado da AP 3.2, indicado no gráfico com percentual de **80,9%**, demonstra que a área como um todo **atinge a meta estabelecida**, revelando um cenário favorável quanto à longitudinalidade do cuidado médico na Atenção Primária. Esse desempenho global positivo, entretanto, não elimina a necessidade de intervenções direcionadas às equipes com menor desempenho, a fim de reduzir desigualdades internas e fortalecer padrões homogêneos de qualidade assistencial.

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

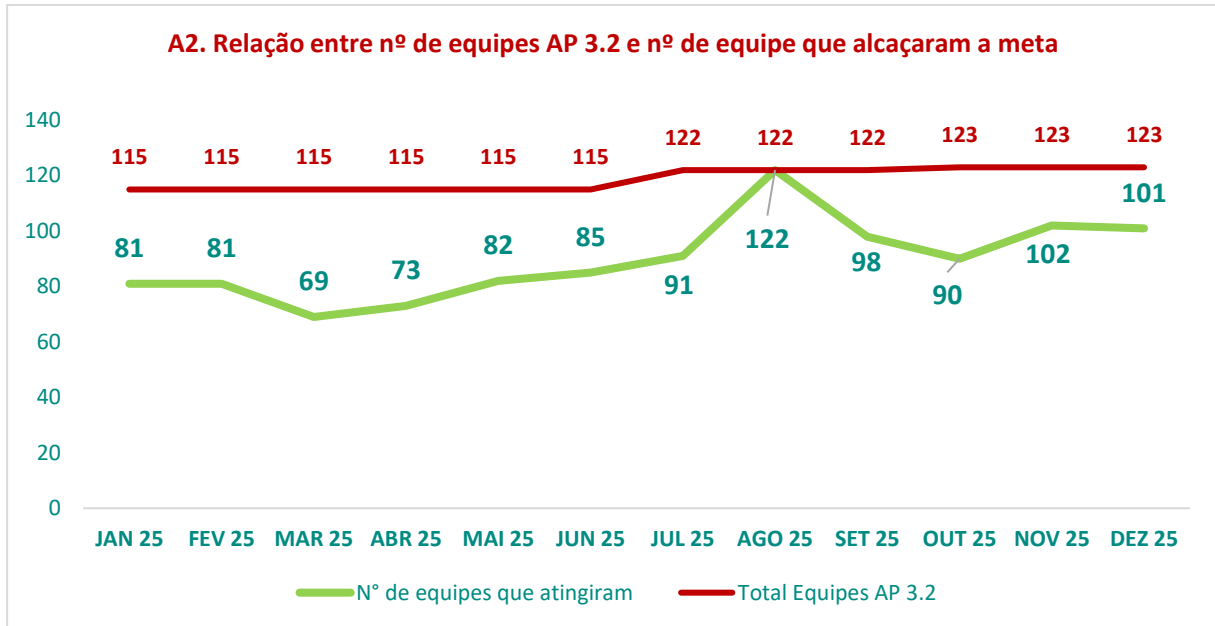


Gráfico 4

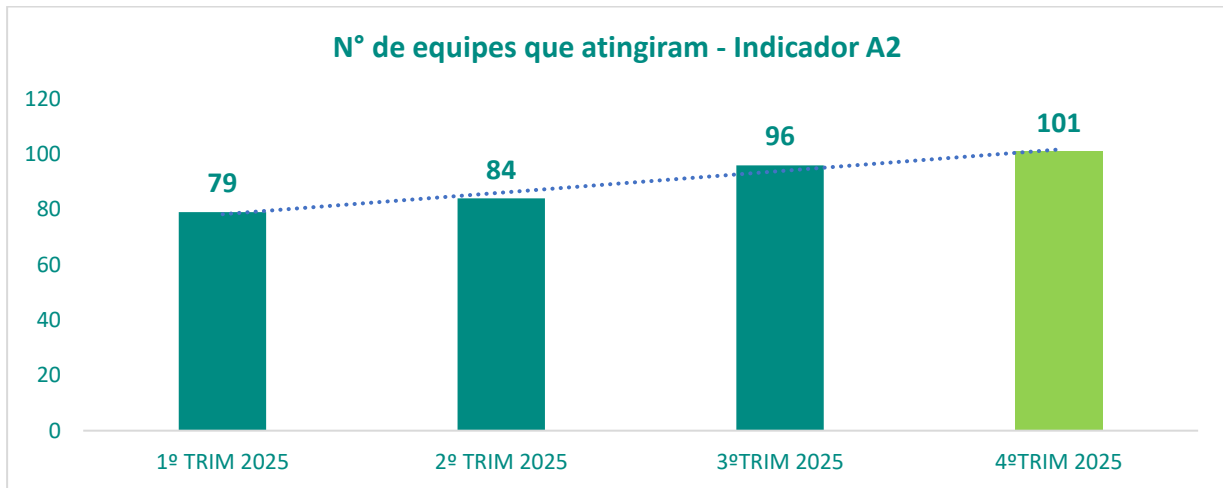


Gráfico 5

Análise anual CAP 3.2

O indicador “Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos” apresentou oscilações ao longo do período analisado. Nos meses de janeiro e fevereiro, 81 equipes atingiram a meta, considerando um total de 115 equipes na Atenção Primária (AP 3.2), o que indica uma situação inicial estável. Contudo, em março, houve uma queda expressiva, com apenas 69 equipes alcançando a meta, marcando o ponto mais baixo do período analisado.

A partir de abril, iniciou-se um processo de recuperação gradual, com um leve aumento para 73 equipes, seguido por um crescimento contínuo: 82 equipes em maio, 85 em junho e 91 em julho. O crescimento mais significativo ocorreu em agosto, quando 122 equipes atingiram a meta, sugerindo que intervenções estratégicas ou melhorias nos processos de atendimento podem ter contribuído para esse desempenho.

Entretanto, o mês de setembro apresentou uma nova queda, com 98 equipes alcançando o indicador, em outubro houve uma oscilação com 90 equipes atingindo a meta e no mês de novembro ampliação para 102 equipes com alcance. No mês de dezembro, 101 equipes obtiveram alcance do indicador.

Dentre as justificativas para o não alcance do indicador estão implementação de acesso avançado, absenteísmo as consultas programadas e vinda em demanda livre, processos de trabalho da unidade que favorecem a absorção em demanda espontânea (Exemplo: Inserção de SISREG).

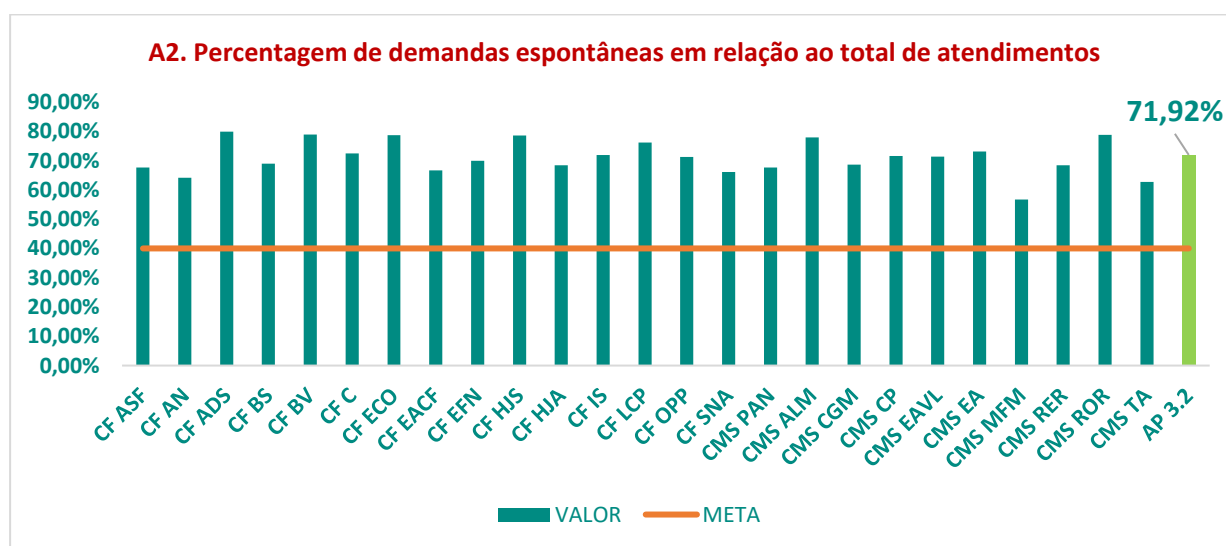


Gráfico 6

O resultado consolidado da AP 3.2, com percentual de **71,92%**, posiciona a área de forma confortável dentro do intervalo preconizado, revelando um equilíbrio relativo entre acolhimento da demanda espontânea e manutenção da agenda programada. Esse desempenho aponta para um modelo de acesso funcional e indica uma organização do acesso compatível com os princípios da APS, ao permitir acolhimento às demandas espontâneas sem comprometer a programação do cuidado longitudinal e das ações preventivas.

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

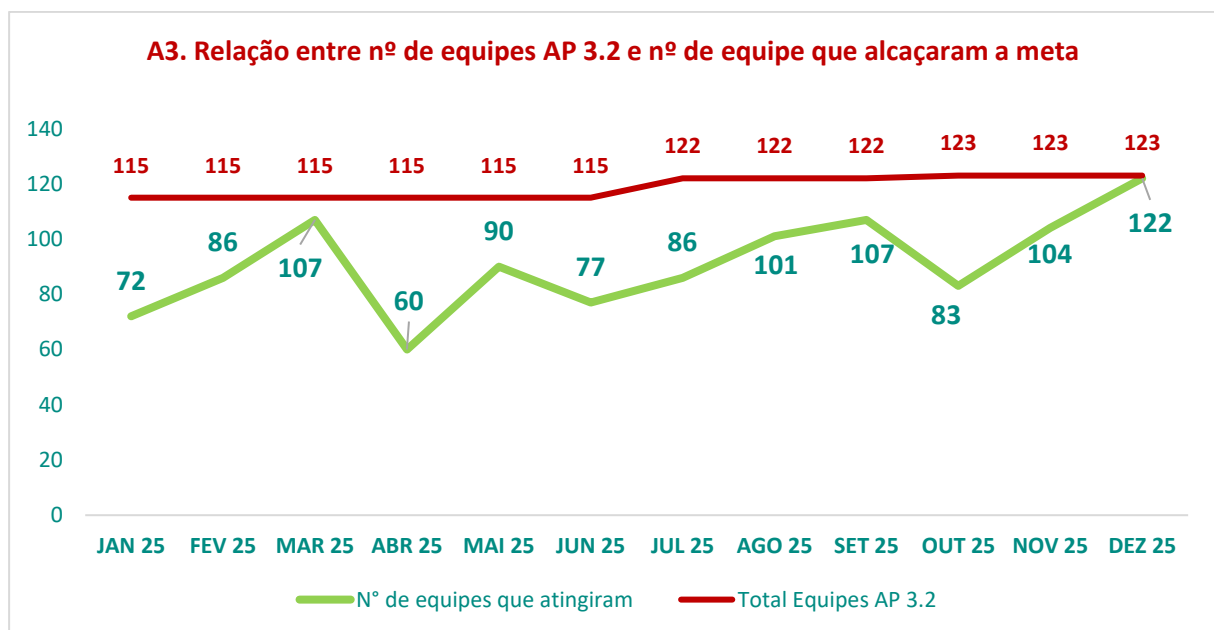


Gráfico 7

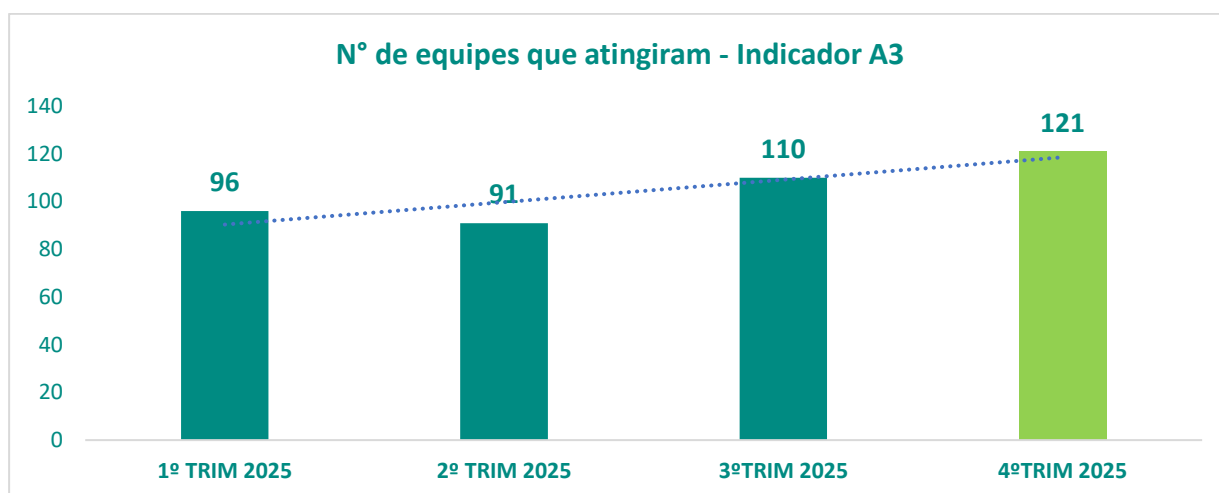


Gráfico 8

Análise anual CAP 3.2

O indicador “Taxa de visitas domiciliares” apresentou grande variação ao longo do período analisado. Em janeiro, 72 equipes atingiram a meta, e esse número cresceu de forma consistente, alcançando 86 em fevereiro e 107 em março. Este último mês registrou o melhor resultado da série, representando mais de 90% das equipes da Atenção Primária (AP 3.2). No entanto, em abril, houve uma queda acentuada para apenas 60 equipes, marcando o ponto mais baixo do período e sugerindo que fatores operacionais ou contextuais podem ter limitado a realização das visitas.

A partir de maio, o desempenho começou a se recuperar, com 90 equipes atingindo a meta, embora sem retornar aos níveis máximos observados anteriormente. Em junho, o resultado recuou para 77 equipes, mas subiu novamente em julho para 86, alcançando 101 em agosto e mantendo esse desempenho em setembro com 107 equipes. Em outubro, o total de equipes aumentou para 123, mas houve uma queda nas visitas domiciliares, com apenas 83 equipes atingindo o indicador. No mês de novembro tivemos um aumento, com 104 equipes alcançando esse indicador. No mês de dezembro 122 equipes obtiveram alcance da meta de visitas domiciliares.

No mês de dezembro apenas a equipe Francisco Fragoso-CFASF não alcançou o indicador. De modo geral, na análise trimestral observa-se um **desempenho satisfatório** das equipes da AP 3.2, uma vez que **apenas duas equipes não alcançaram a meta estabelecida de visitas domiciliares no trimestre (Praça Avaí-CFEFN e Chaves Pinheiro-CFSN)** enquanto a grande maioria apresenta resultados superiores ao parâmetro pactuado. Como justificativa para o não

alcançe foram sinalizados fragilidade no processo de trabalho para lançamento das visitas domiciliares em tempo hábil e férias dos colaboradores.

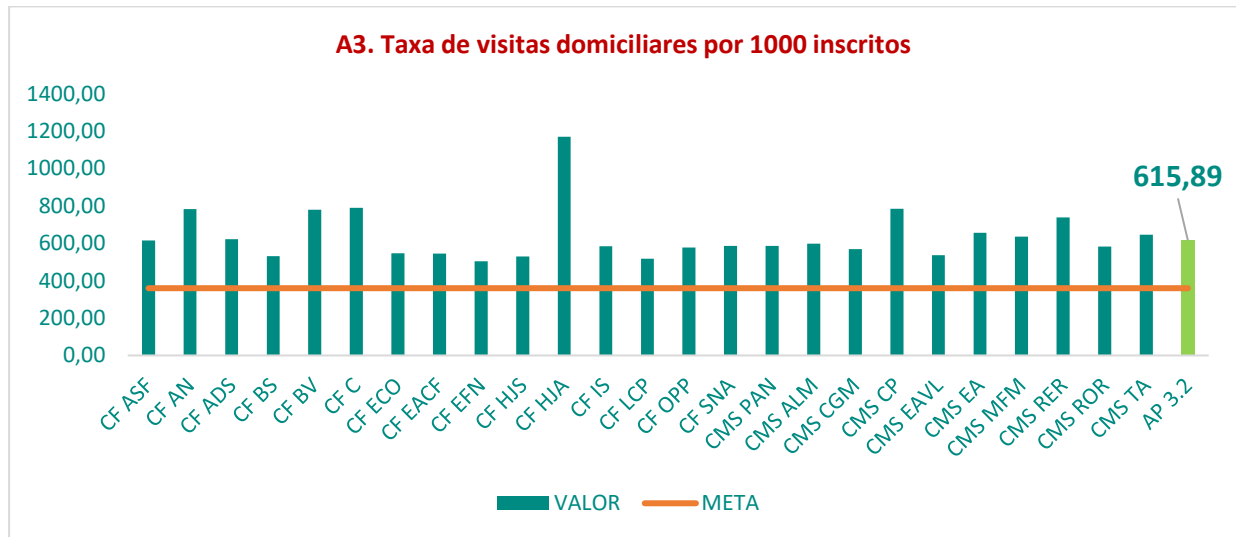


Gráfico 9

O resultado consolidado da AP 3.2, com taxa de **615,89 visitas domiciliares por 1.000 inscritos**, confirma o **alcance da meta no nível da área programática**, reforçando a centralidade da visita domiciliar como dispositivo de cuidado e de vínculo na Atenção Primária.

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

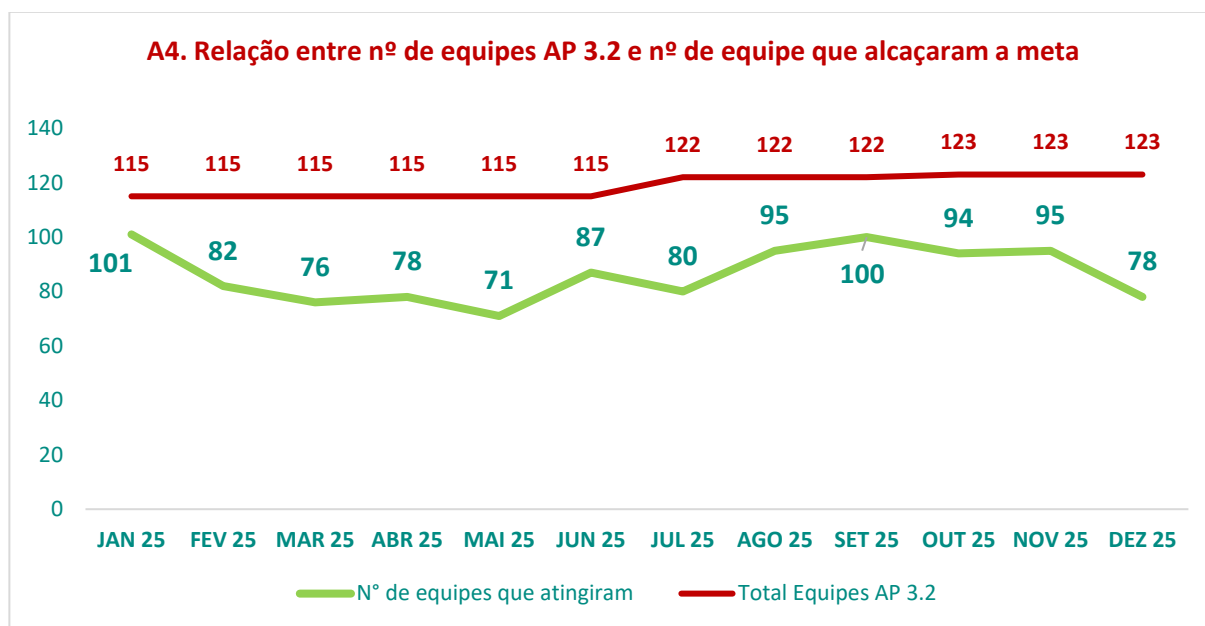


Gráfico 10

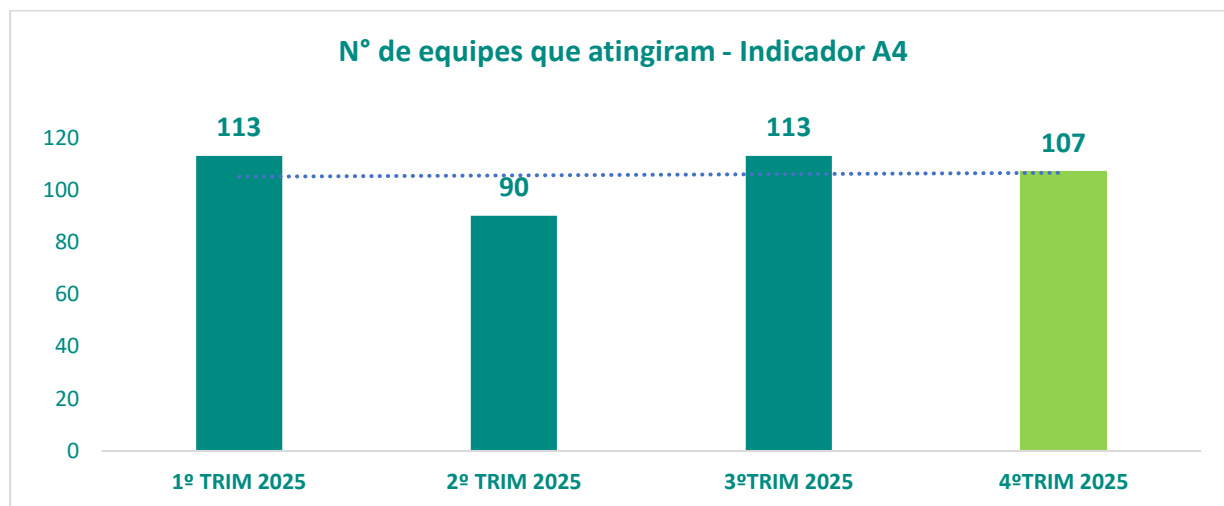


Gráfico 11

Análise anual CAP 3.2

O indicador “Taxa de atividades educativas coletivas” apresentou variações ao longo do período analisado. Em janeiro, 68 equipes atingiram a meta, considerando um total de 115 equipes na Atenção Primária (AP 3.2). Em fevereiro, registrou-se o melhor resultado da série, com 89 equipes, seguido por uma queda expressiva em março, quando apenas 65 equipes alcançaram

a meta. A partir de abril, observou-se uma recuperação gradual, com 78 equipes, mas houve um leve recuo em maio, com 71 equipes, seguido por um novo avanço em junho, quando 87 equipes atingiram o indicador.

Em agosto, apesar do aumento no total de equipes para 122, a taxa de atividades educativas coletivas caiu para 80. Contudo, em setembro, houve uma melhora significativa, com 100 equipes obtendo alcance do indicador. No mês de outubro tivemos o aumento para 123 equipes e 94 equipes alcançaram o indicador. No mês de novembro 95 equipes obtiveram alcance da meta. No mês de dezembro, 78 equipes alcançaram o indicador. Na análise trimestral tivemos a alcance de 104 equipes.

As unidades que não conseguiram atingir o indicador no trimestre apresentaram justificativas que incluem a ausência de registro das atividades educativas realizadas e a fragilidade no processo de trabalho, que não incluiu a realização de atividades padrão, como a sala de espera e atividades de grupo fixo da unidade. Tais fragilidades estão sendo discutidas através de feedback com os gestores das unidades.

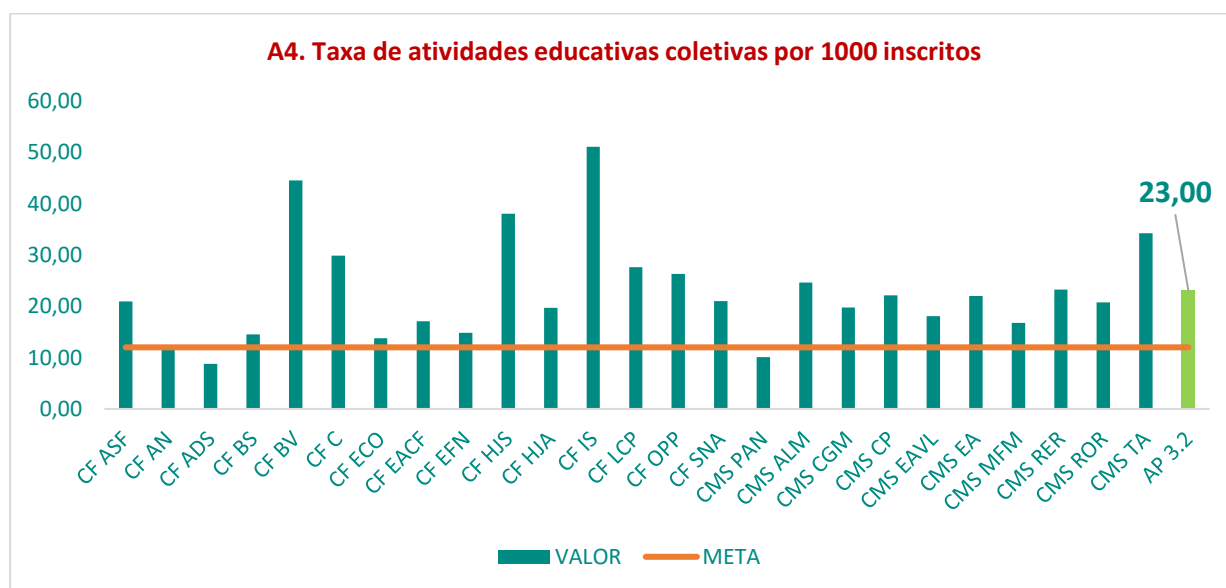


Gráfico 12

O resultado consolidado da AP 3.2, com taxa de **23,0 atividades educativas coletivas por 1.000 inscritos**, demonstra que a área **supera a meta pactuada no trimestre**, indicando um desempenho global satisfatório. Ainda assim, a heterogeneidade observada entre as equipes reforça a importância de monitoramento contínuo, troca de experiências bem-sucedidas e incentivo à qualificação das práticas educativas.

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

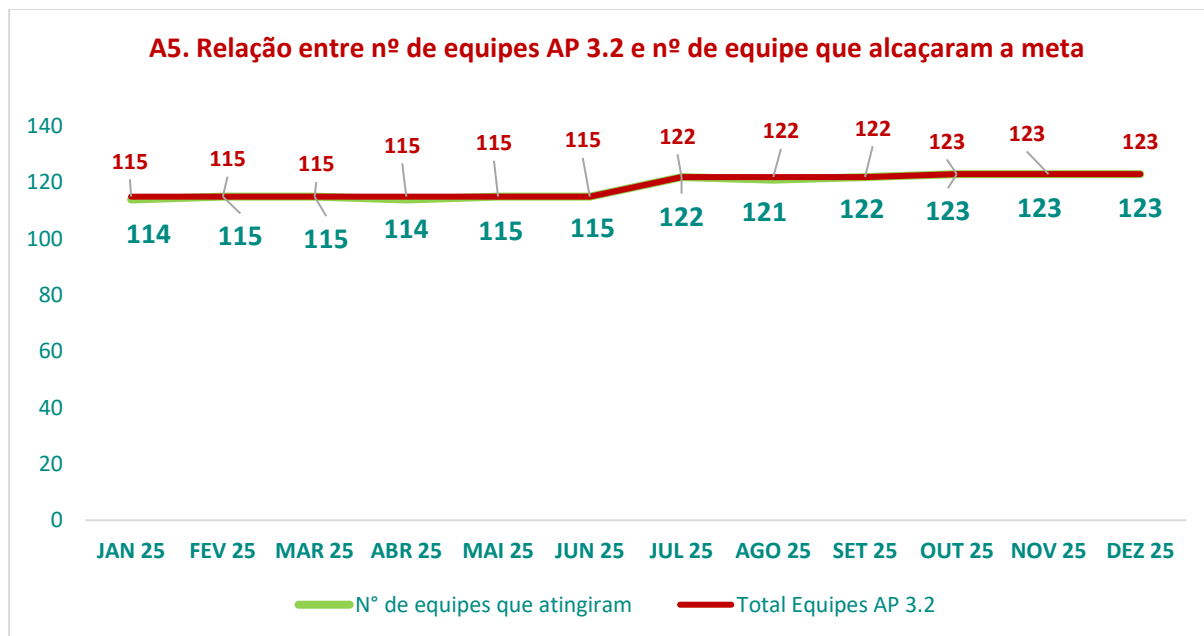


Gráfico 13

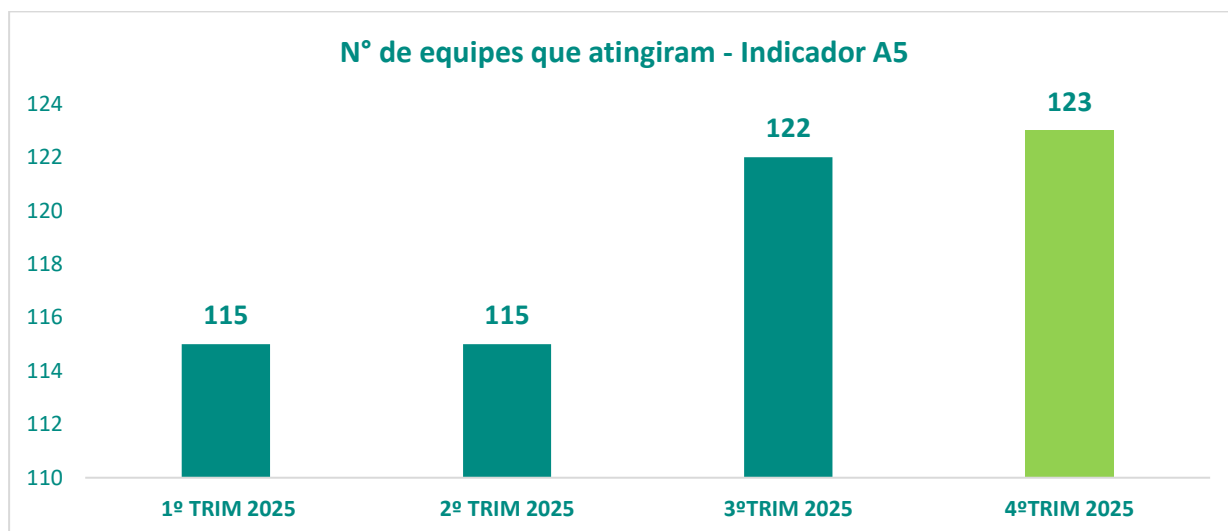


Gráfico 14

Análise anual CAP 3.2

O indicador “Proporção de ações estratégicas da carteira de serviços implementadas” apresentou desempenho consistentemente elevado ao longo de todo o período analisado,

mantendo praticamente a totalidade das equipes dentro da meta. Entre janeiro e junho de 2025, o número de equipes que atingiram o objetivo variou entre 114 e 115, frente a um total de 115 equipes na AP 3.2, evidenciando adesão quase plena às ações estratégicas previstas.

Em julho, além do aumento do total de equipes para 122, observou-se que todas alcançaram a meta, configurando resultado máximo e reforçando a consolidação do cumprimento da carteira de serviços, em agosto 121 equipes alcançaram o indicador, mantendo a mesma qualidade no desempenho. Em setembro 122 equipes alcançaram o indicador. No mês de outubro mesmo com a ampliação para 123 equipes tivemos alcance total com 123 equipes atingindo o indicador. Em novembro 123 equipes obtiveram alcance. No mês de dezembro mantivemos as 123 equipes com alcance do indicador evidenciando o compromisso das equipes com o cumprimento da carteira de serviços.

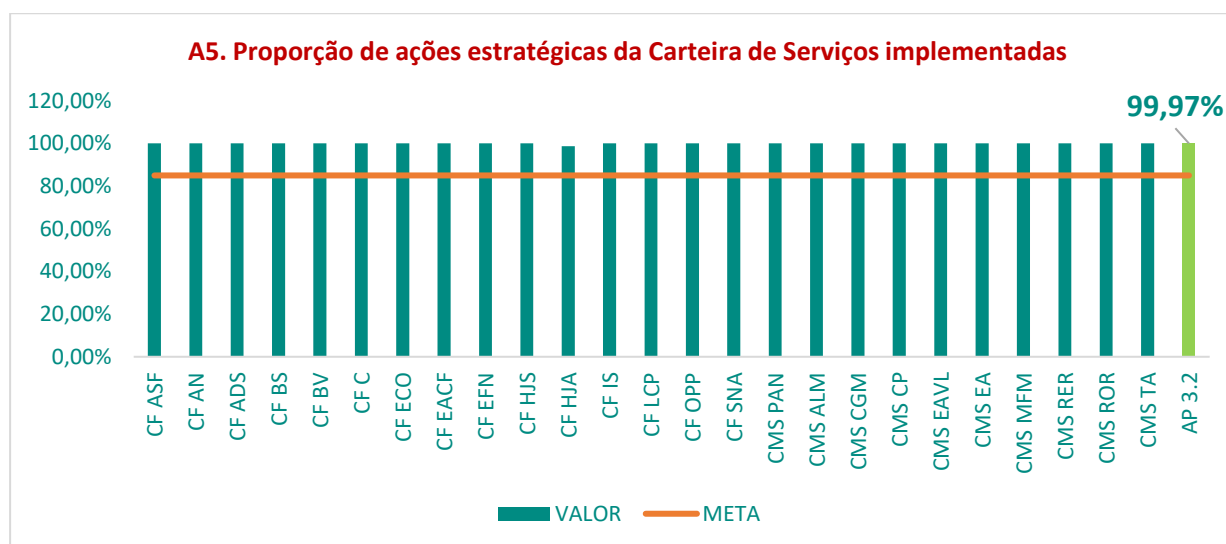


Gráfico 15

O resultado consolidado da AP 3.2, com percentual de **99,97%**, confirma o **pleno alcance da meta no trimestre**, revelando um alto grau de conformidade das equipes às ações preconizadas.

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

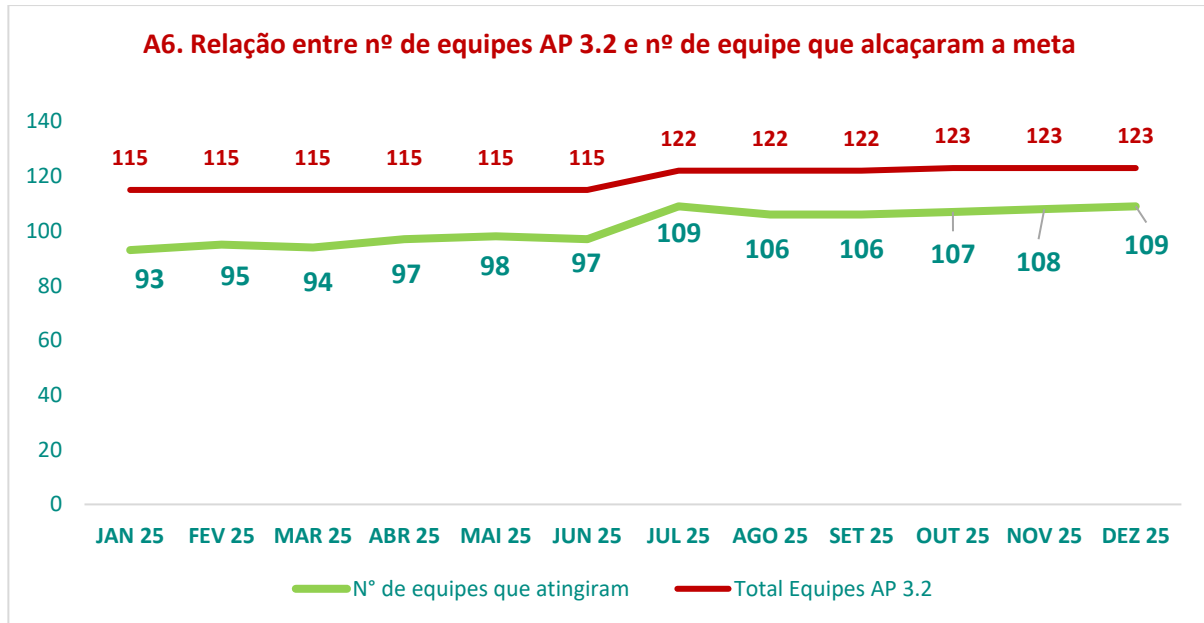


Gráfico 16

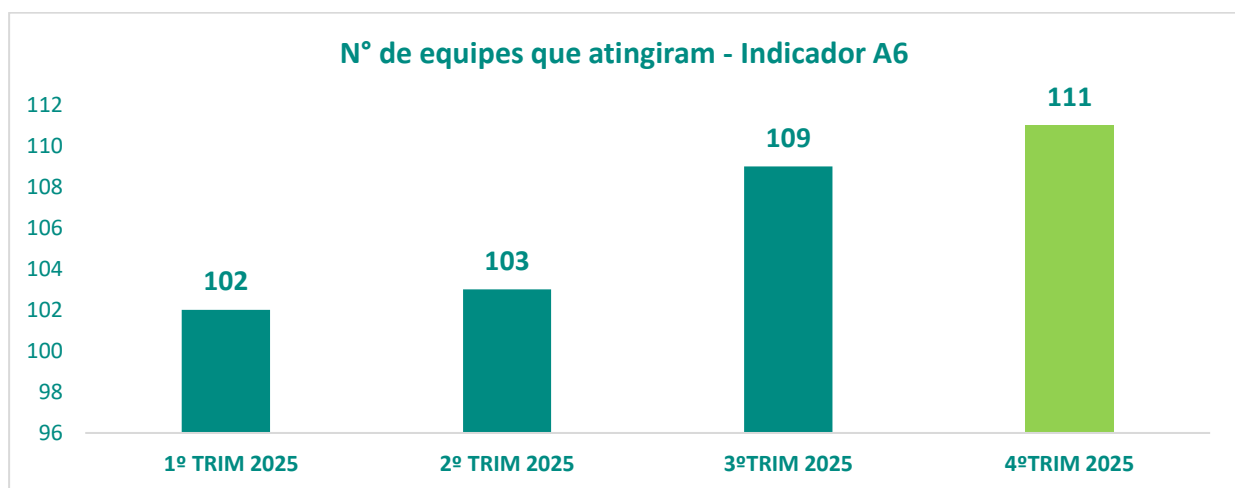


Gráfico 17

Análise anual CAP 3.2

O indicador “Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico” demonstrou um desempenho consistentemente elevado ao longo do período analisado, com um número expressivo de equipes atingindo a meta. Entre janeiro e junho de 2025, os resultados oscilaram levemente

entre 93 e 98 equipes, de um total de 115, o que evidencia a estabilidade e a consolidação da prática de agendamento remoto. Em julho, com o aumento no total de equipes para 122, observou-se um crescimento expressivo no número de equipes que atingiram a meta, alcançando 109 em julho e 106 em agosto e setembro. No mês de outubro, tivemos a ampliação para 123 equipes e 107 equipes chegaram a alcançar o indicador. No mês de novembro 108 equipes tiveram alcance do indicador. No mês de dezembro 109 equipes obtiveram alcance da meta reforçando a adesão às ferramentas de comunicação não presencial para a organização da agenda e o acesso ao cuidado. No trimestre 111 equipes tiveram alcance do indicador. Algumas unidades apresentaram equipes que não alcançaram o indicador de percentagem de consultas agendadas não presencialmente.

No trimestre tivemos CF Anthídio Dias da Silveira com as 7 equipes sem alcance do indicador e CF Bibi Vogel, CF Honório, CF Izabel, CF Luiz e CMS Ariadne Lopes de Menezes tiveram 1 equipe cada, que não atingiram esse indicador.

Para abordar essas lacunas, as equipes receberão feedback da supervisão durante as visitas institucionais visando melhorar a organização do processo de trabalho.

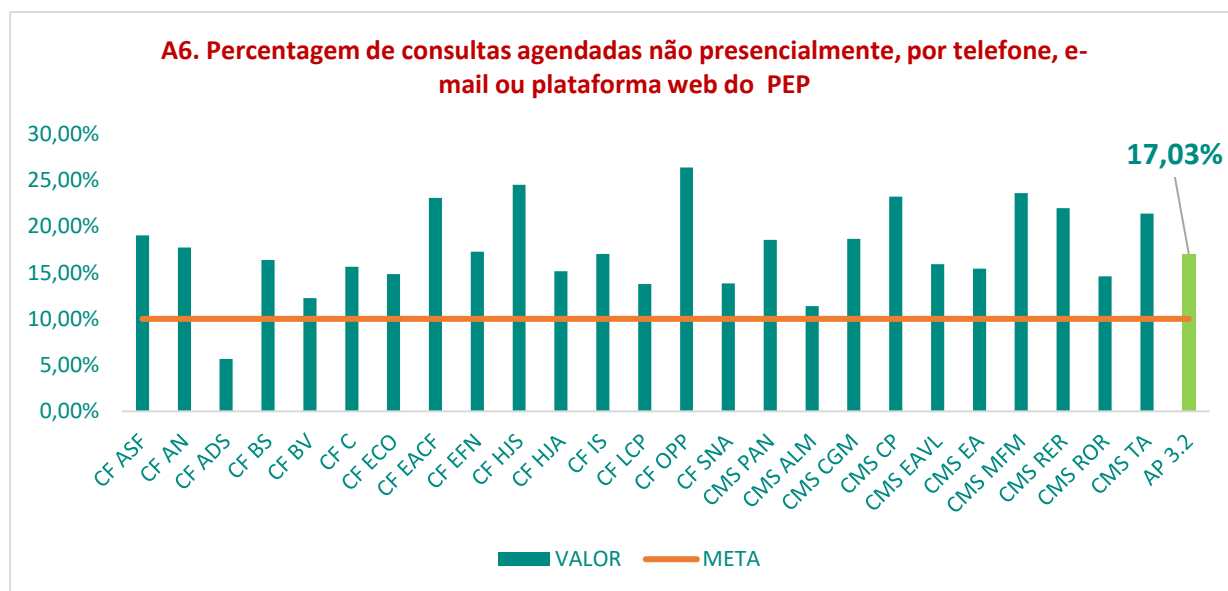


Gráfico 18

O resultado consolidado da AP 3.2, com percentual de **17,03%**, confirma o **alcance da meta no trimestre**, indicando um desempenho global satisfatório. Ainda assim, observa-se que uma unidade apresenta baixa desse indicador e reforça a importância de monitoramento contínuo.

2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

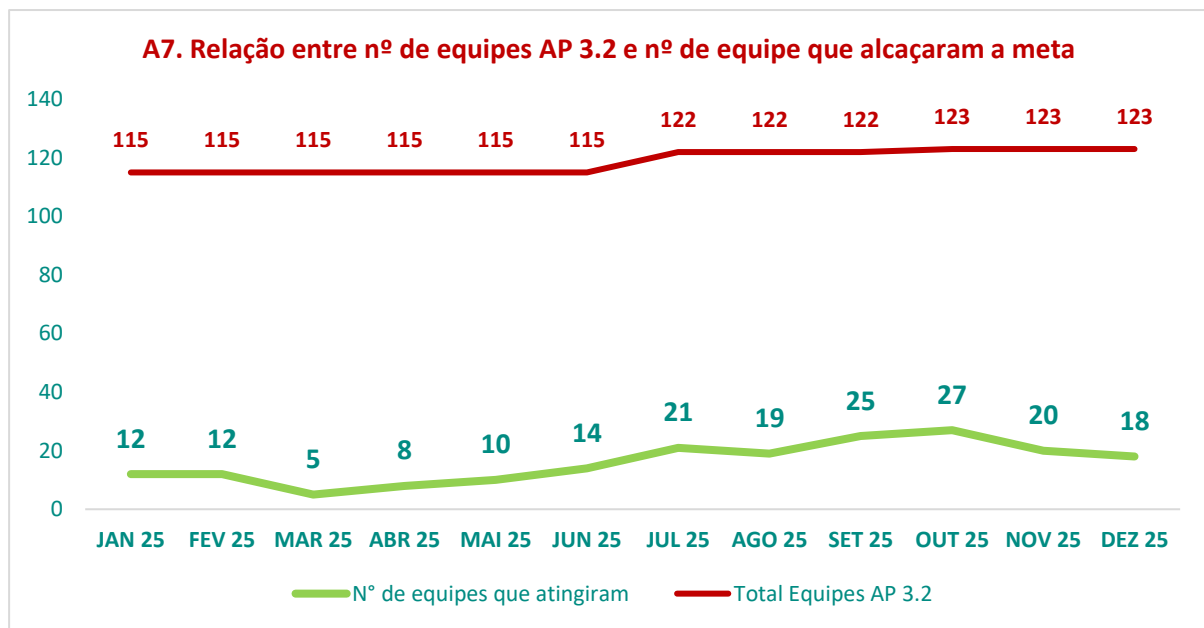


Gráfico 19

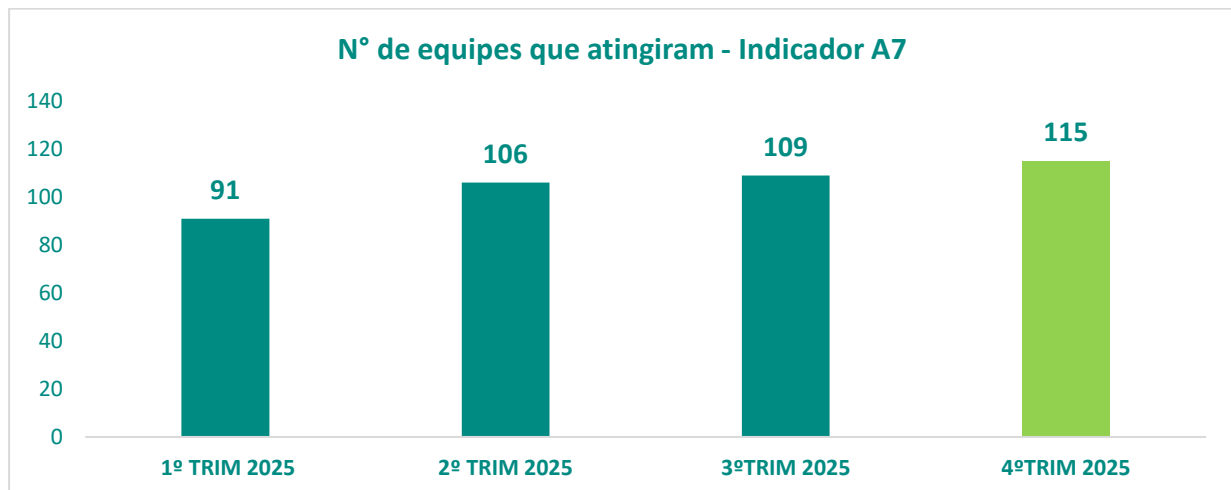


Gráfico 20

Análise anual CAP 3.2

O indicador “**Cobertura de primeira consulta odontológica programada**” apresentou desempenho baixo ao longo de todo o período analisado, embora com tendência de crescimento nos meses mais recentes. Entre janeiro e fevereiro de 2025, apenas 12 equipes atingiram a meta, de um total de 109 equipes com serviço odontológico na AP 3.2. Em março, verificou-se uma queda significativa, com apenas 5 equipes alcançando o indicador. A partir de abril iniciou-se uma recuperação progressiva: 8 equipes em abril, 10 em maio, 14 em junho e um avanço expressivo em julho, com 21 equipes atingindo a meta. Em agosto, houve leve redução, mas ainda com 19 equipes cumprindo o indicador. Em setembro 25 equipes atingiram esse indicador. No mês de outubro 27 equipes alcançaram o indicador, mantendo-se acima dos resultados iniciais do ano. No mês de novembro 20 equipes obtiveram alcance deste indicador. No mês de dezembro 18 equipes alcançaram o indicador. No resultado do trimestre obtivemos 115 equipes com alcance do indicador

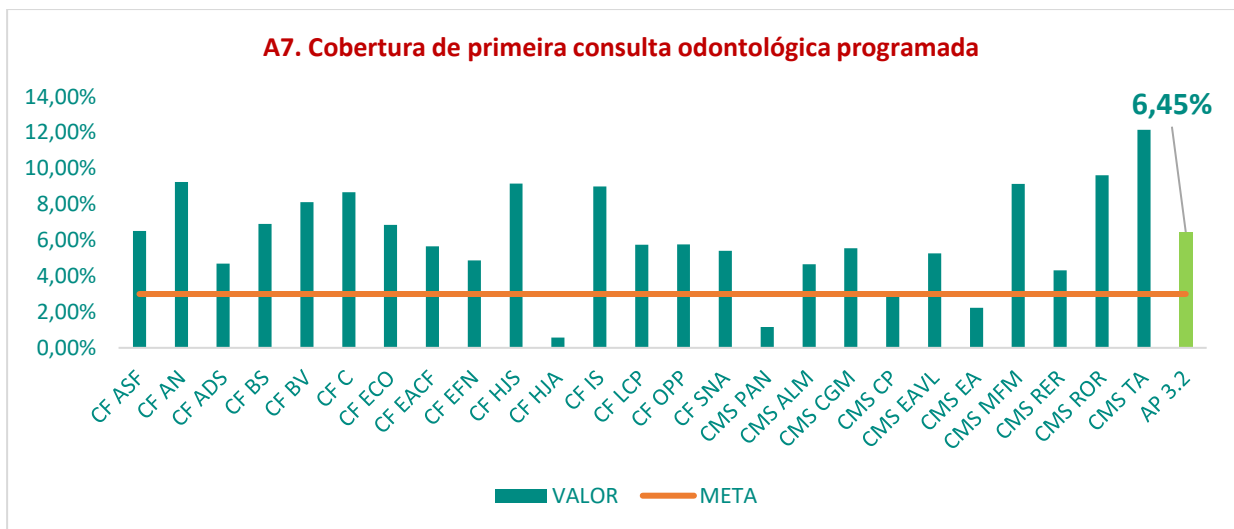


Gráfico 21

O resultado consolidado da AP 3.2, com cobertura de **6,45%**, indica que a área **atinge a meta pactuada**, ainda que o valor permaneça relativamente baixo em termos absolutos. Esse dado reforça a necessidade de interpretar o indicador não apenas pelo alcance da meta, mas também à luz do potencial de ampliação do acesso programado à saúde bucal. A heterogeneidade aponta para diferentes níveis de organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, bem como distintas condições de oferta, demanda e priorização das consultas programadas no território.

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

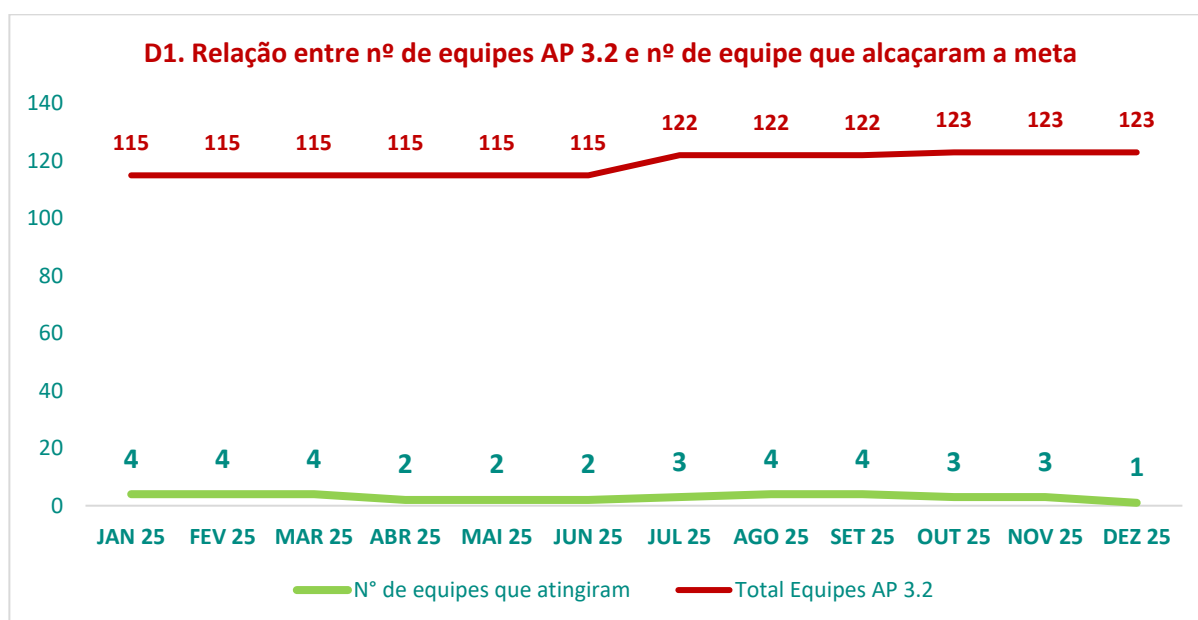


Gráfico 22

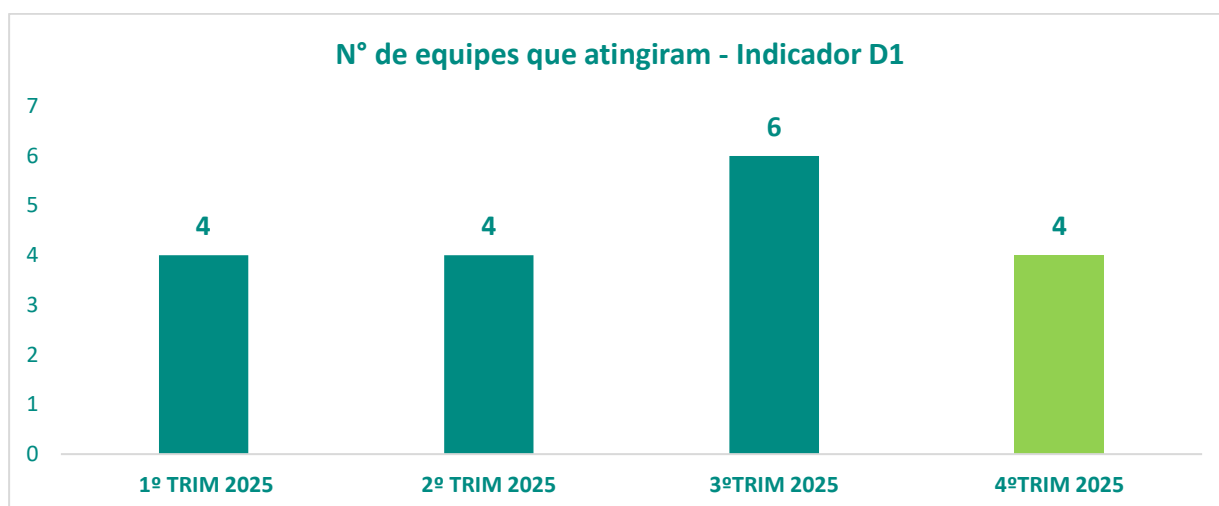


Gráfico 23

Análise anual CAP 3.2

O indicador **“Percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos”** apresentou desempenho bastante baixo e sem variações significativas ao longo do período analisado. Entre janeiro e março de 2025, 4 equipes atingiram a meta, de um total de 115 na AP 3.2. A partir de abril, observou-se queda para 2 equipes, número que se manteve estável até junho. Em julho, houve pequena recuperação para 3 equipes, mesmo com o aumento do total de equipes para 122.

O indicador apresentou, de forma geral, desempenho muito abaixo do esperado na AP 3.2, com apenas 3 equipes atingindo a meta em julho de 2025, de um total de 122 equipes, no mês de agosto a análise realizada mostra que quatro equipes alcançaram o indicador. Em setembro 04 equipes atingiram o indicador e no mês de outubro das 123 equipes, apenas 3 equipes atingiram a meta. Sendo elas: CF Anna Nery (Equipe Magalhães Castro), que alcançou, 80,65%- CF Olga Pereira Pacheco (Equipe Paulo Pires), que alcançou 81,38%. Em seguida, a CF Emygdio Alves Costa Filho (Equipe Álvaro de Miranda) registrou 82,67%.

No mês de novembro as mesmas 3 equipes obtiveram alcance do indicador, CF Anna Nery (Equipe Magalhães Castro), que alcançou, 80,02%, CF Olga Pereira Pacheco (Equipe Paulo Pires), que alcançou 81,70% e a CF Emygdio Alves Costa Filho (Equipe Álvaro de Miranda) registrou 83,12%. No mês de dezembro apenas a equipe Álvaro de Miranda da CF Emygdio Alves apresentou alcance do indicador com 82,09%.

No resultado do trimestre outubro, novembro e dezembro obtivemos 4 equipes com alcance CF Anna Nery (Equipe Magalhães Castro), que alcançou, 80,64%, CF Carioca (Equipe Bérnago)

com alcance de 81,49%, CF Olga Pereira Pacheco (Equipe Paulo Pires), que alcançou 81,64% e a CF Emygdio Alves Costa Filho (Equipe Álvaro de Miranda) registrou 83,20%.

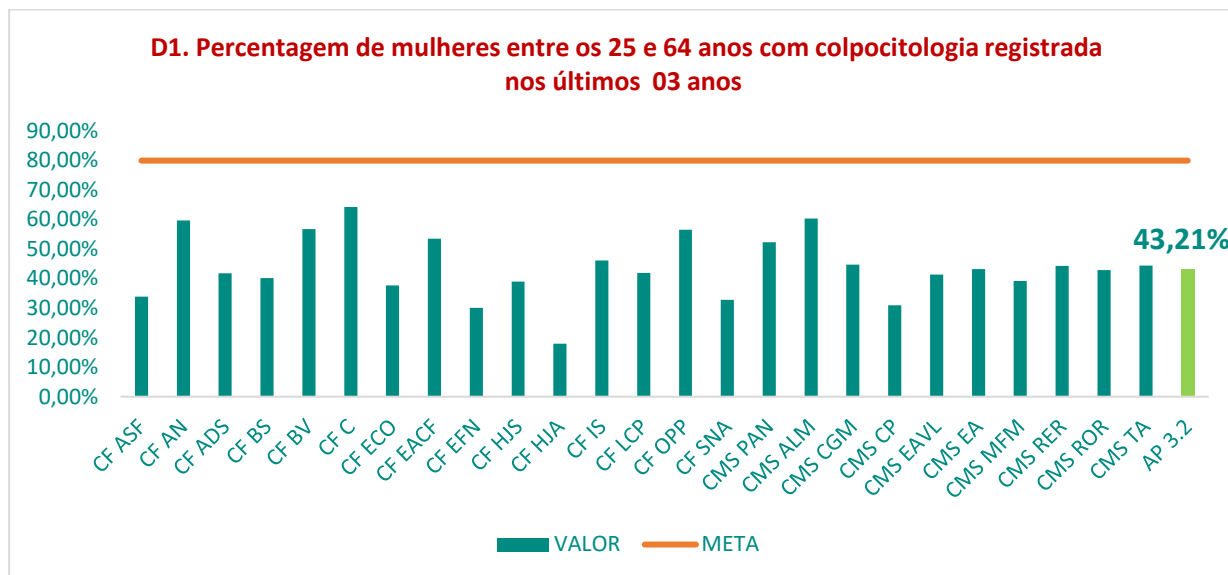


Gráfico 24

O resultado consolidado da AP 3.2, com percentual de **43,21%**, demonstra um desempenho **abaixo da meta**, evidenciando a necessidade de fortalecimento das estratégias de cuidado programado, busca ativa e acompanhamento longitudinal das mulheres na faixa etária preconizada. Como instrumento de apoio à gestão estamos investindo no planejamento e na pactuação de metas com as unidades, articulando ações como reorganização das agendas, qualificação do acolhimento, educação em saúde, integração com a rede de atenção e melhoria dos processos de registro, de modo a avançar na efetividade das ações de prevenção do câncer do colo do útero.

2.1.9 Indicador D2 – Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes, com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 consulta de enfermagem no período de 12 meses

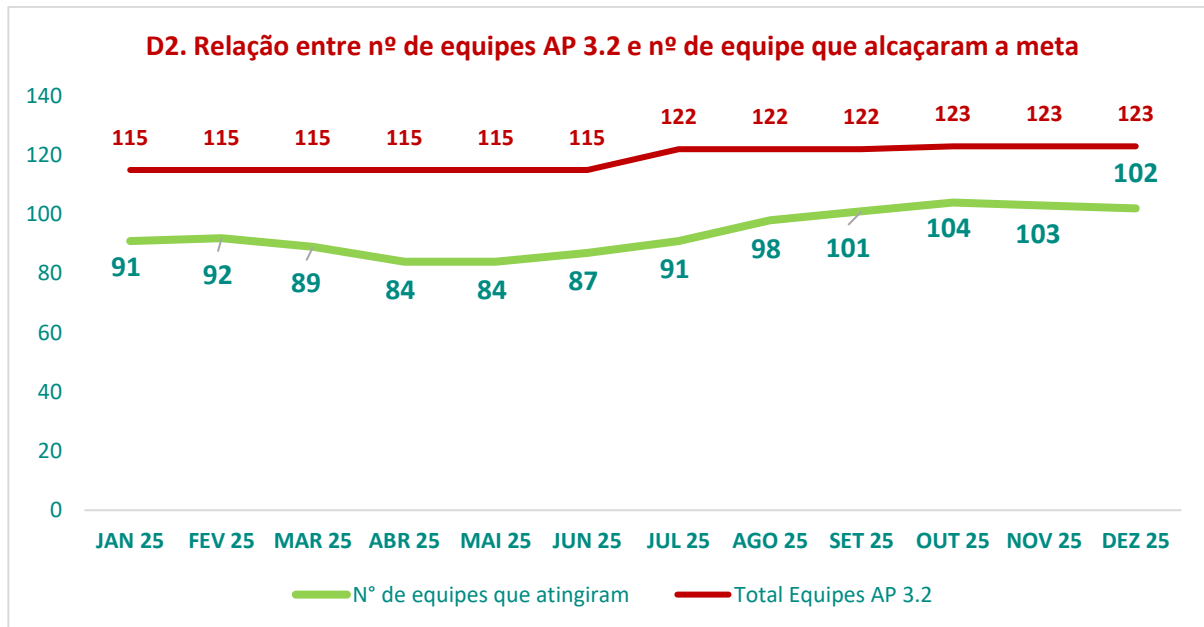


Gráfico 25

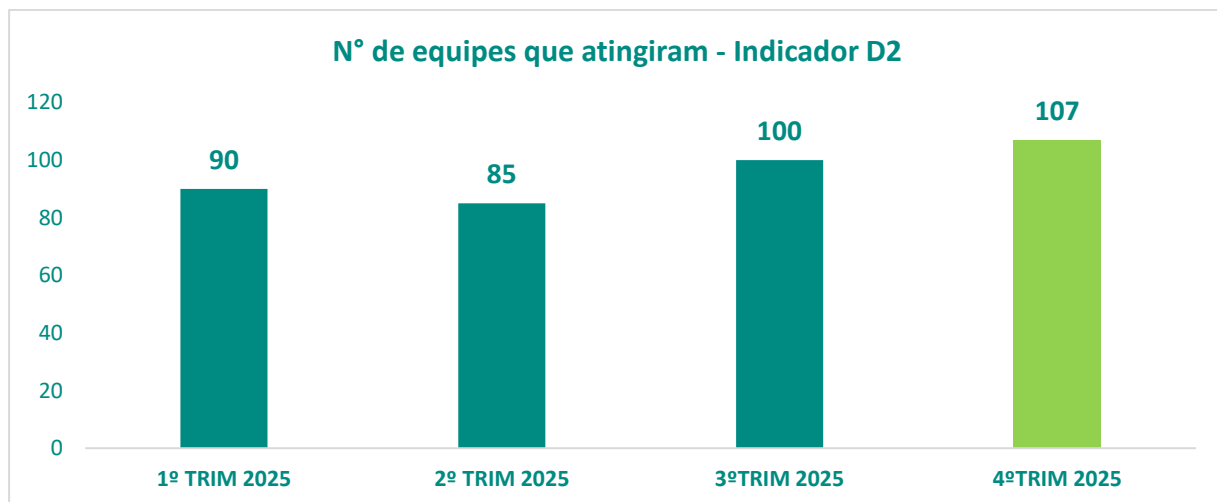


Gráfico 26

Análise anual CAP 3.2

O indicador "Percentagem de pessoas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses" manteve um desempenho estável ao longo do período analisado. Até junho, os resultados variaram entre 84 e 92 equipes na meta, de um total de 115 equipes na Atenção Primária (AP 3.2).

Nos primeiros meses do ano, os resultados permaneceram próximos ao patamar de 90 equipes (91 em janeiro e 92 em fevereiro), mas houve uma leve queda em março (89 equipes) e uma maior redução em abril e maio (84 equipes), sugerindo possíveis dificuldades no agendamento ou registro dessas consultas durante esse período.

A partir de junho, observou-se uma retomada gradual, com 87 equipes atingindo a meta, culminando em julho com 91 equipes. Em agosto, houve um aumento ainda mais expressivo, com 98 equipes, e em setembro, 101 equipes tiveram alcance do indicador. No mês de outubro, observou-se um ligeiro aumento, com 104 equipes atingindo o indicador.

Entretanto, em outubro, 19 equipes não conseguiram atingir o indicador. As unidades que apresentaram o menor desempenho foram a Clínica da Família (CF) Anna Nery, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Herbert José de Souza e CF Honório José de Andrade.

No mês de novembro de 2025, 20 equipes apresentaram fragilidades no indicador. Entre elas: CF Amelia dos Santos Ferreira (Fazendinha), CF Anna Nery (Dr. Garnier, José Felix, Magalhães Castro), CF Erivaldo Fernandes Nobrega (Marília Dirceu, Praça Avaí, Visconde de Tocantins), CF Herbert José de Souza (Maraca, Pereira Pinto, Caldas Barbosa), CF Honório José de Andrade (Divino Salvador, Caldas Novas), CF Sergio Nicolau Amin (Chaves Pinheiro, Vasco da Gama), CMS Milton Fontes Magarão (Adolfo Bergamini, Borja Reis, Camarista, Ouro Preto), CMS Renato Rocco (Álvares de Azevedo) e CMS Rodolpho Rocco (Perianta).

Em dezembro, 14 equipes apresentaram fragilidades no indicador de acompanhamento de pacientes diabéticos (menos de 70 % com consulta médica e de enfermagem nos últimos 12 meses) são elas: CF Anna Nery (Camboriú, Dr. Garnier, José Felix, Magalhães Castro), CF Erivaldo Fernandes Nobrega (Visconde de Tocantins), CF Herbert José de Souza (Maraca, Pereira Pinto), CF Honório José de Andrade (Caldas Novas e Divino Salvador), CMS Milton Fontes Magarão (Adolpho Bergamin, Borja Reis, Camarista, Ouro Preto) CMS Rodolpho Rocco (Perianta).

No resultado do trimestre tivemos 16 equipes sem alcance do indicador do acompanhamento de pacientes diabéticos são elas: CF Anna Nery (Dr. Garnier, José Felix, Magalhães Castro), CF Erivaldo Fernandes Nobrega (Praça Avaí, Visconde de Tocantins), CF Herbert José de

Souza (Maraca, Pereira Pinto), CF Honório José de Andrade (Caldas Novas e Divino Salvador), CF Sergio Nicolau Amin (Vasco da Gama), CMS Milton Fontes Magarão (Adolpho Bergamin, Borja Reis, Camarista, Ouro Preto), CMS Renato Rocco (Álvares de Azevedo), CMS Rodolpho Rocco (Perianta).

Como estratégia de enfrentamento, os gestores dessas unidades recebem feedback e são solicitados a apresentar um plano de ação de intervenção, a fim de identificar e sanar as possíveis dificuldades visando à qualificação dos processos que impactam o alcance do indicador.

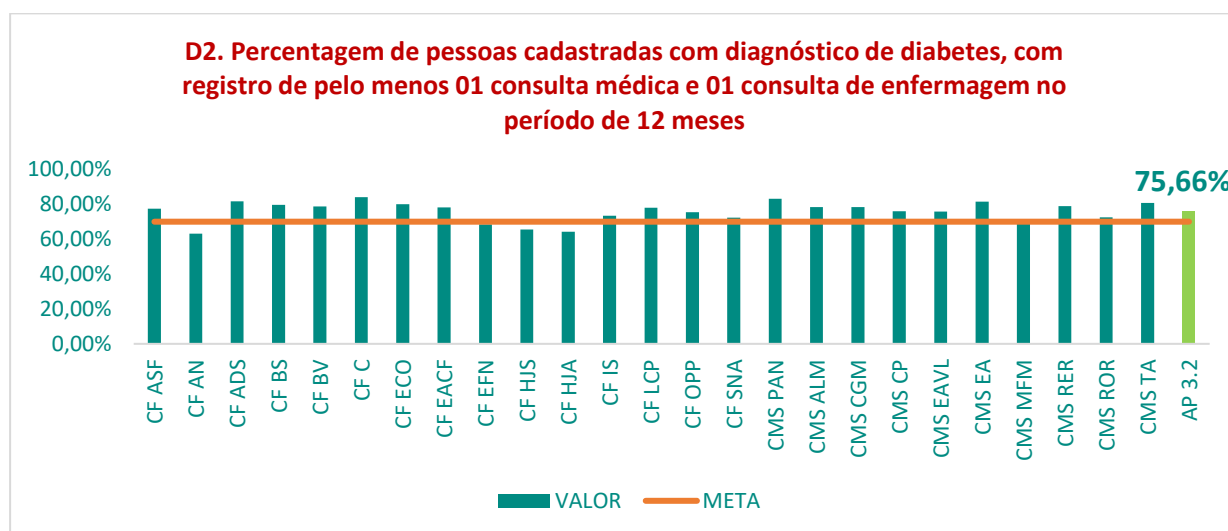


Gráfico 27

O resultado consolidado da AP 3.2 foi de **75,66%**, superando a meta pactuada, o que indica adesão global adequada da maior parte das equipes ao acompanhamento longitudinal desse grupo prioritário.

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

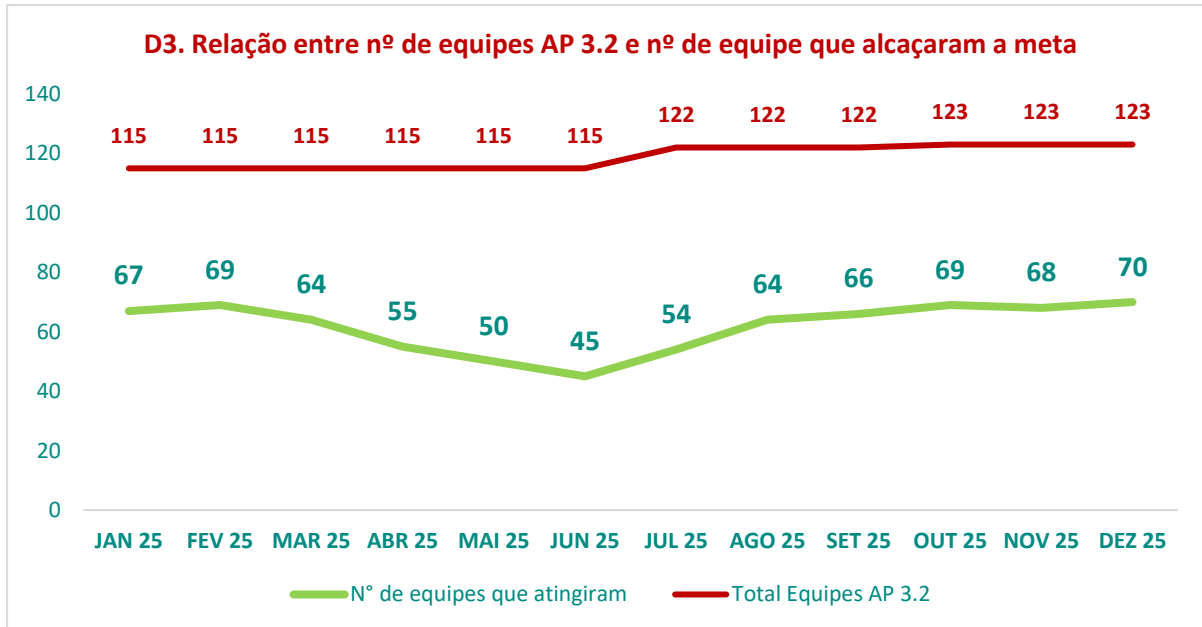


Gráfico 28

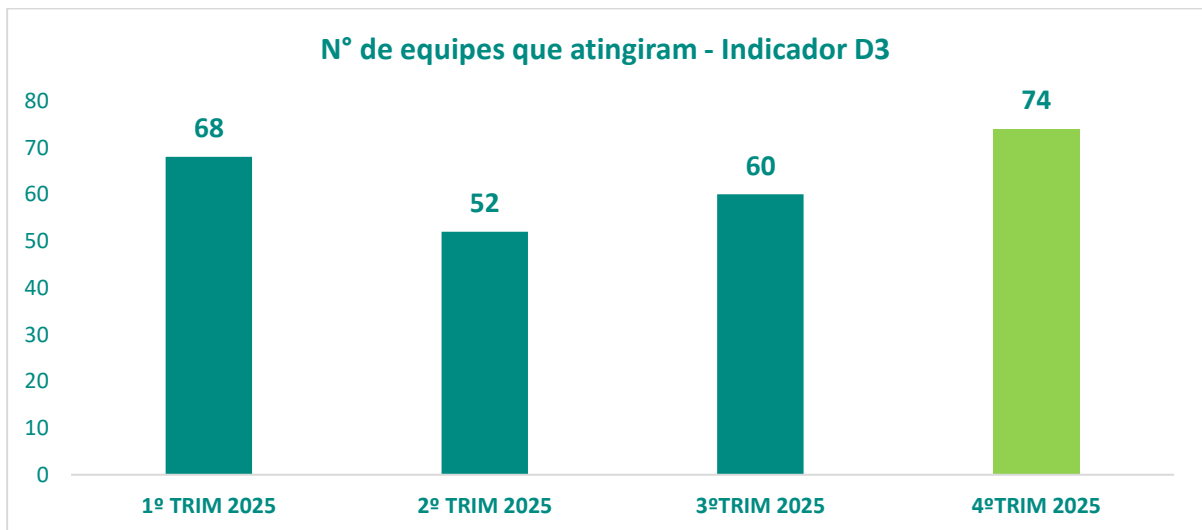


Gráfico 29

Análise anual CAP 3.2

O indicador “Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 de enfermagem no período de 12 meses” apresentou uma tendência de queda acentuada no primeiro semestre de 2025. O número de equipes atingindo a meta caiu de 67 em janeiro para apenas 45 em junho, de um total de 115 equipes na Atenção Primária (AP 3.2). Esse declínio progressivo sugere dificuldades na manutenção da rotina de acompanhamento clínico das pessoas com hipertensão, possivelmente relacionadas a sobrecarga das agendas, priorização de outras demandas assistenciais ou baixa adesão dos pacientes às consultas programadas.

A partir de julho, observou-se uma recuperação parcial, com 54 equipes alcançando o indicador, seguido por 64 em agosto e 66 em setembro. Em outubro, mesmo com o aumento do total de equipes para 123, o resultado mostra um ligeiro avanço, com 69 equipes atingindo o indicador. No mês de novembro 68 equipes tiveram alcance. Já no mês de dezembro obtivemos a performance de 70 equipes com alcance. No trimestre em análise 74 equipes obtiveram alcance do indicador de acompanhamento de hipertensos.

Em outubro, 54 equipes não conseguiram atingir o indicador. No mês de novembro, 55 equipes não alcançaram o indicador. Já no mês de Dezembro, 53 equipes não obtiveram alcance do indicador de acompanhamento de pacientes hipertensos (menos de 70 % com consulta médica e de enfermagem nos últimos 12 meses) são elas: CF Amelia dos Santos Ferreira (Monteiro da Luz, Poconé, Silva Braga), CF Anna Nery (Almirante Ary Parreiras, Camboriú, Dr Garnier, José Felix, Magalhães Castro), CF Anthidio Dias da Silveira (Darci Vargas, Fazendinha), CF Barbara Starfield (Domingos de Magalhães, Pires de Carvalho), CF Bibi Vogel (Adhemar Bebiano, Hortolândia, Moreia), CF Carioca (Itapoá), CF Edney Canazaro de Oliveira (Conselheiro Jobim), CF Erivaldo Fernandes Nobrega (Hermínia, Marília Dirceu, Praça Avaí, Visconde de Tocantins), CF Herbert José de Souza (Engenho do Mato, Machado Sobrinho, Maraca e Pereira Pinto, Silva Vale), CF Honorio José de Andrade (Divino Salvador e Caldas Barbosa), CF Izabel dos Santos (Engenho Novo, Polônia, Veiga Bastos, Céu Azul), CF Luiz Celio (Fernando Simoni), CF Olga Pereira Pacheco (Artur Vargas, Paulo Pires, Solimões), CF Sergio Nicolau Amin (Chaves Pinheiro), CMS Ariadne Lopes de Menezes (Emboaba, João Ribeiro, Theoplilo), CMS Cesar Pernetta (Hermengarda, Lopes da Cruz), CMS Eduardo A Vilhena (Fernão Cardim), CMS Eliza Abrantes (Boca do Mato), CMS Milton Fontes Magarão (Adolfo Bergamini, Borja Reis, Camarista, Ouro Preto, Santos Titara), CMS Rodolpho Rocco (Alvares de Azevedo, Esperança, Perianta, Timbó)

No trimestre em análise, 49 equipes não obtiveram alcance do indicador, são elas: CF Amelia dos Santos Ferreira (Fazendinha, Monteiro da Luz, Poconé, Silva Braga), CF Anna Nery (Almirante Ary Parreiras, Camboriú, Dr Garnier, José Felix, Magalhães Castro), CF Anthidio Dias da Silveira (Darci Vargas, Miguel Angelo), CF Barbara Starfield (Pires de Carvalho), CF Bibi Vogel (Adhemar Bebiano, Hortolândia, Marechal Castelo Branco), CF Carioca (Itapoá), CF Edney Canazaro de Oliveira (Conselheiro Jobim), CF Erivaldo Fernandes Nobrega (Hermínia, Marília Dirceu, Praça Avaí, Visconde de Tocantins), CF Herbert José de Souza (Engenho do Mato, Machado Sobrinho, Maraca e Pereira Pinto, Silva Vale), CF Honorio José de Andrade (Divino Salvador e Caldas Barbosa), CF Izabel dos Santos (Engenho Novo, Polonia, Veiga Bastos , Céu Azul), CF Sergio Nicolau Amin (Chaves Pinheiro, Vasco da Gama), CMS Ariadne Lopes de Menezes (Emboaba, João Ribeiro), CMS Cesar Pernetta (Hermengarda, Lopes da Cruz), CMS Eduardo A Vilhena (Fernão Cardim, Piauí), CMS Milton Fontes Magarão (Adolfo Bergamini, Borja Reis, Camarista, Ouro Preto), CMS Renato Rocco (Alvares de Azevedo, Esperança), CMS Rodolpho Rocco (Periantã, Timbó, Turima).

Para enfrentamento dessa situação, os gestores das unidades recebem devolutiva técnica e são estimulados a elaborar e apresentar um plano de ação de intervenção, com o objetivo de identificar, analisar e superar as fragilidades que vêm impactando o alcance deste indicador.

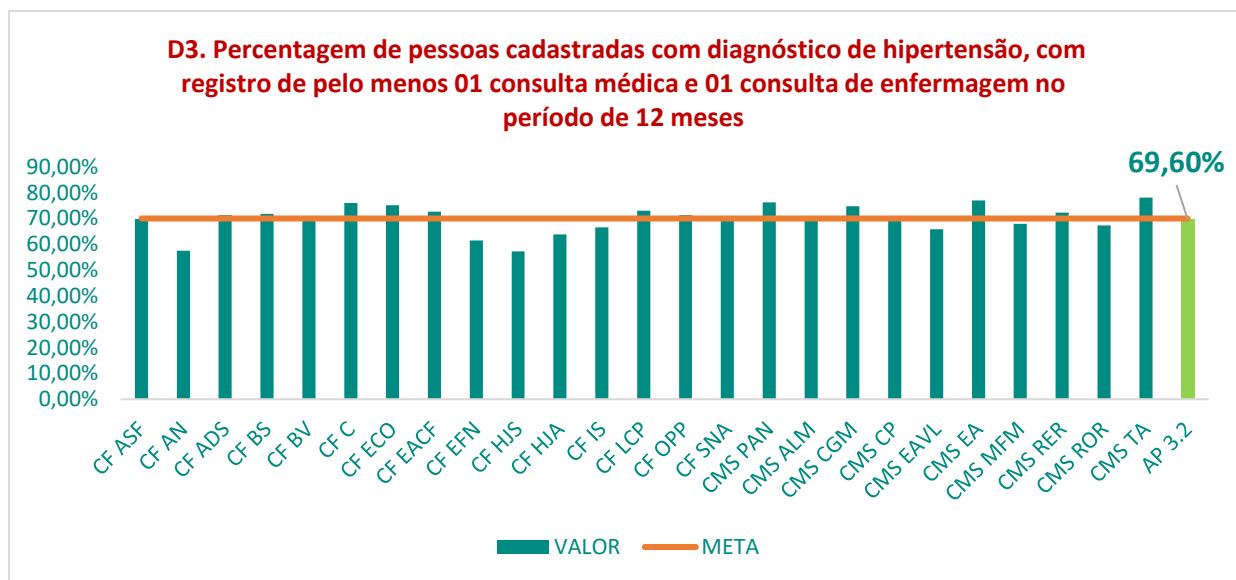


Gráfico 30

Na análise geral, obtivemos um resultado consolidado de 69,60% na AP 3.2, indicando um progresso no indicador e aproximando-se do alcance da meta. Apesar de não atingir

plenamente a meta, o resultado global indica uma melhoria no acompanhamento das pessoas com hipertensão, refletindo cuidado às condições crônicas na Atenção Primária.

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

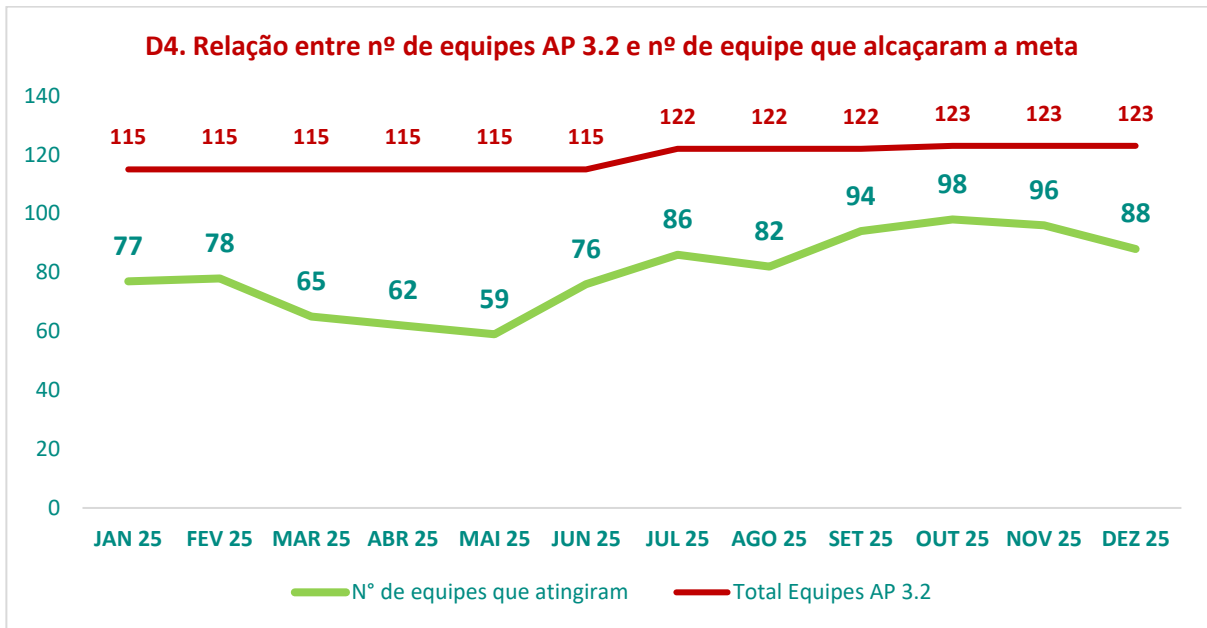


Gráfico 31

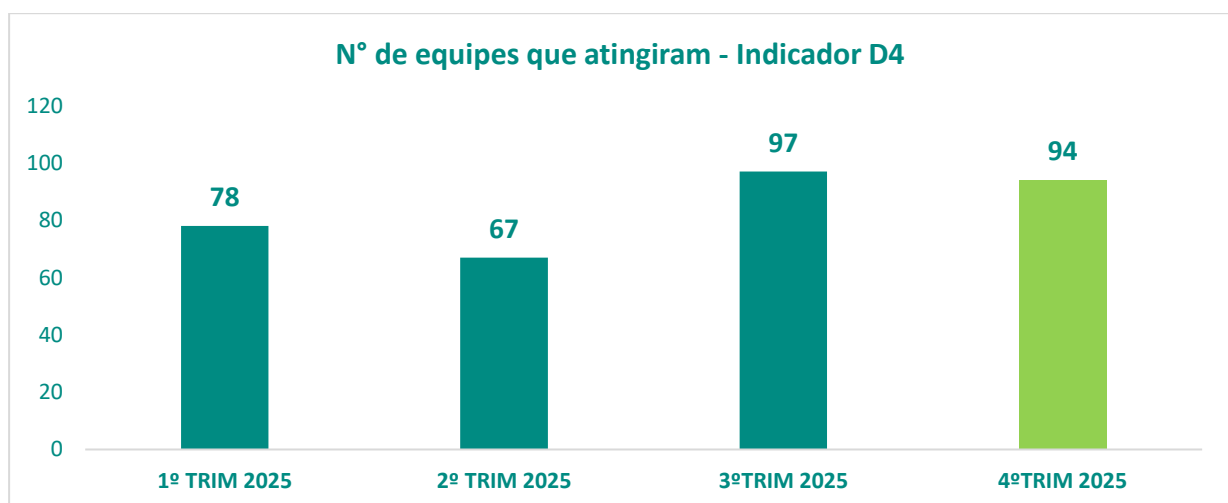


Gráfico 32

Análise anual CAP 3.2

O indicador “Percentagem de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado” apresentou uma queda significativa no primeiro semestre de 2025, com o número de equipes atingindo a meta passando de 78 em fevereiro para apenas 59 em maio, de um total de 115 equipes na Atenção Primária (AP 3.2). Essa redução pode estar associada a dificuldades na captação ativa, baixa adesão das famílias à vacinação no prazo recomendado, ou problemas operacionais na oferta e registro das vacinas.

A partir de junho, observou-se uma retomada no desempenho, com 76 equipes alcançando a meta. Em julho, esse número avançou para 86 equipes, seguida de uma nova melhora em agosto, quando 92 equipes atingiram o indicador. Em setembro, 94 equipes apresentaram resultados positivos, e no mês de outubro, 98 equipes alcançaram o indicador, mesmo com o aumento do total para 123 equipes.

Em novembro tivemos 96 equipes que alcançaram o indicador de percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado, 2 equipes a menos comparada com o resultado de outubro.

No mês de dezembro tivemos 88 equipes com alcance do indicador de percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado, com uma queda de 8 equipes comparando com o mês de novembro. 35 equipes não obtiveram alcance da meta de 90% são elas: CF Anna Nery (Almirante Ary Pareiras, Magalhães Castro), CF Anthidio Dias da Silveira (Miguel Angelo, Darci Vargas, XV de Agosto), CF Barbara Starfield (Domingos de Magalhães, Félix Ferreira), CF Bibi Vogel (Hortolandia), CF Edney Canazaro de Oliveira (Bela Vista, Cerqueira Lima, Manoel Miranda e São Paulo),); CF Erivaldo Fernandes Nóbrega (Praça Avaí e Visconde de Tocantins); CF Herbert José de Souza (Pereira Pinto, Silva Vale), CF Honorio José de Andrade (Capela), CF Luiz Célio Pereira (Casemiro de Abreu e Macedo Braga), CF Olga Pereira Pacheco (Ana Quintão, Arthur Vargas, Paranapiacaba, Paulo Pires e Solimões), CF Sergio Nicolau Amin (Vasco da Gama, Manet), CMS Carlos Gentile (Miguel Galvão), CMS Cesar Pernetta (Hermenegarda, Venceslau), CMS Milton Fontes Magarão (Borja Reis, Camarista, Ouro Preto, Santos Titara), CMS Rodolpho Rocco (Perianta, Timbo)

As justificativas apresentadas incluem o fato de que algumas crianças realizam vacina em rede suplementar e não disponibilizam a caderneta vacinal para o registro, recusa das vacinas e crianças prematuras que fazem a vacinação em unidades do CRIE (Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais).

No trimestre outubro, novembro e dezembro de 2025, 94 equipes apresentaram alcance do indicador. Tivemos 29 equipes não alcançaram a meta de 90% são elas : CF Amélia dos Santos Ferreira (Francisco Fragoso), CF Anna Nery (Dr Garnier), CF Anthidio Dias da Silveira (Miguel Angelo, Darci Vargas, Pontilhão, XV de Agosto), CF Barbara Starfield (Domingos de Magalhães, Félix Ferreira, Pires de Carvalho), CF Edney Canazaro de Oliveira (Cerqueira Lima, Manoel Miranda e São Paulo),CF Emygdio (Major Aderbal), CF Erivaldo Fernandes Nóbrega (Praça Avaí, Marilia e Visconde de Tocantins), CF Herbert José de Souza (Pereira Pinto, Machado Sobrinho), CF Luiz Célio Pereira (Casemiro de Abreu e Macedo Braga), CF Olga Pereira Pacheco (Ana Quintão, Arthur Vargas, Paranapiacaba, Paulo Pires), CF Sergio Nicolau Amin (Vasco da Gama), CMS Cesar Pernetta (Hermengarda, Lopes Cruz, Venceslau) e CMS Rodolpho Rocco (Perianta).

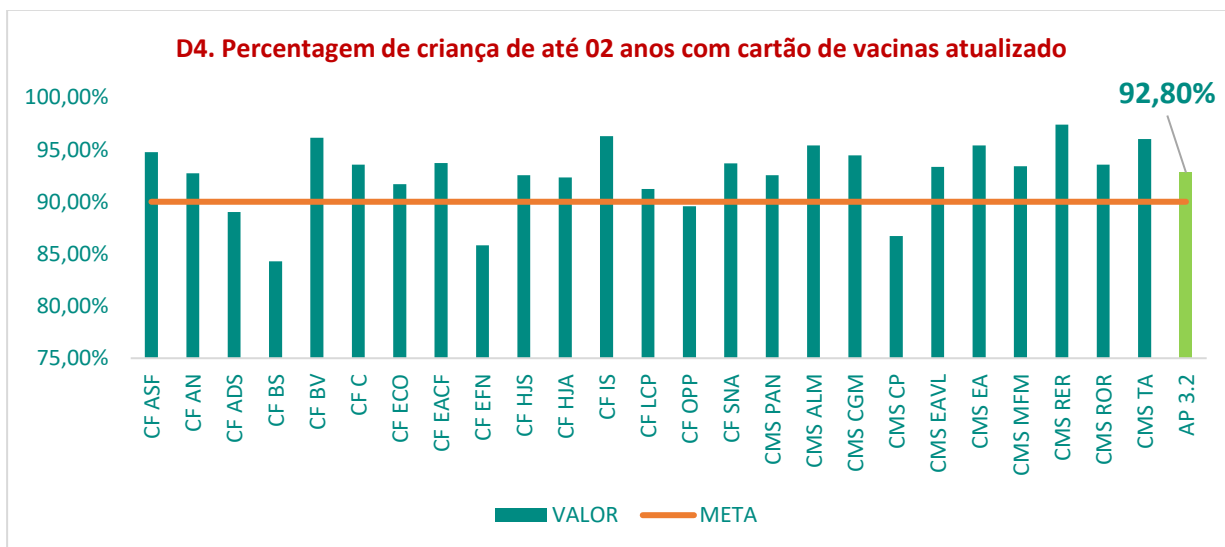


Gráfico 33

O resultado consolidado da **AP 3.2 foi de 92,80%**, superando o parâmetro pactuado e indicando desempenho global satisfatório. Apesar dessas variações pontuais, o desempenho geral demonstra consolidação das estratégias de imunização no território, refletindo o compromisso das equipes com a vigilância ativa, a busca de faltosos e a integração entre as ações assistenciais e de vigilância em saúde. O monitoramento contínuo do indicador, associado ao fortalecimento das ações de educação em saúde, da busca ativa e da qualificação do registro das informações são ferramentas fundamentais para a manutenção dos resultados alcançados e para a redução das iniquidades entre as unidades.

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

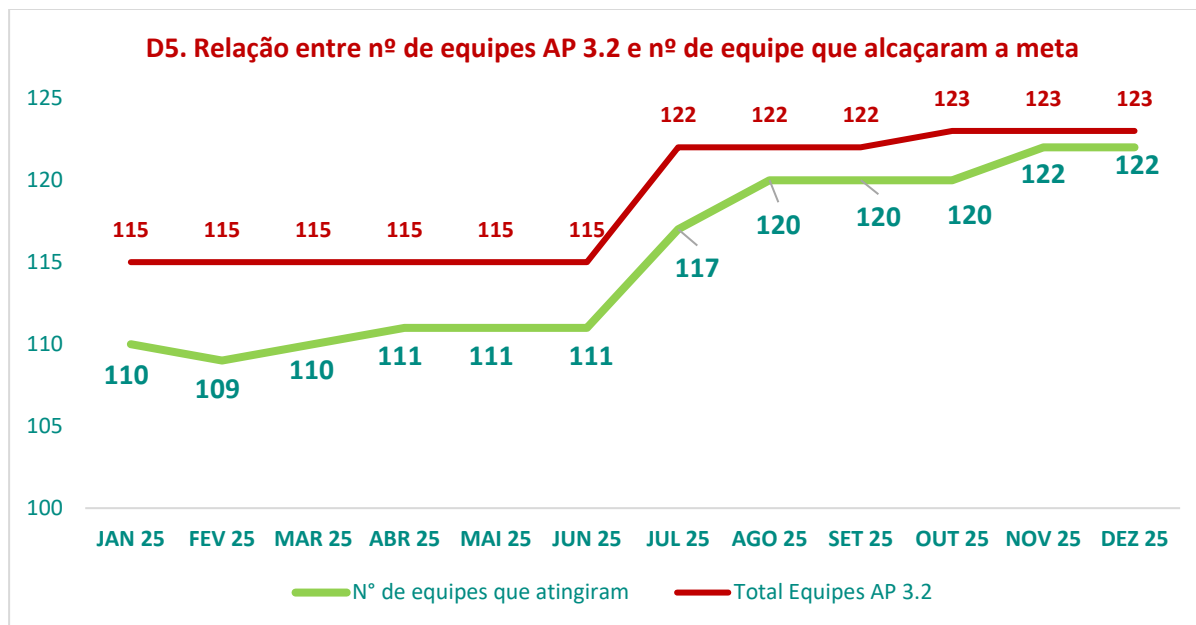


Gráfico 34

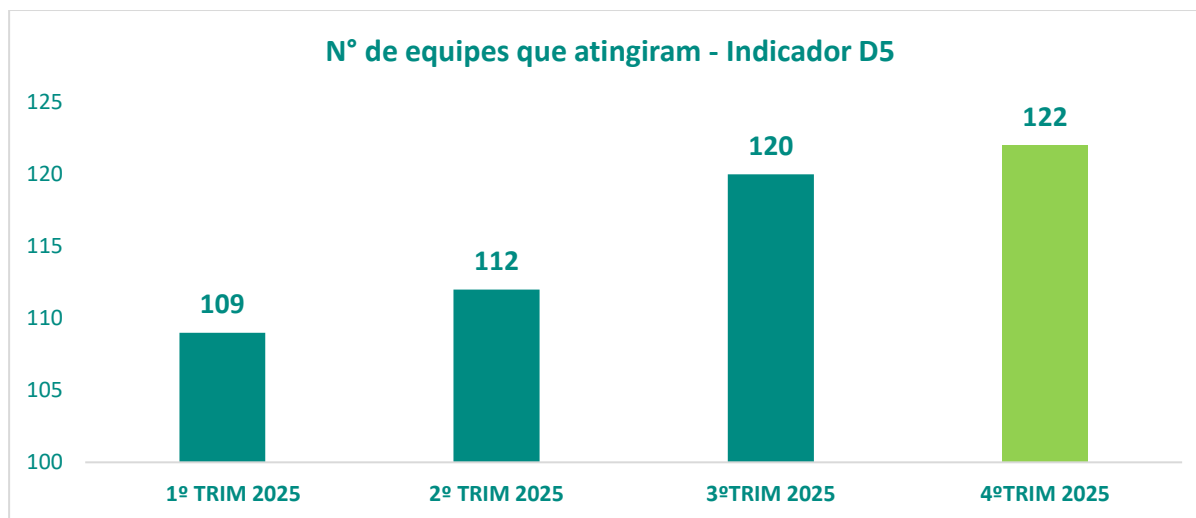


Gráfico 35

Análise anual CAP 3.2

O indicador “Percentagem de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado” manteve um desempenho elevado e estável ao longo de todo o período analisado. Entre janeiro e junho de 2025, o número de equipes que atingiram a meta variou entre 109 e 111, de um total

de 115 equipes na Atenção Primária (AP 3.2), evidenciando uma alta cobertura vacinal e a consolidação dessa prática nas rotinas das equipes.

Em julho, com o aumento do total de equipes para 122, houve um crescimento absoluto no número de equipes que atingiram a meta, alcançando 117 equipes. Esse número aumentou para 120 em agosto, setembro e outubro, mantendo um alto padrão de cobertura mesmo diante da expansão do total de equipes.

Em outubro, 3 equipes não conseguiram alcançar o indicador de percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.

Em novembro, 122 equipes obtiveram alcance de indicador e apenas a equipe Visconde de Tocantins, da CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, não alcançou o indicador de percentual de crianças de até 6 anos

No mês de dezembro 122 equipes alcançaram o indicador. A equipe Visconde de Tocantins da CF Erivaldo Fernandes Nóbrega não obteve alcance do indicador de percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacina atualizado; a justificativa apresentada foi a dificuldade de acessar as crianças que realizam acompanhamento na rede privada.

No trimestre em análise, obtivemos 122 equipes com alcance do indicador, tendo apenas a equipe Visconde de Tocantins da CF Erivaldo Fernandes da Nobrega com o resultado abaixo da meta pactuada.

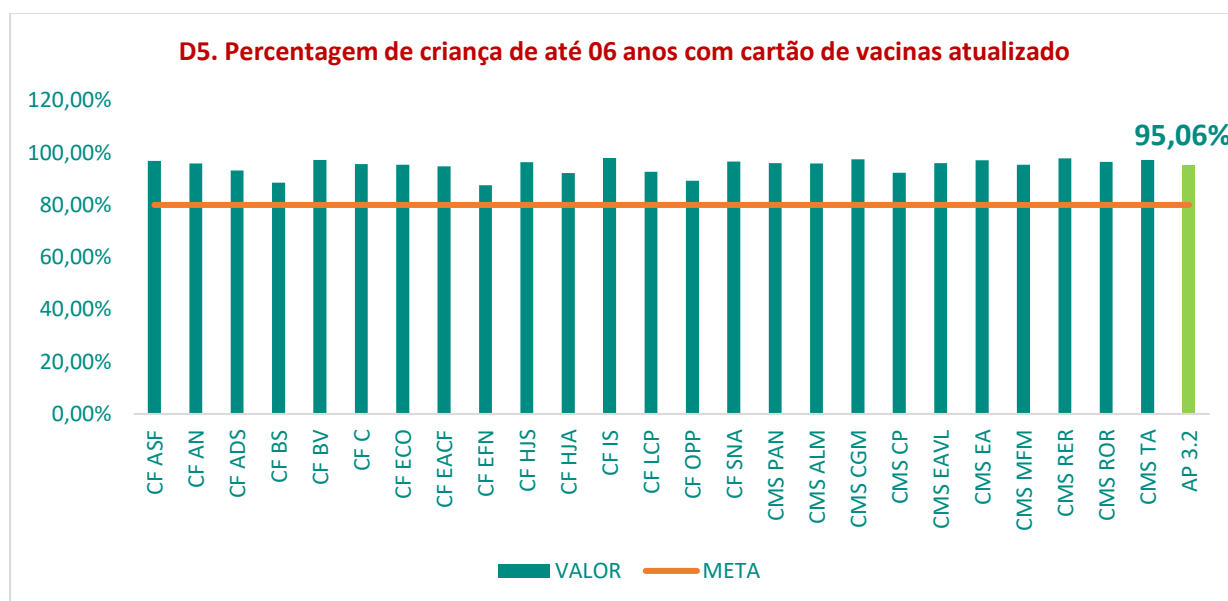


Gráfico 36

No período analisado, observa-se desempenho elevado da maioria das unidades, com valores consistentemente acima da meta pactuada de **80%**. O resultado consolidado da **AP 3.2 foi de 95,06%**, superando de forma expressiva o parâmetro estabelecido e evidenciando elevada cobertura vacinal no território

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

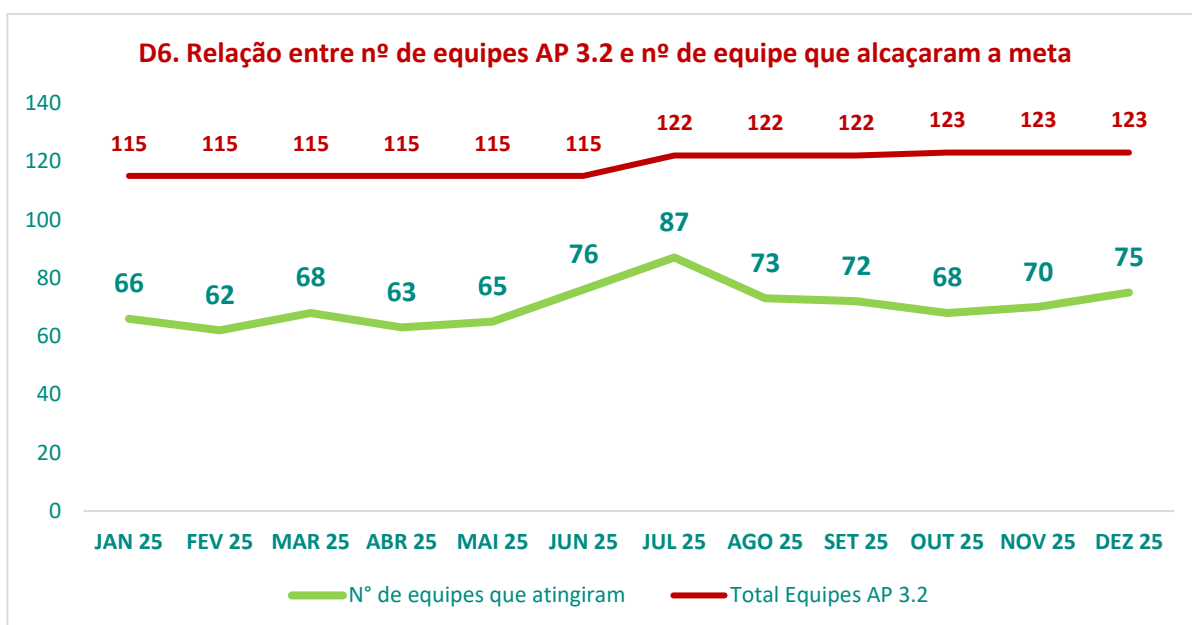


Gráfico 37

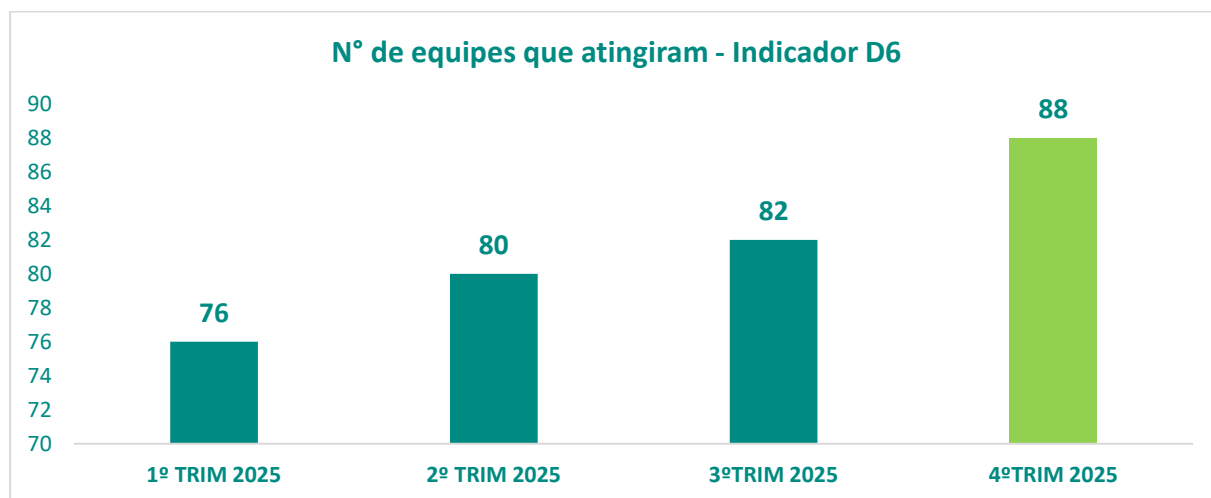


Gráfico 38

Análise anual CAP 3.2

O indicador “**Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez**” apresentou variações ao longo do período analisado, com um cenário inicial de 66 equipes na meta em janeiro e queda para o ponto mais baixo em fevereiro, com 62 equipes, de um total de 115 equipes com encerramento de gestação no período. Em março, houve recuperação para 68 equipes, seguida de nova oscilação em abril 63 e maio 65 equipes. A partir de junho, observou-se tendência de crescimento mais consistente, com 76 equipes na meta, culminando em julho com 87 equipes, em agosto apresentou uma queda no alcance das equipes para 73 e setembro 72. No mês de outubro observou-se uma leve redução para 68 equipes, retomando o aumento de 2 equipes no mês novembro, chegando ao total de 70 equipes com atingimento do indicador. No mês de dezembro observou-se aumento de equipes com alcance do indicador chegando a 75 equipes.

Dentre as 50 equipes que não obtiveram alcance do indicador temos as seguintes unidades com maior fragilidade: CF Amélia (4 equipes sem alcance), CF Anthidio (3 equipes sem alcance), CF Olga Pereira Pacheco (4 equipes sem alcance), CF Sergio Nicolau (4 equipes sem alcance). CMS Eliza Abrantes (3 equipes sem alcance), CMS Milton Fontes Magarão (3 equipes sem alcance).

No trimestre outubro, novembro, dezembro de 2025 obtivemos 88 equipes com alcance do indicador D6 percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. Dentre as 35 equipes que não obtiveram alcance do indicador temos as seguintes unidades com maior fragilidade: CF Amélia (3 equipes sem alcance), CF Anthidio (3 equipes sem alcance) CMS Carlos Gentile de Mello (4 equipes sem alcance), CMS Milton Fontes Magarão (4 equipes sem alcance), CMS Tia Alice (3 equipes sem alcance).

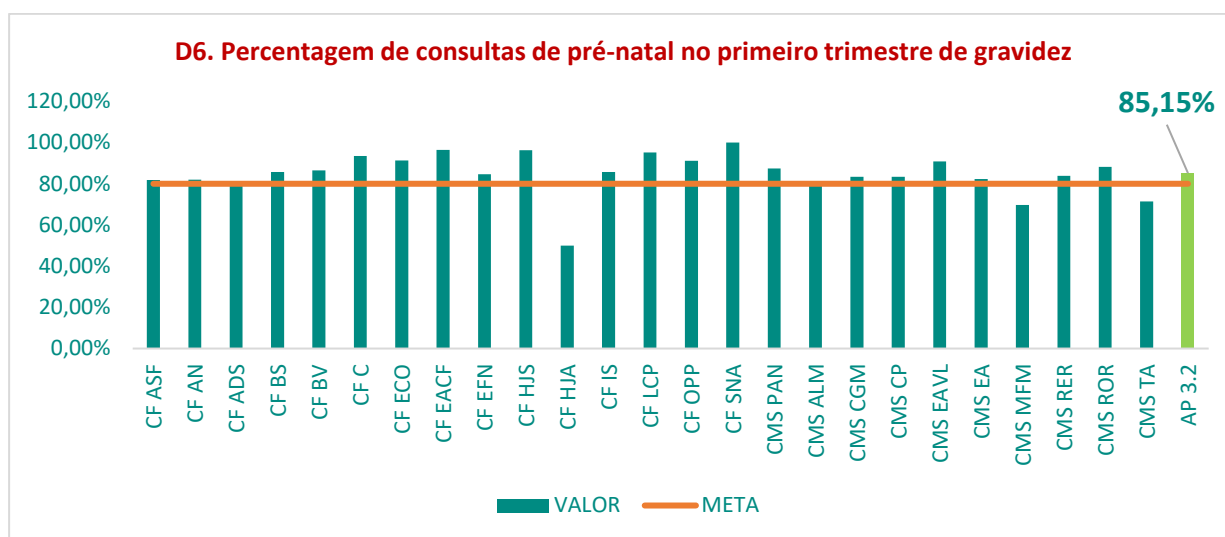


Gráfico 39

O resultado consolidado da **AP 3.2 foi de 85,15%**, indicando desempenho global satisfatório. A análise por unidade, entretanto, revela variações importantes entre as equipes, com algumas apresentando percentuais abaixo da meta. Apesar dessas variações pontuais, o resultado global indica a consolidação de estratégias de cuidado materno no território.

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

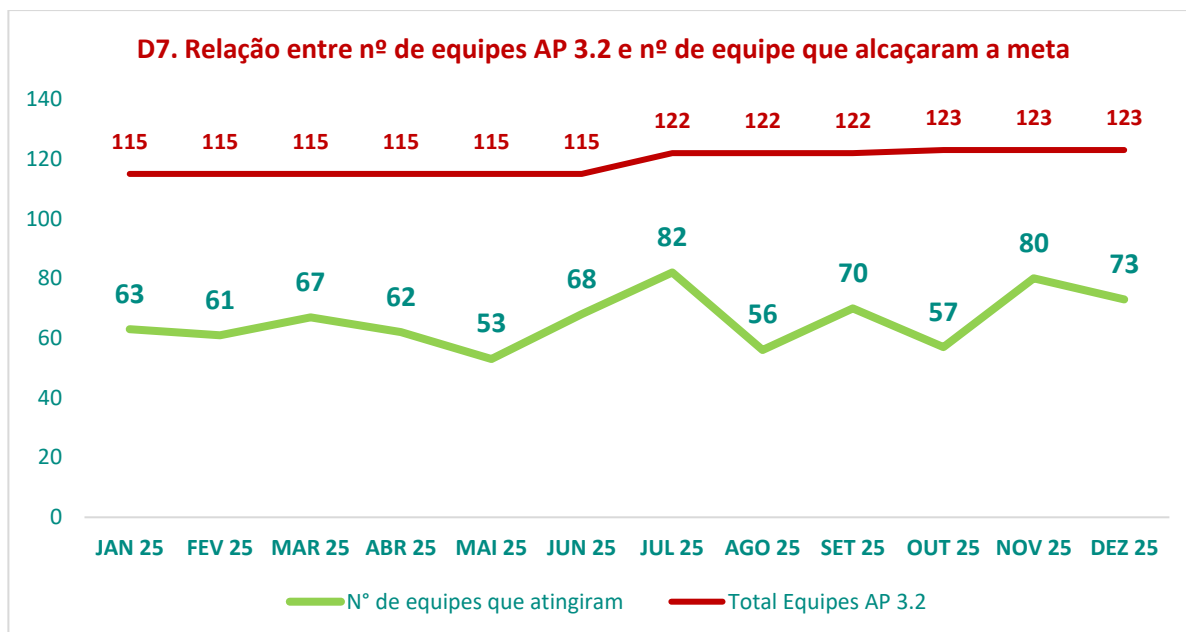


Gráfico 40

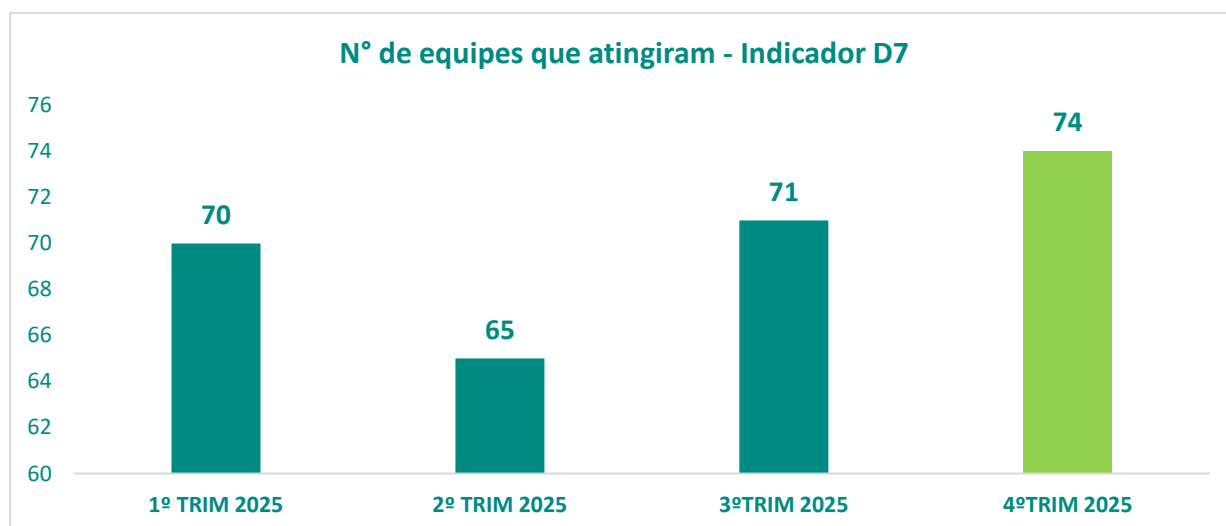


Gráfico 41

O indicador “**Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida**” apresentou oscilações ao longo do período, com início em 63 equipas na meta em janeiro, de um total de 115 equipas que tiveram crianças completando 3 meses no período. Em fevereiro, houve leve queda para 61 equipas, seguida de melhora em março, com 67 equipas.

Entre abril e maio, ocorreu nova redução, atingindo o ponto mais baixo da série em maio, com apenas 53 equipes, sugerindo possíveis dificuldades de captação precoce dos recém-nascidos ou falhas no registro das consultas. A partir de junho, o indicador voltou a apresentar crescimento consistente, com 68 equipes na meta, chegando a melhor performance em julho, com 82 equipes, passando por uma queda em agosto para 56 equipes, em setembro um aumento para 70 equipes alcançando o indicador, com nova redução no mês de outubro, com apenas 57 equipes de um total de 123 e maior alcance no mês de novembro, onde 80 equipes atingiram o indicador. No mês de dezembro apresentamos uma queda, com 73 equipes alcançando o indicador. No trimestre em análise, 74 equipes alcançaram o indicador de percentual de primeiras consultas efetuadas até os 15 dias de vida. Tivemos 49 equipes que não alcançaram esse indicador, entre as unidades que tiveram maior fragilidade para o alcance do indicador estão: CF Amélia(3 equipes sem alcance), CF Anthidio (3 equipes sem alcance), CF Barbara Starfield (3 equipes sem alcance), CF Emygdio Alves (3 equipes sem alcance), CF Erivaldo Fernandes da Nobrega (4 equipes sem alcance), CF Honorio José de Andrade (3 equipes sem alcance), CF Sergio Nicolau Amin (3 equipes sem alcance), CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite (3 equipes sem alcance), CMS Rodolpho Rocco (5 equipes sem alcance).

A Supervisão de Território já mantém reforço das estratégias de monitoramento e vigilância dessa linha de cuidado em suas visitas institucionais às unidades.

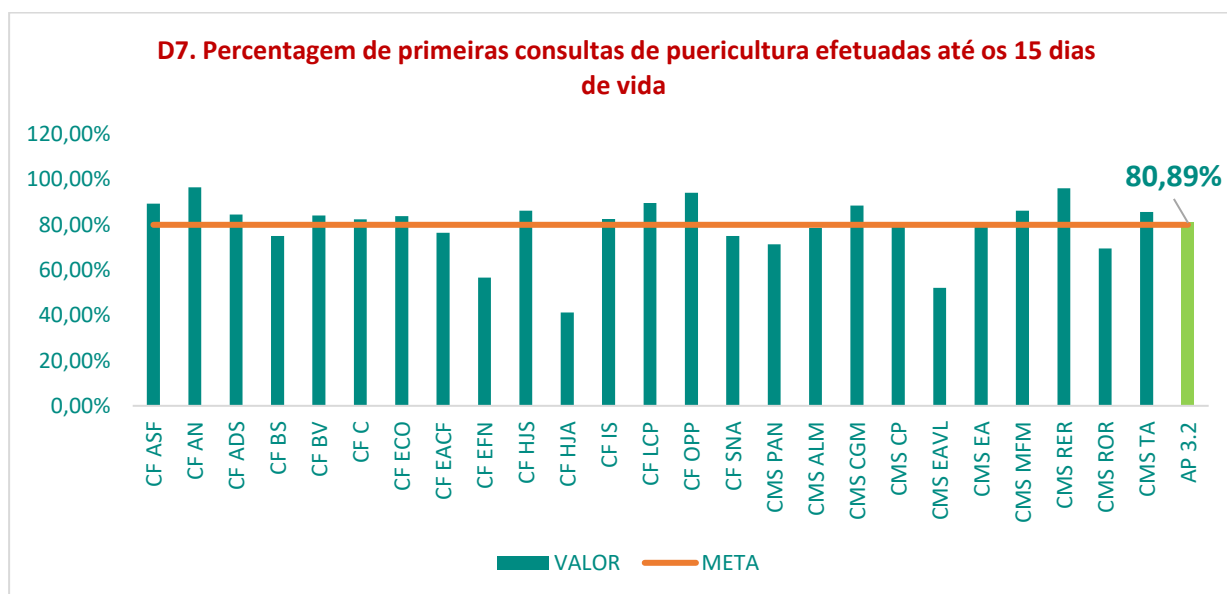


Gráfico 42

O resultado consolidado da **AP 3.2 foi de 80,89%**. Apesar do alcance da meta no resultado global, o indicador demanda acompanhamento contínuo, considerando a heterogeneidade nos resultados, com algumas equipes apresentando desempenho inferior à meta e sua relevância para a detecção precoce de agravos, orientação às famílias e promoção do cuidado integral à criança.

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

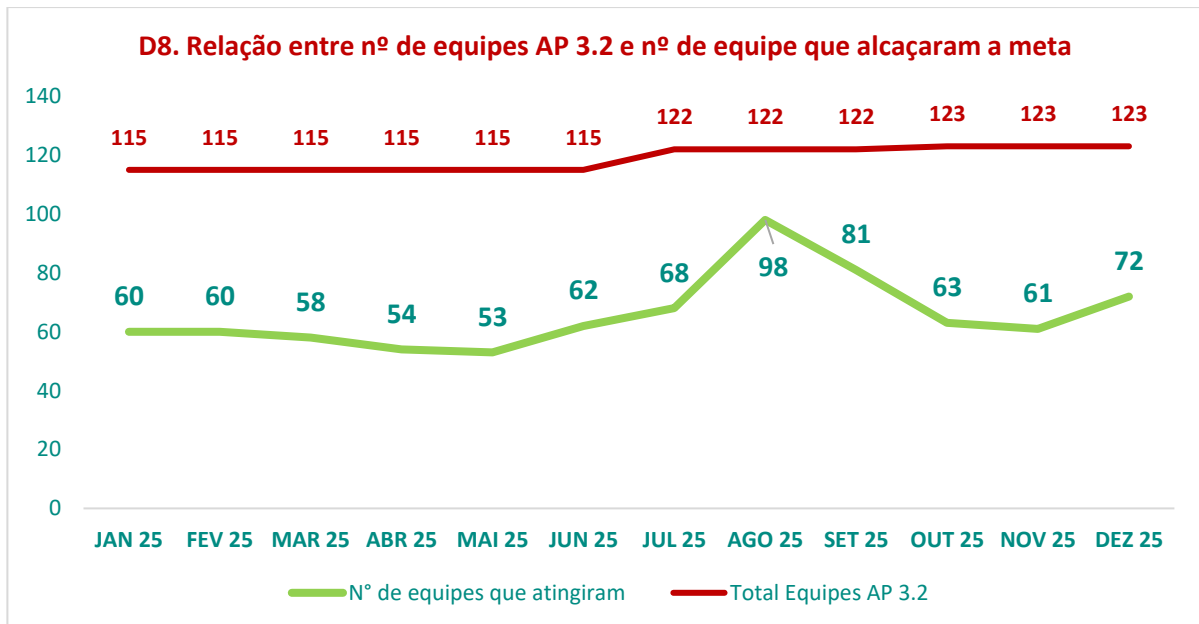


Gráfico 43

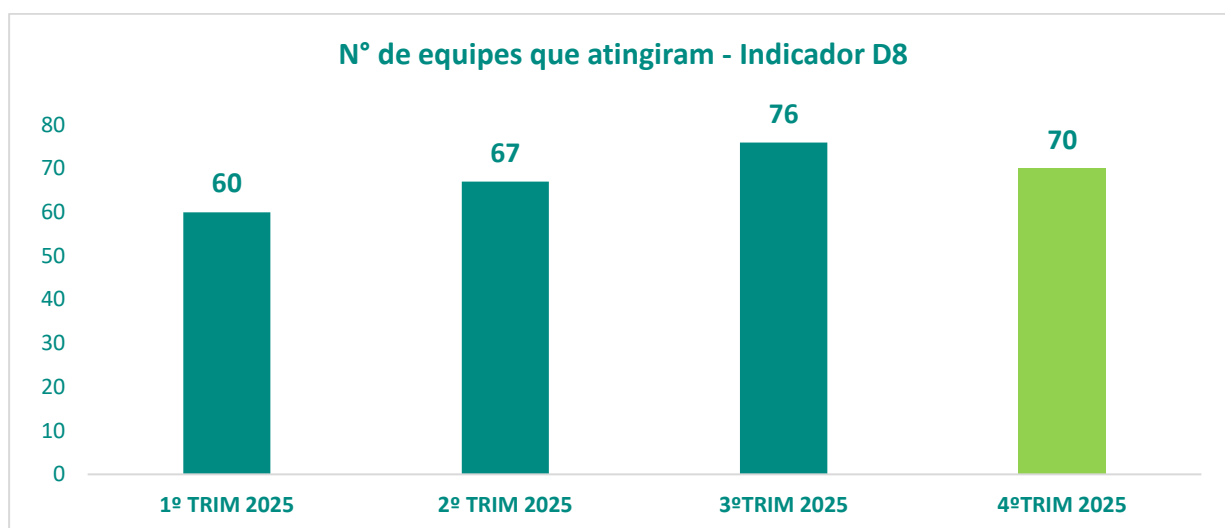


Gráfico 44

O indicador “**Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programadas**” apresentou variação moderada ao longo do período analisado. Em janeiro e fevereiro de 2025, 60 equipes atingiram a meta, de um total de 109 equipes com serviço odontológico na AP 3.2. Houve leve redução nos meses seguintes, chegando a 54 equipes em abril e ao ponto mais baixo em maio, com 53 equipes. A partir de junho, observou-se recuperação consistente, alcançando 62 equipes em junho, 68 em julho, 98 equipes em agosto e 81 equipes em setembro. Em outubro houve nova redução para 63 equipes, em novembro 61, e finalizamos o mês de dezembro com 72 equipes com alcance da meta do indicador.

No último trimestre de 2025, observa-se o total de 70 equipes com atingimento da meta preconizada para o indicador. Esse panorama de resultados sugere necessidade de melhor adequação da gestão de lista de usuários e suas necessidades em saúde pelas equipes, com maior proporção de tratamentos concluídos em relação às primeiras consultas programadas, refletindo em um processo mais resolutivo e satisfatório para os usuários.

As unidades que apresentaram maiores fragilidades em suas equipes foram a CF Honório José de Andrade, CF Bibi Vogel, CF Emygdio Alves Costa Filho, CMS Ariadne Lopes de Menezes e CMS Eliza Abrantes.

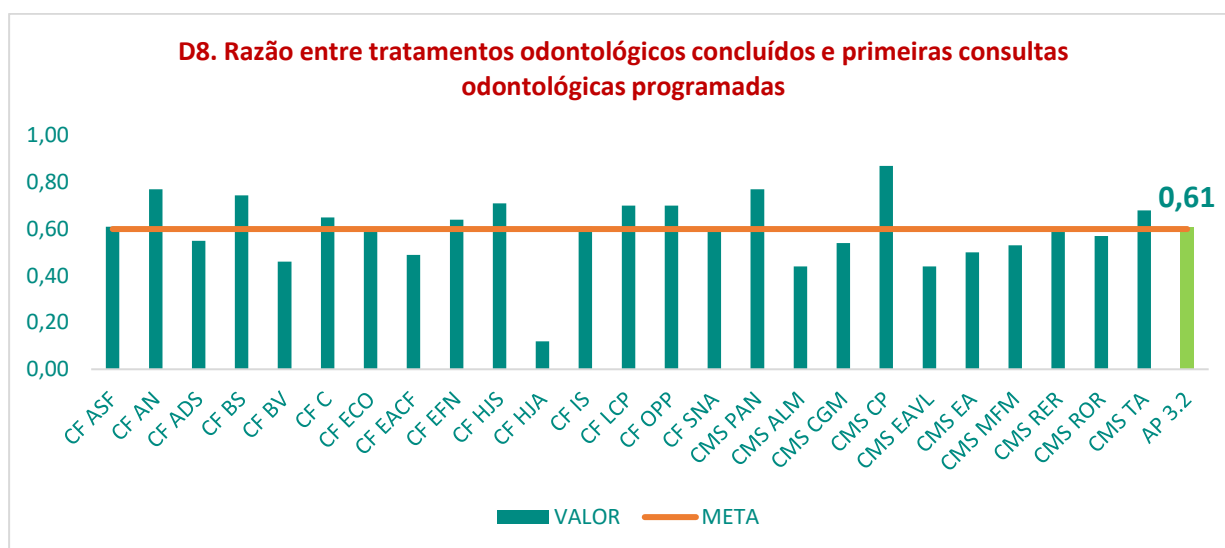


Gráfico 45

O consolidado da Área Programática 3.2 (AP 3.2) apresentou resultado acima da meta do indicador, alicerçado por algumas unidades que se destacaram, com atingimento bem superior a meta, são elas: CMS Cesar Pernetta, CF Anna Nery, CF Bárbara Starfield, CF Herbert José de Souza, CF Luiz Celio, CF Olga Pereira Pacheco e CMS Professor Antenor.

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

Indicador	Meta	RESULTADO TIMESTRE	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	90%	95,07%	93,15%	95,76%	95,89%

Cálculo do Indicador: O numerador, contabiliza o total de inquéritos com resposta satisfeitos/muito satisfeitos, no período em análise e o denominador, contabiliza, todos os atendimentos ao paciente realizados por profissionais das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal da unidade de saúde, no período em análise.

Fonte: PEP Vitacare

Periodicidade da avaliação: Esse indicador é avaliado no final do trimestre

Tabela 23

Percentual de usuários satisfeitos/muito satisfeitos voltou a ser contabilizado na AP 3.2, após um período de suspensão. Conforme estabelecido no Ofício nº 124/2023, a meta para este indicador é de 90% de avaliações classificadas como “satisfeito” ou “muito satisfeito”. Para que o indicador seja considerado válido, é necessário alcançar pelo menos 5% de adesão à pesquisa de satisfação dos atendimentos realizados no período, cuja avaliação ocorre ao final de cada trimestre. Na análise do quarto trimestre de 2025, 62 equipes atingiram índice de satisfação superior a 90%, com adesão mínima de 5% à pesquisa de satisfação. As unidades que obtiveram destaque, com todas as equipes alcançando a meta do indicador foram: CF Amélia dos Santos Ferreira, CF Carioca, CF Honório José de Andrade, CMS Carlos Gentile, CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite e CMS Milton Fontes Magarão.

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

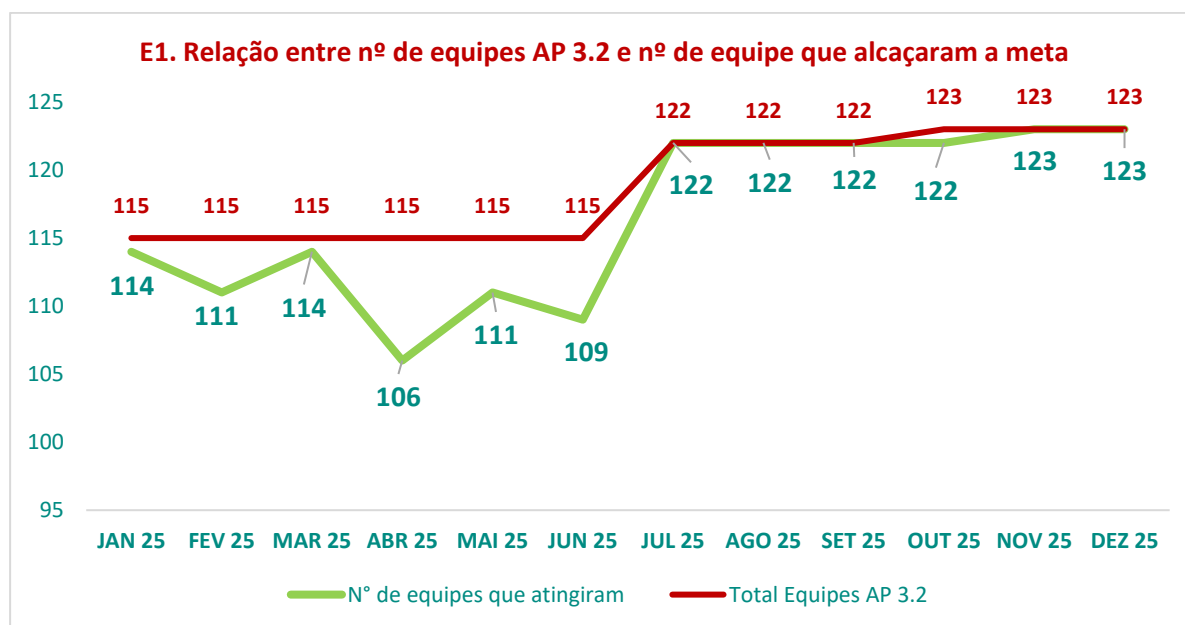


Gráfico 46

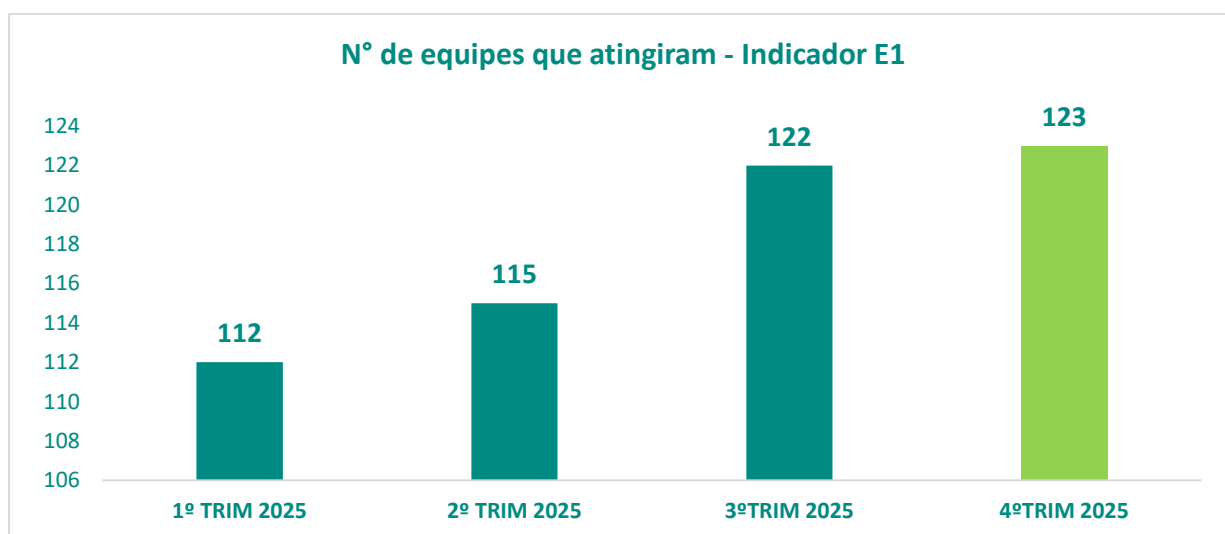


Gráfico 47

O indicador “**Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário**” apresentou desempenho consistentemente elevado ao longo do período, com pequenas oscilações. Em janeiro, 114 equipes atingiram a meta, de um total de 115 equipes na AP 3.2. Em fevereiro, houve leve redução para 111 equipes, seguida de recuperação em março 114. O ponto mais baixo ocorreu em abril, com 106 equipes, possivelmente devido a variações sazonais de demanda ou ajustes no controle de custos. A partir desse mês, observou-se tendência de recuperação de 111 equipes em maio, com uma leve oscilação de 109 equipes em junho e expressivo crescimento em julho, agosto e setembro atingindo 122 equipes, resultando em 100% de cobertura. No mês de outubro 122 equipes atingiram a meta, de um total de 123 equipes de atenção primária, com apenas a equipe Cachambi – CMA Renato Rocco, ultrapassando a meta estabelecida, custos assistenciais por usuário, associado à manutenção da qualidade da assistência. À partir do mês de novembro todas as 123 equipes tiveram alcance do indicador, resultado mantido no mês de dezembro, com 100% das equipes com tal atingimento. A Supervisão de Território vem reforçando as estratégias de regulação, monitoramento e uso racional de recursos que possibilitaram esse desempenho, garantindo sustentabilidade financeira e eficiência no uso dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

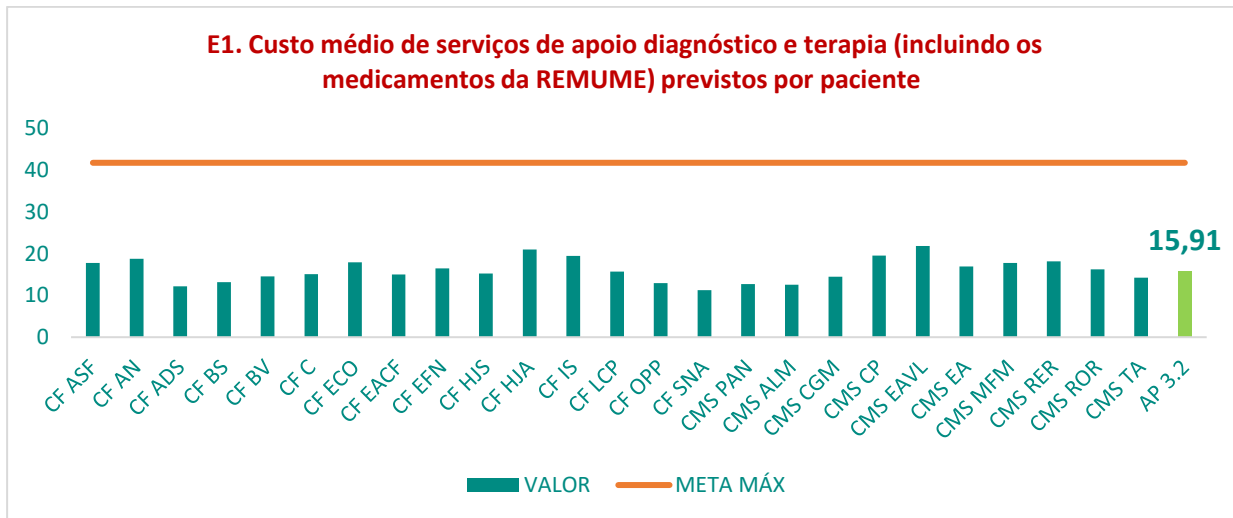


Gráfico 48

O consolidado da Área Programática 3.2 (AP 3.2) apresenta custo médio de 15,91 por paciente, valor significativamente inferior à meta máxima, indicando desempenho satisfatório e controle adequado dos custos relacionados ao indicador E1. Observa-se que todas as unidades permanecem abaixo do limite máximo preconizado, demonstrando conformidade geral com o parâmetro financeiro definido para o indicador.

2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.

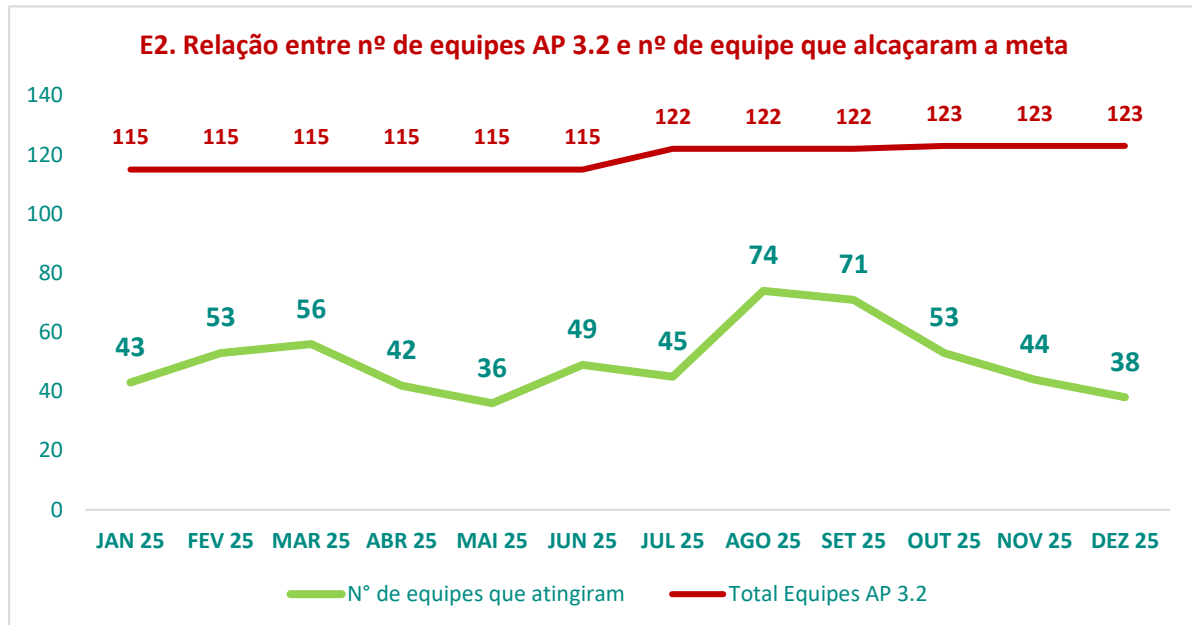


Gráfico 49

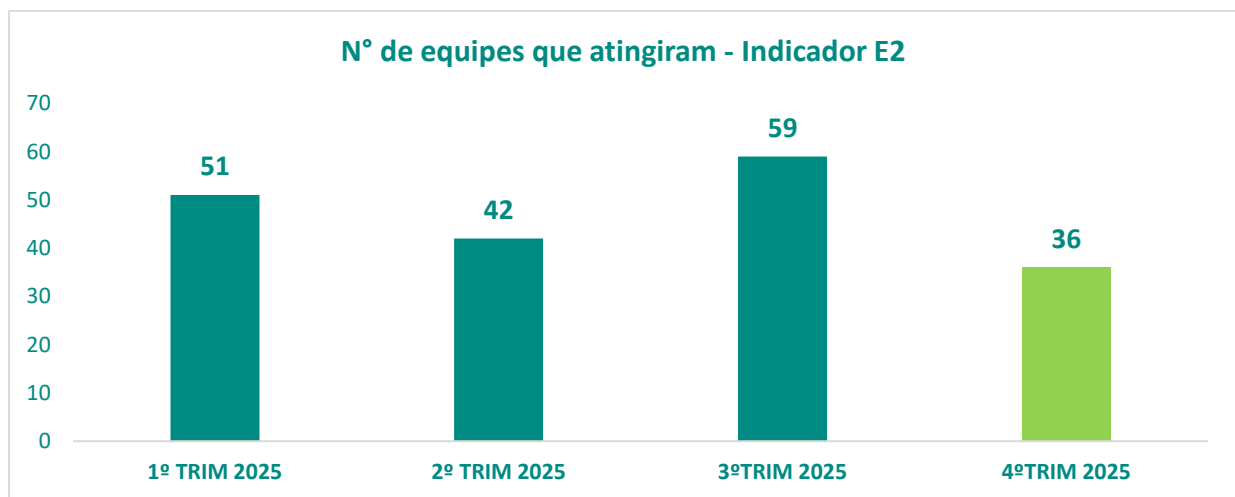


Gráfico 50

O indicador “**Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME**” apresentou variações significativas ao longo do período, iniciando com 43 equipes na meta em janeiro, de um total de 115 equipes na AP 3.2. Houve crescimento nos meses seguintes, alcançando o melhor resultado da série em março, com 56 equipes. A partir de abril, observou-se queda acentuada para 42 equipes, atingindo o ponto mais baixo em maio, com apenas 36 equipes

dentro da meta possivelmente relacionado a variações no abastecimento, prescrição de medicamentos fora da lista ou necessidade de ajustes no perfil terapêutico das equipes. Em junho, houve recuperação para 49 equipes, mas em julho, mesmo com aumento do total de equipes para 122, o resultado caiu para 45 equipes, em agosto houve um considerável aumento de 74 equipes, em setembro 71 equipes, com redução no alcance para 53 equipes no mês de outubro, no mês de novembro permanecendo em redução, com 44 equipes alcançando a meta, encerrando o período anual em dezembro com apenas 38 equipes com atingimento do referido indicador.

Ao analisar o gráfico trimestral do número de equipes que atingiram o indicador E2, observamos que no quarto trimestre de 2025 a área alcançou sua menor performance, com apenas 36 equipes de saúde contemplando o atingimento da meta. Sendo assim, no referido período, 87 equipes não obtiveram o atingimento.

Observa-se que a maior parte das unidades apresentaram valores acima da meta, indicando prescrição superior ao parâmetro recomendado. Algumas unidades atingiram percentuais significativamente elevados, aproximando-se ou ultrapassando 15%, o que evidencia fragilidades na adesão à REMUME. As unidades que apresentaram maiores fragilidades em suas equipes foram: CF Amelia dos Santos Ferreira, CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite, CMS Cesar Pernetta, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Anna Nery, CF Barbara Starfield, CF Honório José de Andrade, CF Luiz Celio Pereira, CMS Professor Antenor Nascente, CMS Ariadne Lopes de Menezes, CMS Milton Fontes Magarão, CMS Renato Rocco e CMS Rodolpho Rocco, com percentuais acima do resultado apresentado pela AP 3.2. Com relação a boa performance no referido indicador, as unidades CF Anthidio Dias da Silveira, CF Carioca e CMS Tia Alice obtiveram resultados satisfatórios, abaixo da meta máxima estabelecida.

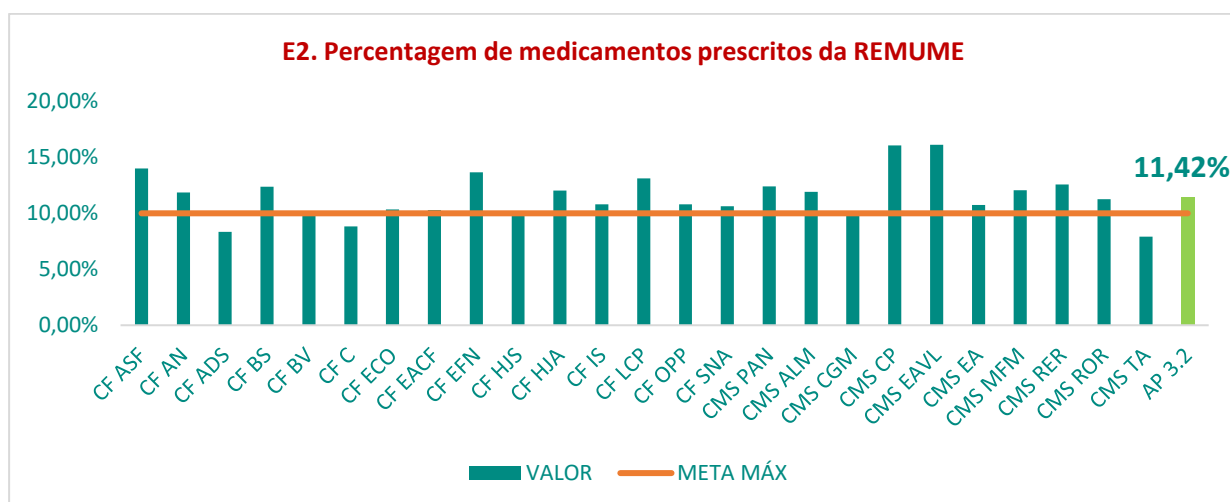


Gráfico 51

O gráfico acima apresenta o desempenho das unidades de saúde em relação ao indicador E2, que avalia a percentagem de medicamentos prescritos fora da REMUME, tendo como meta máxima estabelecida o limite de 10%.

O consolidado da AP 3.2 apresentou o percentual de 11,42%, permanecendo acima do valor máximo esperado. Poucas unidades conseguiram manter seus resultados próximos ou abaixo da linha da meta, reforçando a necessidade de ações de monitoramento e qualificação da prescrição, o fortalecimento do uso racional de medicamentos, garantindo assim o acesso e a adesão dos usuários ao tratamento preconizado.

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

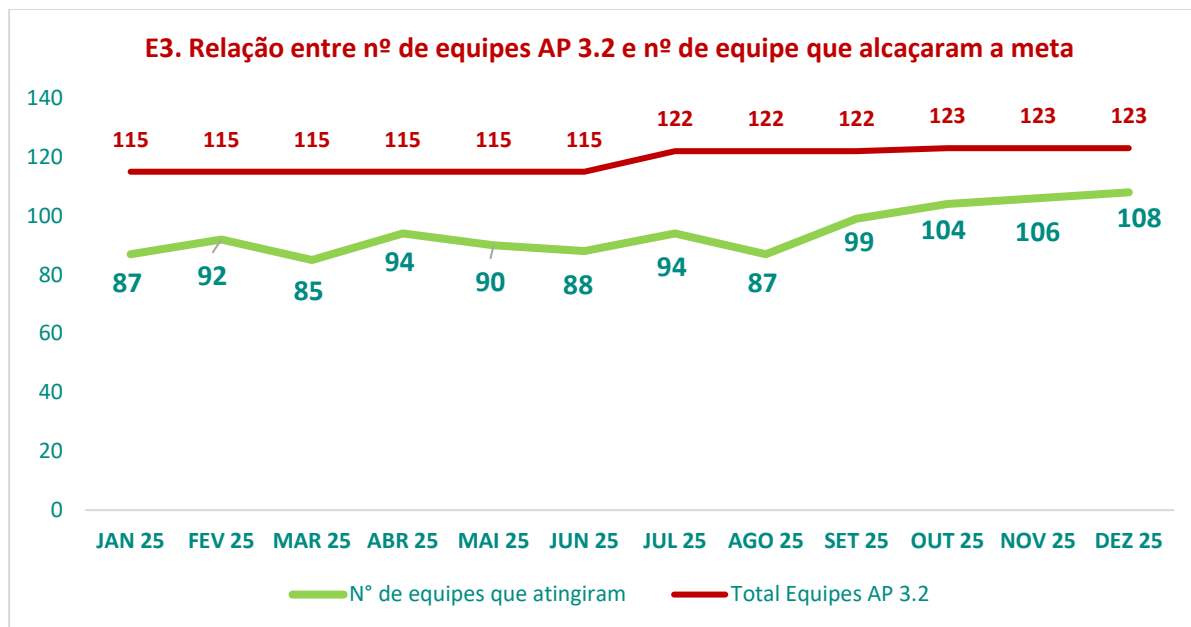


Gráfico 52

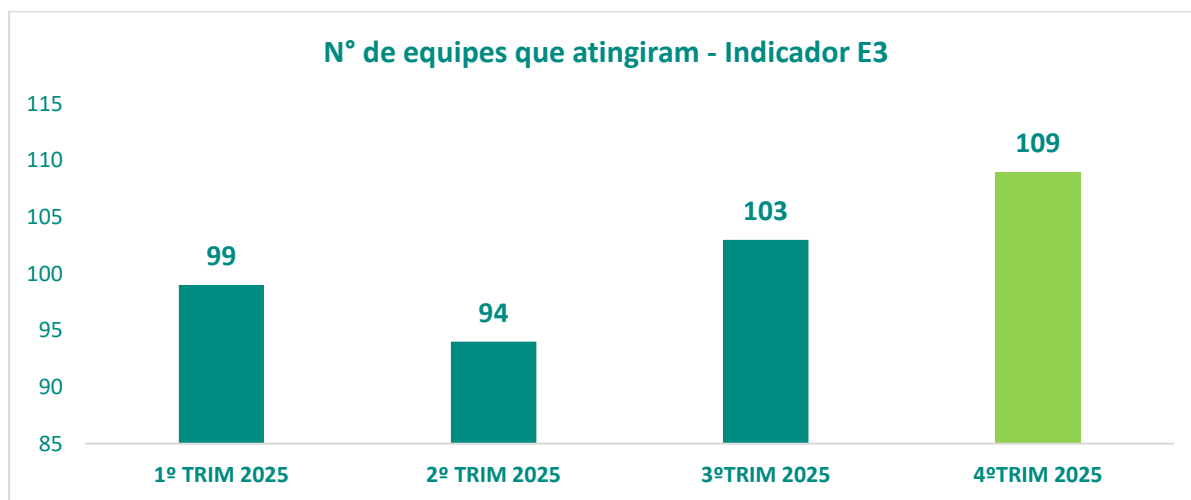


Gráfico 53

O indicador “Percentagem de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos” manteve um desempenho estável ao longo de 2025, com pequenas variações mensais e um patamar médio elevado de equipes na meta. Em janeiro, 87 equipes atingiram o objetivo, número que subiu para 92 em fevereiro. Em março, houve uma leve queda,

resultando em 85 equipes, mas em abril, registrou-se o melhor resultado do período, com 94 equipes. Nos meses seguintes, houve oscilações moderadas: 90 equipes em maio, 88 em junho e novamente 94 em julho. Apesar do aumento do total de equipes para 122, em agosto, o número caiu para 87 equipes, mas houve uma recuperação em setembro, com 99 equipes alcançando o indicador, em outubro com 104 equipes, novembro com 106 equipes e dezembro com o melhor resultado do ano, totalizando um alcance de 108 equipes.

No mês de dezembro, 15 equipes não alcançaram a meta do indicador. As unidades que apresentaram maiores fragilidades foram a CF Anthidio Dias da Silveira, com 4 equipes sem atingimento; a CF Edney Canazaro, com 3 equipes; e o CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite, no qual nenhuma das 3 equipes alcançou a meta.

Ao analisar o gráfico trimestral do número de equipes que atingiram o indicador E3, observamos que no quarto trimestre de 2025 a área alcançou sua melhor performance, com 109 equipes de saúde contemplando o atingimento da meta. Sendo assim, no período em análise, 14 equipes não obtiveram o atingimento e a CF Anthidio Dias da Silveira e CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite, permaneceram sendo as unidades que apresentaram maiores fragilidades em suas equipes.

Embora o desempenho geral seja bom, a variação entre os meses sugere a importância de monitorar continuamente as práticas de encaminhamento, assegurando que sejam clinicamente adequadas e alinhadas aos protocolos. É essencial fortalecer estratégias para reduzir encaminhamentos desnecessários e ampliar a capacidade de resolução na própria unidade.

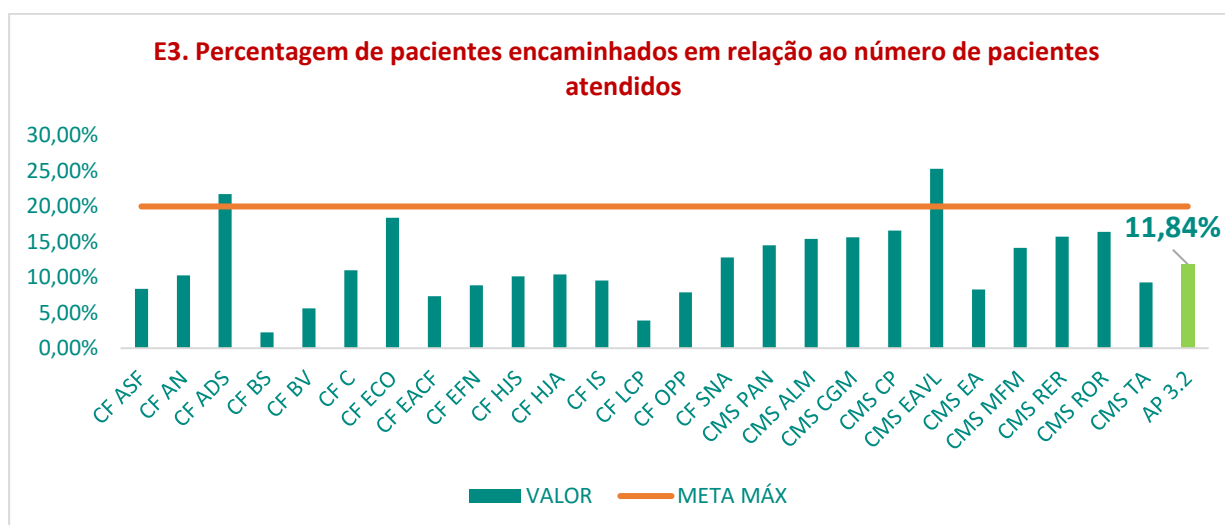


Gráfico 54

No gráfico acima, observamos a porcentagem de pacientes encaminhados por unidade de saúde, com a AP 3.2 alcançando um resultado de 11,84%, acima da meta máxima preconizada para o indicador. As unidades que se destacaram com melhor resolutividade em seus processos de encaminhamentos foram a CF Bárbara Starfield, CF Luiz Celio Pereira e CF Bibi Vogel, e como citado acima, as unidades CF Anthidio Dias da Silveira e CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite sendo as unidades que apresentaram menor resolutiva nas demandas em saúde dos usuários da área.

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

A fonte de dados utilizada para este indicador é o SISREG, com informações extraídas pelo NIR da CAP 3.2. No entanto, até o fechamento desse relatório, os dados referentes ao mês de novembro e dezembro ainda não estão disponíveis.

UNIDADE	QTD-EQP	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT
CF BARBARA STARFIELD	5	DARKE DE MATOS	35%	34%	32%	33%	32%	36%	35%	32%	31%	38%
		DOMINGOS DE MAGALHAES										
		FELIX FERREIRA										
		PIRES DE CARVALHO										
		VOLTA GRANDE										
CF SERGIO NICOLAU AMIN	5	BAMBORE	31%	33%	35%	34%	35%	36%	35%	32%	33%	38%
		CONFEDERACAO SUICA										

		MANET											
		VASCO DA GAMA											
		CHAVES PINHEIRO											
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	7	CONCORDIA	45%	42%	45%	44%	41%	46%	38%	40%	40%	42%	
		DARCI VARGAS											
		FAZENDINHA											
		MIGUEL ANGELO											
		PONTILHAO											
		VIUVA CLAUDIO											
XV DE AGOSTO													
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	5	AGUIA DE OURO	42%	35%	38%	31%	35%	48%	42%	35%	40%	40%	
		ALVARO DE MIRANDA											
		ENGENHO											
		MAJOR ADERBAL COSTA											
		MARIO BAHIA											
CF IZABEL DOS SANTOS	5	POLONIA	36%	38%	36%	36%	31%	38%	41%	36%	37%	40%	
		CEU AZUL											
		DOIS DE MAIO											
		ENGENHO NOVO											
		VEIGA BASTOS											
CF ANNA NERY	5	ALMIRANTE ARY PARREIRA	46%	35%	35%	38%	38%	39%	37%	42%	38%	39%	
		CAMBORIU											
		DR GARNIER											
		JOSE FELIX											
		MAGALHAES CASTRO											
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	6	ALZIRA VALDETARO	37%	33%	36%	38%	37%	38%	36%	39%	27%	33%	
		BELA VISTA											
		CERQUEIRA LIMA											
		CONSELHEIRO JOBIM											
		MANOEL MIRANDA											
		SAO PAULO											
CF CARIOCA	3	BERGAMO	36%	40%	30%	34%	35%	38%	34%	34%	36%	36%	
		ITAPOA											
		MOGI MIRIM											
CF BIBI VOGEL	7	ADHEMAR BEBIANO	38%	34%	35%	37%	35%	40%	38%	35%	31%	40%	
		CANITAR											
		HORTOLANDIA											
		MALACACHETA											
		MANUEL MAURICIO											
		MARECHAL CASTELO BRANCO											
		MOREIA											
CF HERBERT DE SOUZA	5	ENGENHO DO MATO	40%	39%	40%	40%	38%	44%	44%	42%	37%	38%	
		MACHADO SOBRINHO											
		MARACA											
		PEREIRA PINTO											
		SILVA VALE											

CF ERIVALDO FERNANDES NÓBREGA	5	ENEAS GALVAO	33%	32%	35%	36%	34%	39%	35%	34%	38%	44%
		ODILON ARAUJO										
		SALVADOR PIRES										
		EQUIPE NOVA										
		JARDIM DO MEIER										
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	8	CAMILA BRAVO	35%	35%	36%	37%	35%	46%	36%	34%	37%	39%
		FAGUNDES VARELA										
		FAZENDINHA										
		FRANCISCO FRAGOSO										
		MONTEIRO DA LUZ										
		PAU FERRO										
		POCONE										
		SILVA BRAGA										
CF OLGA PEREIRA PACHECO	5	ARTUR VARGAS	37%	39%	32%	33%	28%	32%	33%	36%	32%	41%
		CARDOSO QUINTAO										
		PARANAPIACABA										
		PAULO PIRES										
		SOLIMÕES										
CF LUIZ CELIO PEREIRA	5	ABOLICAO	36%	33%	30%	38%	34%	39%	34%	36%	38%	38%
		CASEMIRO DE ABREU										
		COIMBRA DA LUZ										
		FERNANDO SIMONI										
		MACEDO BRAGA										
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	6	ARAUJO LEITAO	42%	36%	34%	39%	37%	47%	41%	38%	42%	42%
		BICUIBA										
		DONA ROMANA										
		MIGUEL GALVAO										
		BARÃO (NOVA)										
		ENCONTRO (NOVA)										
CMS PROF ANTONOR NASCENTES	1	PROF ANTONOR NASCENTES	33%	31%	33%	34%	36%	39%	42%	37%	49%	39%
CMS EDUARDO ARAUJO VILHENA LEITE	3	PIAUI	31%	38%	33%	37%	30%	39%	34%	38%	35%	42%
		FERNAO CARDIM										
		HENRIQUE SCHEID										
CMS MILTON FONTES MAGARAO	4	ADOLFO BERGAMINI	37%	38%	38%	34%	41%	44%	39%	39%	42%	41%
		SANTOS TITARA										
		BORJA REIS										
		EQUIPE NOVA										
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	4	EMBOABA	41%	34%	36%	41%	30%	35%	39%	39%	39%	39%
		JOÃO RIBEIRO										
		LORENA										
		TEOPHILO DIAS										
CMS RENATO ROCCO	4	AIRES CASAL	41%	42%	43%	45%	34%	40%	40%	41%	35%	40%
		ALVARES DE AZEVEDO										

		ESPERANÇA												
		JACARÉ												
		AREA DESCOBERTA												
CMS RODOLPHO ROCCO	6	AMARO HAMATI	41%	37%	34%	36%	32%	39%	43%	37%	35%	37%		
		LAGO VERDE												
		PERIANTAM												
		SANTA LUZIA												
		TIMBO												
		TURIMA												
CMS CESAR PERNETA	3	HERMENGARDA	32%	38%	39%	40%	40%	36%	41%	39%	39%	39%		
		LOPES DA CRUZ												
		VENCESLAU												
CMS TIA ALICE	2	24 DE MAIO	29%	28%	34%	31%	31%	33%	35%	34%	32%	36%		
		SÃO FRANCISCO XAVIER												
CMS ELIZA ABRANTES	2	BOCA DO MATO	38%	34%	30%	37%	31%	39%	41%	30%	33%	37%		
		LINS IMPERIAL												
		MARIA LUIZA												
		SINCORÁ												
		VILELA TAVARES												

Tabela 24

No início de cada mês subsequente, as unidades de saúde são orientadas a preencher um instrumento eletrônico (formulário Google) com as justificativas para os indicadores que não foram alcançados no período anterior. Esse instrumento se configura como uma ferramenta estratégica para a identificação de fragilidades nos processos de trabalho e subsidia a elaboração de planos de intervenção direcionados.

Cabe ressaltar que, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), os usuários são identificados na planilha apenas pelas iniciais dos nomes, garantindo a privacidade das informações. Além disso, o acesso às respostas do formulário é restrito aos profissionais previamente autorizados pelo sistema de prontuário eletrônico (PEP).

Segue abaixo o link da planilha com as justificativas disponíveis para acesso da CTA através do link no Drive:

[https://docs.google.com/spreadsheets/d/14JodF6v-WGAhFqv bqCKc3mzriglEnKN2PNuh8Eelkc/edit?usp=drive link](https://docs.google.com/spreadsheets/d/14JodF6v-WGAhFqv bqCKc3mzriglEnKN2PNuh8Eelkc/edit?usp=drive_link)

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

3. PARTE 3

3.1 RESULTADO DOS INDICADORES DA VARIÁVEL 03: INCENTIVO INSTITUCIONAL À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL (ESB).

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

A parte variável 03 consiste em um recurso pago trimestralmente aos profissionais tendo como valor de referência o salário base de cada.

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:

A seguir, apresentam-se, em formato de tabelas, as quantidades de equipes que atingiram os indicadores da variável 3, em cada grupo de ação no período de abril a junho de 2025.

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

Tabela 25

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

Legenda do Indicador G1:

A - Sexo Feminino.

B - Ter entre 13 e 50 anos (idade calculada para o último dia do período em análise).

C - Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com código SIGTAP 03.01.04.014-1, inserção do Dispositivo intrauterino (DIU).

D - Nas mulheres com idades entre 25 e 50 anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia com código SIGTAP 02.01.02.003-3, nos 36 meses que antecedem a data do período em análise.

E - Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário.

F - Não ter recebido LC no grupo de ação 01 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

Total - Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F].

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	16946	8385	37	4431	3951	16913	7
CF ANNA NERY	9438	4751	31	3619	3466	9413	4
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	9663	5588	33	3501	3414	9630	6
CF BARBARA STARFIELD	13623	7255	64	3949	3211	13592	3
CF BIBI VOGEL	11968	6431	63	4672	4105	11912	10
CF CARIOCA	4429	2677	27	2162	1401	4405	4
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12112	6168	58	3552	3271	12079	10
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11702	5904	41	4010	2887	11678	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12661	5056	34	2304	2341	12644	2
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11640	6276	69	3674	3234	11606	6
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4209	2019	5	801	680	4208	0
CF IZABEL DOS SANTOS	11440	6186	46	4183	2859	11412	7
CF LUIZ CELIO PEREIRA	13254	5894	41	3428	3030	13219	5
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12627	6349	45	4324	3433	12598	7
CF SERGIO NICOLAU AMIN	10434	5258	24	2671	2030	10416	1
CMS ANTENOR NASCENTES	2216	987	8	665	531	2211	1
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8215	4205	36	3292	2634	8181	4
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	11764	6115	73	3918	3223	11749	8
CMS CESAR PERNETTA	7664	2637	10	1294	1204	7655	1
CMS EDUARDO A VILHENA	8813	4221	33	2346	1585	8796	3
CMS ELIZA ABRANTES	8163	3965	42	2447	2091	8140	8
CMS MILTON FONTES MAGARAO	12974	5727	24	3296	2621	12967	3
CMS RENATO ROCCO	7821	4243	48	2639	2643	7770	3
CMS RODOLPHO ROCCO	12049	6128	44	3805	2658	12019	3
CMS TIA ALICE	4851	2339	24	1422	1156	4836	3
AP 3.2	250676	124764	960	76405	63659	250049	109

Tabela 26

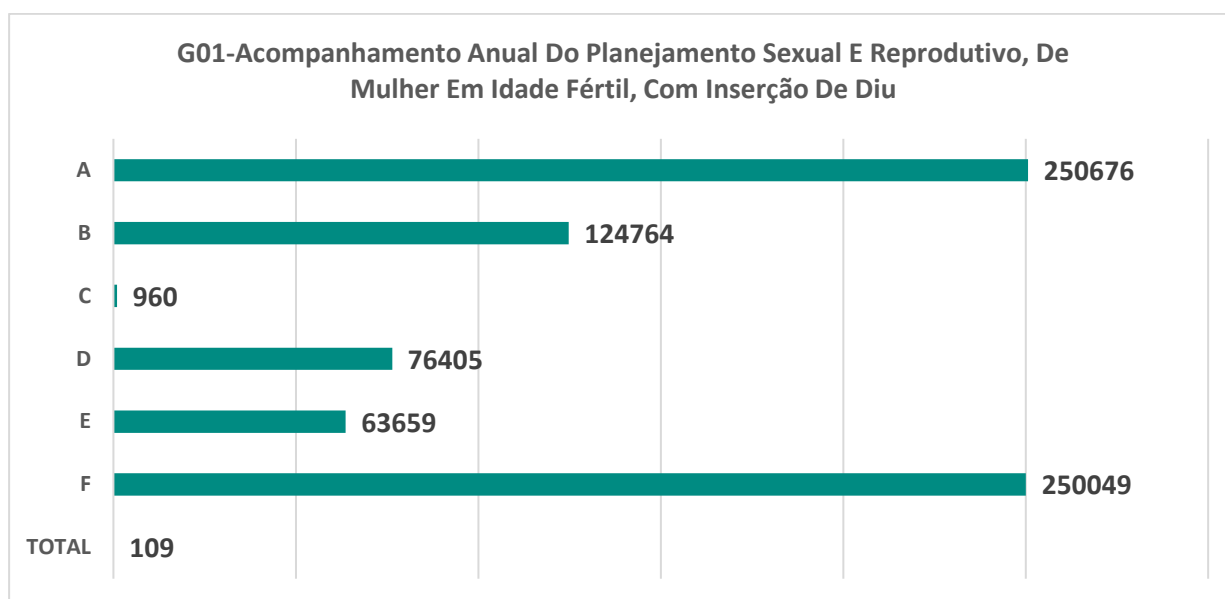


Gráfico 55

3.1.2 Grupo 02 (G2): Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino

Legenda do Indicador G2:

A - Sexo Feminino.

B - Se entre 25 e 49 anos (idade calculada para o último dia do período em análise) ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia, em campo específico no prontuário eletrônico, nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.

C - Se entre 50 e 64 anos (idade calculada para o último dia do período em análise) ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia em campo específico no prontuário eletrônico, nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise. E ter pelo menos um registro de resultado de mamografia em campo específico no prontuário eletrônico, nos últimos 24 meses.

D - Se entre 65 e 69 anos, ter pelo menos um registro de resultado de mamografia em campo específico no prontuário eletrônico nos últimos 24 meses.

E - Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário.

F - Não ter recebido LC no grupo de ação 02 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

Total - Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B/C/D+E+F].

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	TOTAL
---------	---	---	---	---	---	---	-------

CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	16942	1902	458	126	3950	16691	378
CF ANNA NERY	9435	1910	516	141	3466	9039	647
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	9663	1491	325	107	3414	9429	403
CF BARBARA STARFIELD	13623	2068	468	157	3211	13346	381
CF BIBI VOGEL	11965	2425	534	113	4105	11433	589
CF CARIOCA	4428	1078	131	27	1401	4310	178
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12106	1560	376	105	3269	11905	381
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11702	2106	403	87	2887	11468	307
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12650	1077	382	119	2338	12487	173
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11640	1617	175	29	3234	11432	298
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4209	231	68	26	680	4206	11
CF IZABEL DOS SANTOS	11439	1919	313	98	2858	11205	290
CF LUIZ CELIO PEREIRA	13254	1643	359	99	3030	13064	366
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12626	2145	468	80	3433	12382	422
CF SERGIO NICOLAU AMIN	10433	1195	225	63	2030	10295	182
CMS ANTONOR NASCENTES	2215	347	109	43	531	2159	56
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8207	1692	404	89	2632	7964	403
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	11764	1894	299	75	3223	11517	251
CMS CESAR PERNETTA	7659	636	157	57	1204	7558	99
CMS EDUARDO A VILHENA	8789	1219	398	100	1585	8657	167
CMS ELIZA ABRANTES	8162	1148	269	101	2091	7984	111
CMS MILTON FONTES MAGARAO	12973	1554	363	156	2621	12766	156
CMS RENATO ROCCO	7821	1177	311	94	2643	7463	237
CMS RODOLPHO ROCCO	12044	1768	350	104	2655	11848	244
CMS TIA ALICE	4851	744	165	42	1156	4735	141
AP 3.2	250600	36546	8026	2238	63647	245343	6871

Tabela 27

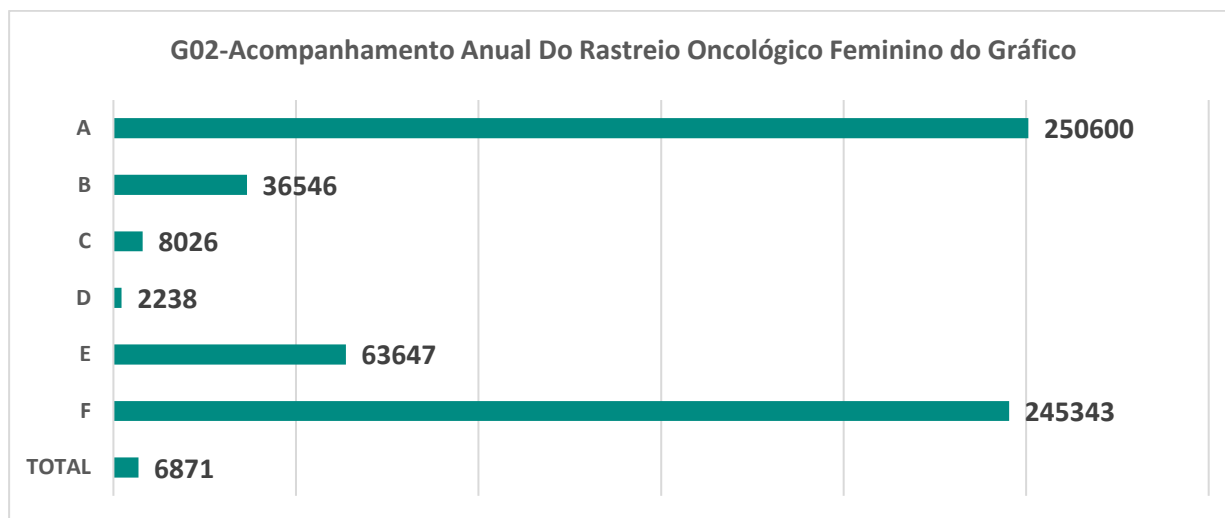


Gráfico 56

3.1.3 Grupo 03 (G3): Acompanhamento de uma gravidez

Legenda do Indicador G3:

A - Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência.

B - Ter efetuado consulta puerperal com o código SIGTAP 03.01.01.012-9, no período em análise e, até 20 dias após o parto, registrada por profissional médico(a) ou enfermeiro(a).

C - Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas (< 12 semanas) de gestação.

D - Ter realizado pelo menos 7 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até a 38ª semana (< 39 semanas) de gravidez, com o código SIGTAP 03.01.01.011-0.

E - Ter resultado de VDRL registrado com o código SIGTAP 02.02.03.117-9, realizado até a 24ª semana de gestação, se positivo Teste Rápido para Sífilis, com o código SIGTAP 02.14.01.008-2 ou 02.02.03.116-0.

F - Ter registro de pelo menos 07 visitas do ACS com código SIGTAP 01.01.03.001-0, até a 38ª semana (< 39 semanas) de gravidez.

G - Ter pelo menos um registro de resultado de Teste Rápido para HIV, com o código SIGTAP 02.14.01.004-0 ou 02.14.01.005-8, realizado até a 24ª semana (< 25 semanas) de gestação.

H - Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 OU 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 ou 01.01.02.002-3 OU 01.01.02.003-1 ou 01.01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item.

I - Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário.

J - Não ter recebido LC no grupo de ação 03 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

Total - Uma usuária é considerada deste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I+J].

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	36	27	29	34	30	20	28	34	30	36	9
CF ANNA NERY	33	24	27	25	25	18	28	33	26	33	10
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	42	33	37	38	36	21	41	32	35	42	7
CF BARBARA STARFIELD	25	19	21	22	23	18	22	24	17	25	10
CF BIBI VOGEL	51	42	44	38	39	34	46	45	41	51	16
CF CARIOCA	28	15	25	25	18	22	28	21	23	28	7
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	23	13	21	16	18	6	19	19	21	23	4
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	24	16	23	24	21	19	18	22	23	24	8
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	8	6	6	7	7	2	7	6	7	8	2
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	22	20	19	18	17	15	21	20	16	22	7
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	12	4	5	8	7	2	3	12	6	12	1
CF IZABEL DOS SANTOS	32	20	27	26	22	16	29	29	23	32	8
CF LUIZ CELIO PEREIRA	20	16	20	20	19	18	16	20	16	20	11
CF OLGA PEREIRA PACHECO	32	27	29	25	27	17	30	30	28	32	12
CF SERGIO NICOLAU AMIN	16	8	15	11	14	11	11	11	10	16	2
CMS ANTENOR NASCENTES	7	1	6	5	6	3	6	2	6	7	1
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	35	14	29	29	26	13	24	21	25	35	1
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	37	22	28	24	28	24	31	28	28	37	9
CMS CESAR PERNETTA	5	3	4	4	5	2	5	5	4	5	1
CMS EDUARDO A VILHENA	32	21	27	25	24	23	29	26	24	32	10
CMS ELIZA ABRANTES	32	20	22	28	27	21	28	32	26	32	4
CMS MILTON FONTES MAGARAO	35	24	21	27	19	7	25	33	27	35	2
CMS RENATO ROCCO	28	15	24	21	14	14	24	26	25	27	3
CMS RODOLPHO ROCCO	31	17	24	26	23	18	27	25	27	30	6
CMS TIA ALICE	19	14	14	18	14	8	16	17	15	19	2
AP 3.2	665	441	547	544	509	372	562	573	529	663	153

Tabela 28

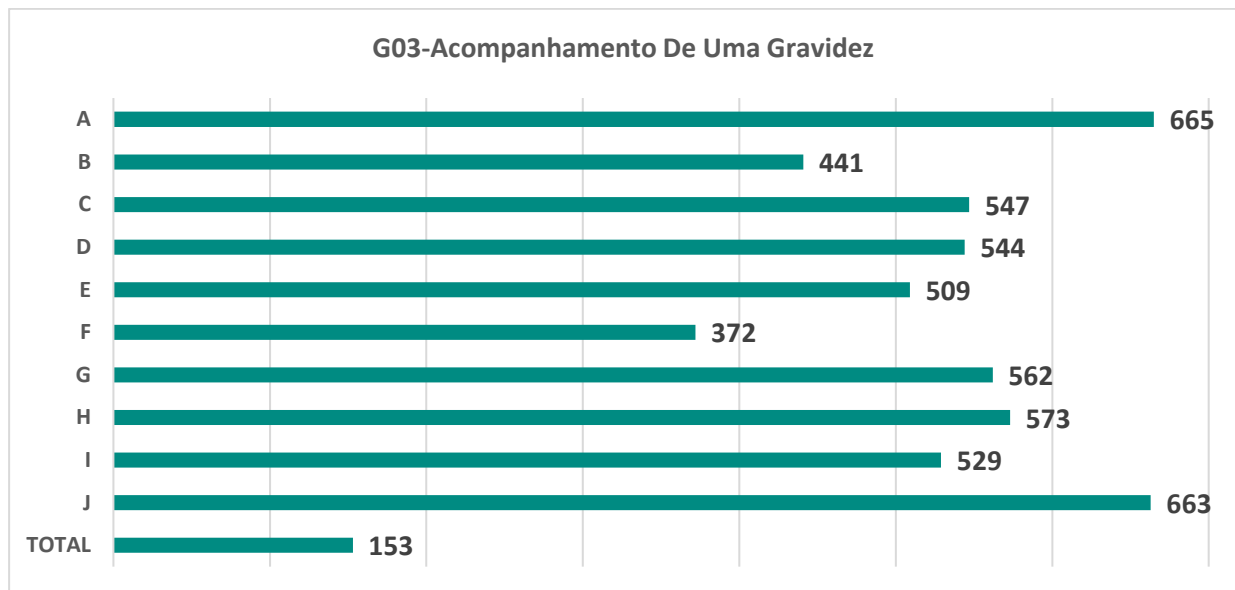


Gráfico 57

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

Legenda do Indicador G4:

A - Ter completado um ano de vida durante o período em análise.

B - Ter realizado a 1ª consulta médica ou de enfermagem com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.014-5 OU 03.01.01.026-9 ou 03.01.01.027-7 ou 03.01.06.003-7, até ao 30º dia de vida [0, 30 dias].

C - Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem para acompanhamento em saúde infantil (puericultura) com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.014-5 ou 03.01.01.026-9 OU 03.01.01.027-7 ou 03.01.06.003-7, até os 11 meses de vida - [0, 330] dias.

D - Ter pelo menos 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor com código SIGTAP 03.01.01.027-7, até os 11 meses de vida - [0, 330] dias, podendo ser realizado por médico(a) ou por enfermeiro(a).

E - Ter recebido ao menos duas visitas domiciliares do ACS com código SIGTAP 01.01.03.001-0, sendo a primeira realizada até os primeiros 10 [0, 10] dias de vida e a segunda até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias.

F - Estar com o calendário vacinal em dia e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário.

G - Ter registro do resultado do teste do pezinho (realização entre o 2º e o 5º dias de vida) com código SIGTAP 02.02.11.006-0 ou 02.02.11.007-9 ou 02.02.11.009-5 ou 02.02.11.010-9 ou 02.02.11.015-0.

H - Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta com registro de peso e altura, com código SIGTAP 01.01.04.002-4 ou (01.01.04.008-3 e 01.01.04.007-5).

I - Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 ou 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 OU 01.01.02.002-3 ou 01.01.02.003-1 ou 01.01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item.

J - Não ter recebido LC no grupo de ação 04 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

Total - Uma criança é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I+J].

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	40	33	29	27	22	35	0	1	36	40	0
CF ANNA NERY	34	26	29	30	14	29	13	1	31	34	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	38	33	28	29	17	33	13	1	26	38	1
CF BARBARA STARFIELD	24	16	14	15	11	18	7	1	24	24	0
CF BIBI VOGEL	56	47	48	50	35	45	25	5	43	56	0
CF CARIOCA	21	10	17	17	11	17	5	1	20	21	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	25	20	14	16	14	20	9	2	9	25	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	43	30	31	36	21	39	9	9	38	43	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	21	12	7	10	4	18	4	0	10	21	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	33	27	23	22	14	24	7	1	31	33	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	23	0	1	11	0	18	0	0	23	23	0
CF IZABEL DOS SANTOS	38	35	29	29	23	32	19	1	35	38	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	20	16	17	16	12	16	0	3	19	20	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	36	29	24	30	17	26	16	3	35	36	1
CF SERGIO NICOLAU AMIN	32	23	21	18	8	26	9	0	26	32	0
CMS ANTENOR NASCENTES	2	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	32	26	24	26	17	29	5	0	19	32	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	29	24	20	25	15	23	11	3	21	29	0
CMS CESAR PERNETTA	10	6	6	4	4	8	1	0	10	10	0
CMS EDUARDO A VILHENA	23	12	12	13	10	20	4	2	11	23	0
CMS ELIZA ABRANTES	26	14	16	17	9	23	5	0	26	26	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	37	27	24	28	14	29	10	0	28	37	0
CMS RENATO ROCCO	27	22	21	23	17	27	7	1	20	27	0
CMS RODOLPHO ROCCO	42	32	31	31	19	36	16	0	39	42	0

CMS TIA ALICE	20	15	15	18	13	19	8	0	19	20	0
AP 3.2	732	535	501	542	341	611	203	35	599	732	2

Tabela 29

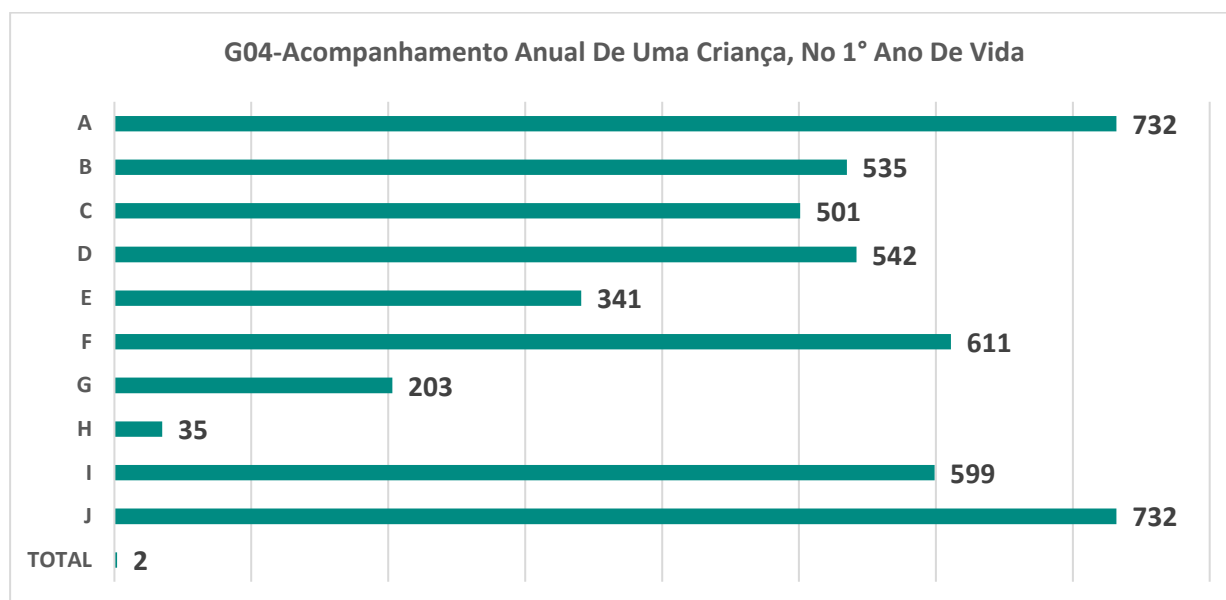


Gráfico 58

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

Legenda do Indicador G5:

A - Ter completado dois anos de vida durante o período em análise.

B - Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem para acompanhamento em saúde infantil (puericultura) com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.014-5 ou 03.01.01.026-9 ou 03.01.01.027-7 ou 03.01.06.003-7, entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias.

C - Ter pelo menos 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor com código SIGTAP 03.01.01.027-7, entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias, podendo ser realizado por médico ou por enfermeiro.

D - Ter recebido ao menos duas visitas domiciliares do ACS com código SIGTAP 01.01.03.001-0, entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias.

E - Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta com registro de peso e altura, com código SIGTAP 01.01.04.002-4 ou (01.01.04.008-3 e 01.01.04.007-5).

F - Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no PEP.

G - Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 ou 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 ou 01.01.02.002-3 ou 01.01.02.003-1 ou 01.01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item.

H - Não ter recebido LC no grupo de ação 05 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

Total - Uma criança é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H].

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	52	16	24	45	9	52	24	52	3
CF ANNA NERY	37	15	18	34	7	37	28	37	5
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	49	13	13	39	9	48	22	49	2
CF BARBARA STARFIELD	35	12	20	32	5	34	28	35	2
CF BIBI VOGEL	44	8	22	37	10	44	15	44	0
CF CARIOCA	20	4	7	18	6	19	18	20	1
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	41	12	16	33	3	41	11	41	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	39	14	19	32	6	38	29	39	1
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	27	3	2	7	2	23	18	27	1
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	34	7	9	26	7	33	22	34	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	19	1	4	2	3	14	19	19	0
CF IZABEL DOS SANTOS	41	9	13	35	3	41	38	41	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	26	9	14	24	11	24	12	26	2
CF OLGA PEREIRA PACHECO	50	13	24	41	6	47	43	50	4
CF SERGIO NICOLAU AMIN	21	5	7	19	4	20	7	21	1
CMS ANTENOR NASCENTES	7	3	3	6	2	7	3	7	2
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	34	11	9	26	4	32	12	34	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	40	14	13	33	8	40	16	40	0
CMS CESAR PERNETTA	10	3	1	6	0	10	9	10	0
CMS EDUARDO A VILHENA	21	4	9	16	3	21	8	21	2
CMS ELIZA ABRANTES	30	10	16	10	1	30	30	30	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	40	2	14	15	4	37	24	39	1
CMS RENATO ROCCO	31	13	10	28	7	30	15	31	2
CMS RODOLPHO ROCCO	37	12	15	29	3	37	35	37	1
CMS TIA ALICE	15	5	5	10	2	14	12	15	0
AP 3.2	800	218	307	603	125	773	498	799	30

Tabela 30

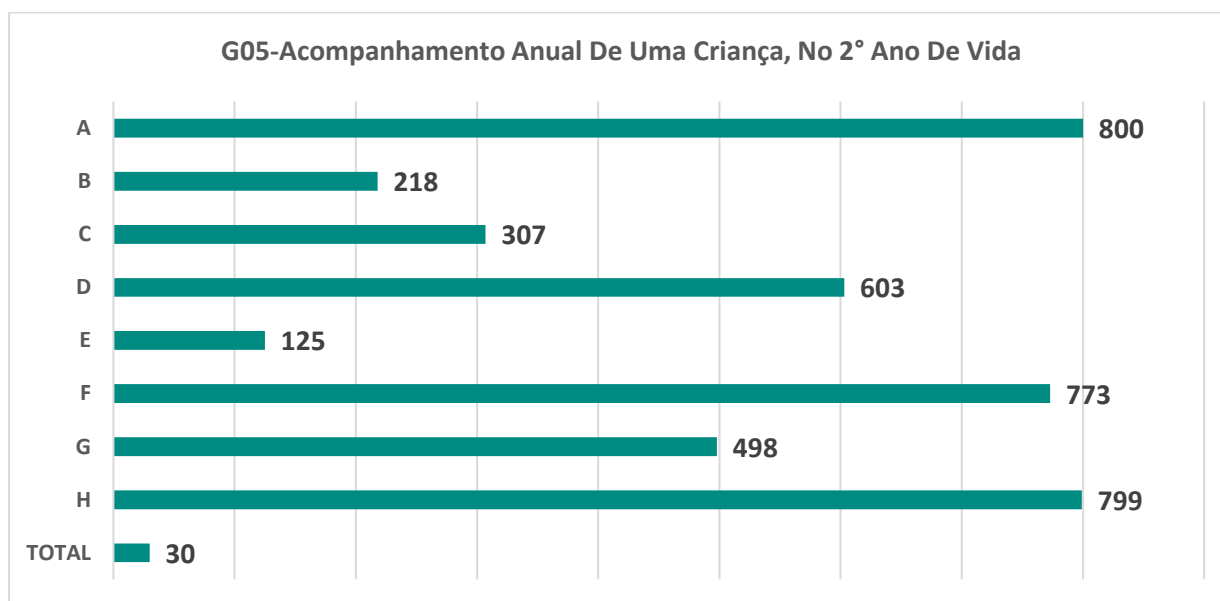


Gráfico 59

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

Legenda do Indicador G6:

A - Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas, como status ativo.

B - Ter realizado pelo menos 2 consultas, médicas e/ou de enfermagem com código SIGTAP 013.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.025-0 ou 03.01.04.008-7 ou 03.01.06.004-5 ou 03.01.06.005-3 ou 01.01.01.001-0, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

C - Ter pelo menos dois registros de pressão arterial com código SIGTAP 03.01.10.003-9, aferidos e registrados em dias diferentes, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

D - Ter pelo menos um registro de resultado de Hemoglobina A1C com código SIGTAP 02.02.01.050-3, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

E - Ter pelo menos quatro visitas do ACS com código SIGTAP 01.01.03.001-0, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

F - Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total (código 02.02.01.029-5) + colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) + triglicérides (código 02.02.01.067-8). realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

G - Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

H - Ter realizado pelo menos uma consulta com registro de fundoscopia com código SIGTAP 02.11.06.010-0, no último ano (não necessariamente realizada pelo próprio médico da equipe, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise).

I - Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 ou 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 ou 01.01.02.002-3 ou 01.01.02.003-1 ou 01.01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item.

J - Não ter recebido LC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

Total - Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I+J].

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	2111	1772	1349	966	1511	1229	1151	86	508	2087	6
CF ANNA NERY	1211	1011	593	507	988	674	599	94	253	1176	5
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	1060	898	698	504	581	730	346	40	262	1053	0
CF BARBARA STARFIELD	1495	1293	1126	814	1410	955	681	244	873	1362	41
CF BIBI VOGEL	1585	1344	989	764	1180	960	727	120	442	1531	17
CF CARIOCA	504	448	332	269	445	356	281	29	194	500	3
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	1391	1148	810	726	748	898	396	18	198	1388	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	1457	1202	878	744	1022	899	749	59	402	1446	5
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	1276	991	719	615	592	779	645	75	228	1266	2
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	1234	975	606	472	828	719	484	43	302	1209	4
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	464	357	205	198	118	263	160	22	1	459	1
CF IZABEL DOS SANTOS	1157	937	572	537	857	686	490	36	797	1142	5
CF LUIZ CELIO PEREIRA	1723	1389	899	745	1225	977	846	41	204	1722	3
CF OLGA PEREIRA PACHECO	1676	1384	1037	807	966	1027	951	160	810	1611	7
CF SERGIO NICOLAU AMIN	968	834	622	489	799	624	453	18	258	959	0

CMS ANTONOR NASCENTES	301	265	222	161	222	208	209	0	1	300	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	1115	996	654	605	515	745	612	21	146	1108	2
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	1247	1071	709	639	810	846	727	460	248	1190	23
CMS CESAR PERNETTA	871	737	392	357	572	394	294	95	136	824	2
CMS EDUARDO A VILHENA	1089	921	645	492	756	627	617	200	398	1050	12
CMS ELIZA ABRANTES	1065	947	738	565	723	716	694	145	61	967	3
CMS MILTON FONTES MAGARAO	1884	1554	1052	949	1053	1208	960	240	267	1850	9
CMS RENATO ROCCO	1045	917	711	521	726	688	539	64	435	992	1
CMS RODOLPHO ROCCO	1717	1327	800	838	997	1046	568	7	692	1710	0
CMS TIA ALICE	590	519	453	316	419	392	419	8	227	586	1
AP 3.2	30236	25237	17811	14600	20063	18646	14598	2325	8343	29488	152

Tabela 31

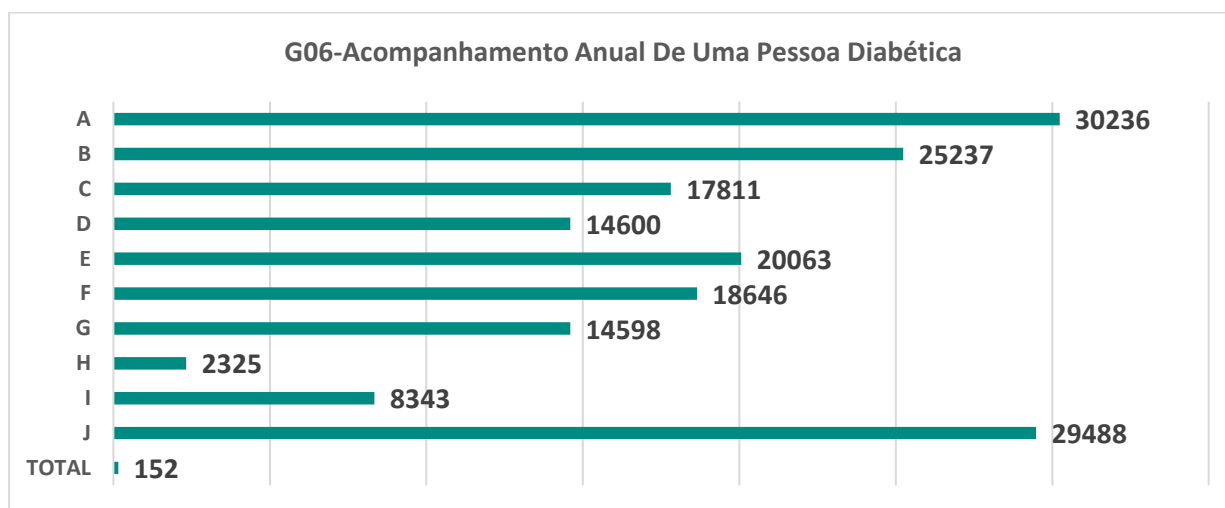


Gráfico 60

3.1.7 Grupo 07 (G7): Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano.

Legenda do Indicador G7:

A - Ter o diagnóstico de hipertensão arterial na lista de problemas, como status ativo.

B - Ter realizado pelo menos 2 consultas, médicas e/ou de enfermagem, com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 OU 03.01.01.013-7 OU 03.01.01.025-0 ou 03.01.04.008-7 ou 03.01.06.004-5 ou 03.01.06.005-3 ou 01.01.01.001-0, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

C - Ter pelo menos dois registros de pressão arterial com código SIGTAP 03.01.10.003-9, aferidos e registrados em dias diferentes, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica 150 mmHg e de pressão arterial diastólica 90 mmHg, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

D - Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total (código 02.02.01.029-5) + colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) + triglicérides (código 02.02.01.067-8), realizado durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise.

E - Não ter recebido LC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

Total - Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E].

UNIDADE	A	B	C	D	E	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	5185	3984	2895	3437	3688	1174
CF ANNA NERY	2770	2150	1311	1858	2034	525
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	3215	2405	1699	2331	2389	810
CF BARBARA STARFIELD	4003	3200	2401	2926	2955	1224
CF BIBI VOGEL	3922	3033	2163	2633	2872	926
CF CARIOCA	1230	1025	743	872	863	316
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	3404	2634	1744	2336	2472	775
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	3779	2871	1934	2666	2627	788
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	3159	2240	1633	2111	2192	626
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	3066	2166	1351	1771	2445	610
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	1086	783	444	545	1018	187
CF IZABEL DOS SANTOS	3102	2237	1412	2043	2347	613
CF LUIZ CELIO PEREIRA	4186	3096	1961	2629	3025	686
CF OLGA PEREIRA PACHECO	3881	2991	2156	2704	2727	890
CF SERGIO NICOLAU AMIN	2661	2207	1516	1928	1813	598
CMS ANTENOR NASCENTES	846	706	577	599	575	252
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3056	2485	1541	2279	2150	749

CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	3041	2452	1664	2250	1996	642
CMS CESAR PERNETTA	1788	1391	815	939	1368	272
CMS EDUARDO A VILHENA	2510	1977	1354	1578	1751	454
CMS ELIZA ABRANTES	2267	1879	1402	1774	1235	418
CMS MILTON FONTES MAGARAO	4069	3203	2089	2837	2854	818
CMS RENATO ROCCO	2633	2136	1533	1905	1815	636
CMS RODOLPHO ROCCO	4278	3072	1778	2664	3279	673
CMS TIA ALICE	1398	1177	1008	1026	870	369
AP 3.2	74535	57500	39124	50641	53360	16031

Tabela 32

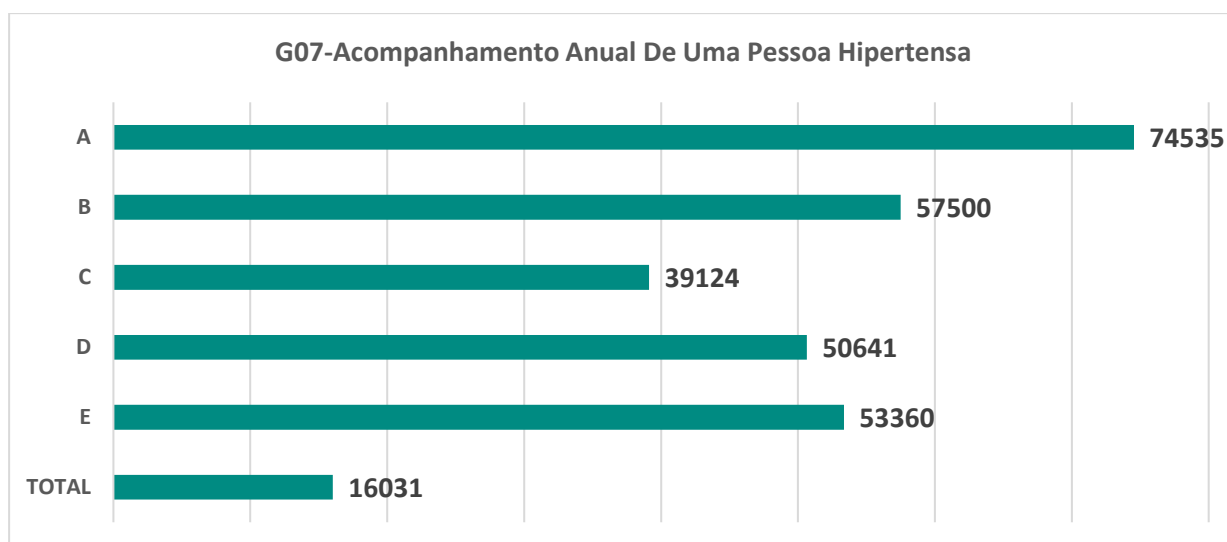


Gráfico 61

3.1.8 Grupo 08 (G8): Acompanhamento anual de uma pessoa idosa

Legenda do Indicador G8:

A - Ter registro como pessoa idosa 60 anos de vida (idade calculada para o último dia do período em análise).

B - Ter realizado pelo menos 1 consulta, médica e/ou de enfermagem, com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.025-0 ou 03.01.04.008-7 OU 03.01.06.004-5 ou 03.01.06.005-3 ou 01.01.01.001-0, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

C - Ter pelo menos dois registros de pressão arterial com código SIGTAP 03.01.10.003-9, aferidos e registrados em dias diferentes, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica 150 mmHg e de pressão arterial diastólica 90 mmHg durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

D - Ter recebido ao menos duas visitas domiciliares do ACS com código SIGTAP 01.01.03.001-0.

E - Ter pelo menos uma consulta com registro de avaliação do risco nutricional contendo informação de peso e altura, com código SIGTAP 01.01.04.002-4 ou (01.01.04.008-3 e 01.01.04.007-5) nos últimos 12 meses +. (VAR3 G08_E 2023.0)

F - Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no PEP.

G - Ter pelo menos 1 registro de avaliação multidimensional da pessoa idosa com código SIGTAP 03.01.09.003-3, realizado nos últimos 24 meses que antecedem a data final do período em análise.

H - Não ter recebido LC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

Total- Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H].

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	7972	6139	2386	3336	3583	601	1193	7859	43
CF ANNA NERY	4077	3319	1094	2250	1621	642	843	3944	31
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	2966	2740	1257	1358	1530	348	312	2947	8
CF BARBARA STARFIELD	5869	4748	2102	2895	2870	722	1275	5713	26
CF BIBI VOGEL	4453	3886	1559	2478	2249	713	1175	4224	96
CF CARIOCA	1027	870	440	672	598	73	254	998	1
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	5255	4008	1495	1835	2104	383	598	5219	7
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	5313	4018	1469	2033	2125	373	1758	5217	36
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	8125	5337	1614	1572	2374	733	1038	8064	24
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	4394	3354	1010	1224	1576	400	175	4367	3
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	1989	1239	408	580	1004	32	92	1989	0
CF IZABEL DOS SANTOS	4562	3514	1090	1623	1754	341	858	4522	23
CF LUIZ CELIO PEREIRA	7783	6092	1770	2856	2925	711	1674	7644	29
CF OLGA PEREIRA PACHECO	5623	4398	1662	1861	2509	403	1383	5555	18
CF SERGIO NICOLAU AMIN	5006	3412	1256	1911	1634	301	617	4967	18

CMS ANTENOR NASCENTES	1204	971	495	530	639	122	508	1157	11
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3356	2917	1142	935	1628	344	380	3339	5
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	4211	3191	1177	1934	1811	308	1166	4138	11
CMS CESAR PERNETTA	5827	3415	864	1719	1062	449	989	5750	9
CMS EDUARDO A VILHENA	4682	3255	1146	1712	1903	312	1208	4585	18
CMS ELIZA ABRANTES	3517	2425	1175	1339	1661	294	1535	3411	29
CMS MILTON FONTES MAGARAO	7117	5075	1798	2287	2839	532	1769	7056	42
CMS RENATO ROCCO	2886	2433	1156	1358	1517	505	465	2795	16
CMS RODOLPHO ROCCO	5281	4289	1382	2641	2092	239	1045	5236	12
CMS TIA ALICE	2502	1722	894	1109	1140	275	681	2417	31
AP 3.2	114997	86767	31841	44048	46748	10156	22991	113113	547

Tabela 33

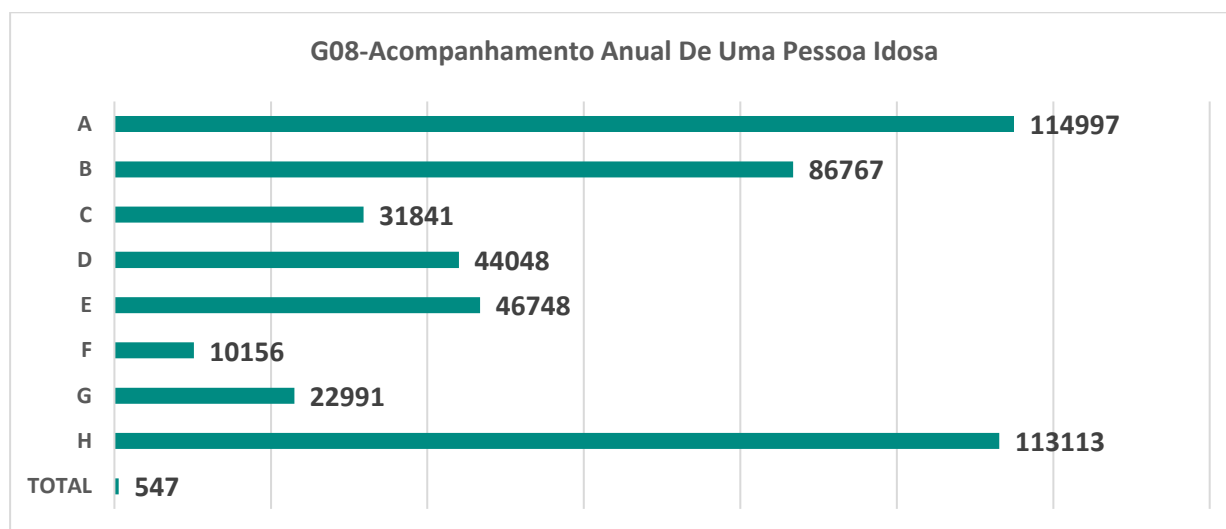


Gráfico 62

3.1.9 Grupo 09 (G9): Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose

Legenda do Indicador G9:

A - Ter registro do número do SINAN (*) no prontuário para paciente acompanhado.

B - Ter realizado pelo menos 5 consultas, médicas e/ou de enfermagem, com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.025-0 ou 03.01.04.008-7 ou 03.01.06.004-5 ou 03.01.06.005-3 ou 01.01.01.001-0, no período do tratamento.

C - Ter registro do resultado de pelo menos duas baciloscopias de escarro, com código SIGTAP 02.02.08.004-8 ou 02.02.08.006-4 ou 02.13.01.069-0.

D - Ter pelo menos um registro de resultado de Teste Rápido para HIV, com o código SIGTAP 02.14.01.004-0 ou 02.14.01.005-8, até o 2º mês de tratamento.

E - Ter avaliação clínica de todos os contactantes domiciliares, com registro de radiografia de tórax com código SIGTAP 02.04.03.015-3 ou 02.04.03.017-0.

F - Ter recebido do ACS pelo menos 12 visitas domiciliares, ao menos uma em cada mês, com código SIGTAP 01.01.03.001-0, durante o período de análise.

G - Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 ou 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 ou 01.01.02.002-3 ou 01.01.02.003-1 ou 01.01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item.

H - Ter alta por cura da tuberculose registrado no prontuário e no SINAN(*).

I - Não ter recebido LC no grupo de ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

Total - Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I].

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	6	6	6	6	5	5	6	6	6	4
CF ANNA NERY	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	6	6	6	6	1	3	4	6	6	0
CF BARBARA STARFIELD	5	5	5	4	2	5	5	5	5	2
CF BIBI VOGEL	10	10	9	8	4	8	8	10	9	1
CF CARIOCA	4	4	4	3	2	3	4	4	4	2
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	6	6	6	6	1	5	4	6	6	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	4	4	4	3	3	4	4	4	4	2
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CF IZABEL DOS SANTOS	5	5	5	3	3	4	5	5	5	1
CF LUIZ CELIO PEREIRA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CF OLGA PEREIRA PACHECO	7	7	7	5	1	5	7	7	7	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2
CMS ANTENOR NASCENTES	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3	3	3	2	3	0	3	3	3	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	12	12	12	12	11	12	10	12	11	9
CMS CESAR PERNETTA	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0

CMS EDUARDO A VILHENA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMS ELIZA ABRANTES	5	5	4	4	3	4	1	5	5	2
CMS MILTON FONTES MAGARAO	4	4	4	3	2	4	3	4	3	2
CMS RENATO ROCCO	11	11	11	7	10	9	8	11	11	5
CMS RODOLPHO ROCCO	3	3	3	3	3	1	3	3	3	1
CMS TIA ALICE	4	4	4	4	3	4	4	4	3	2
AP 3.2	109	109	107	93	67	89	92	109	105	43

Tabela 34

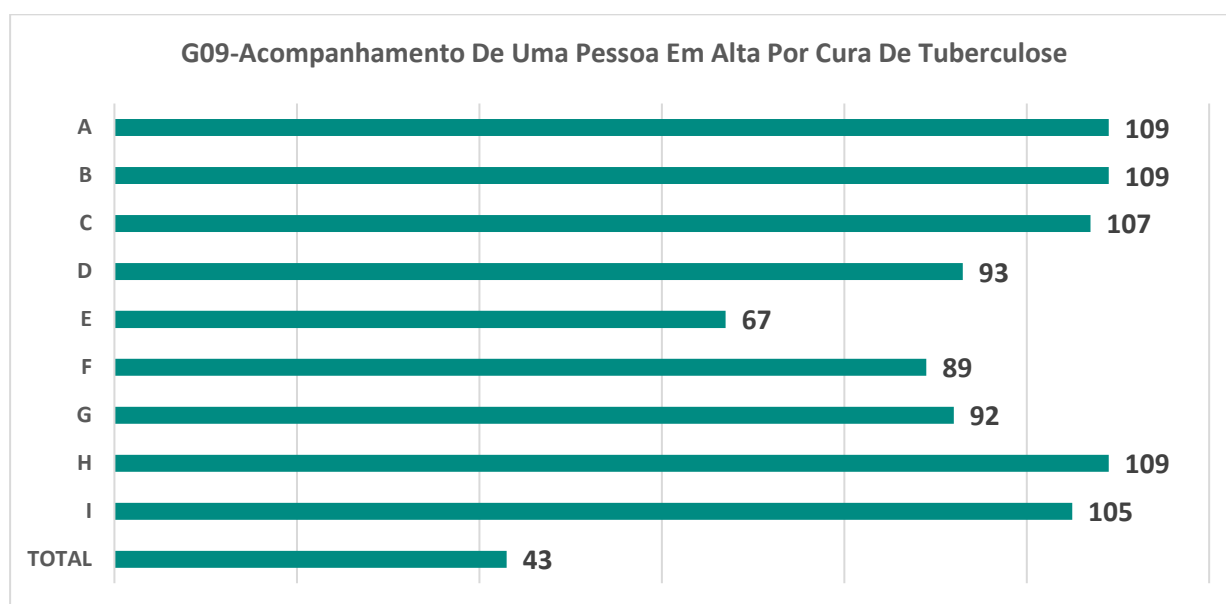


Gráfico 63

3.1.10 Grupo 10 (G10): Acompanhamento de uma pessoa tabagista

Legenda do Indicador G10:

A - Ter registro de tabagismo na Ficha A.

B - Ter realizado pelo menos 6 consultas com código SIGTAP 03.01.01.009-9 ou 03.01.08.001-1, nos últimos 12 meses, podendo ser realizada por médico(a), enfermeiro(a) ou cirurgião(ã) dentista.

C - Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 ou 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 ou 01.01.02.002-3 ou 01.01.02.003-1 ou 01.01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item.

D - Não ter recebido LC no grupo de ação 10 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

Total - Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D].

UNIDADE	A	B	C	D	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	720	6	183	713	0
CF ANNA NERY	842	3	164	839	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	702	0	132	702	0
CF BARBARA STARFIELD	626	1	199	626	0
CF BIBI VOGEL	477	7	120	475	5
CF CARIOCA	328	0	225	328	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	834	5	131	831	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	832	2	175	832	2
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	524	0	84	524	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	388	0	99	388	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	210	0	1	210	0
CF IZABEL DOS SANTOS	460	0	169	460	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	604	17	104	591	8
CF OLGA PEREIRA PACHECO	809	9	317	800	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	473	1	96	473	1
CMS ANTENOR NASCENTES	153	0	1	153	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	686	0	103	685	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	886	1	185	885	0
CMS CESAR PERNETTA	86	4	26	83	2
CMS EDUARDO A VILHENA	274	0	63	274	0
CMS ELIZA ABRANTES	705	0	30	705	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	736	2	80	736	2
CMS RENATO ROCCO	656	0	144	656	0
CMS RODOLPHO ROCCO	587	10	165	578	1
CMS TIA ALICE	449	11	127	440	3
AP 3.2	14047	79	3123	13987	24

Tabela 35

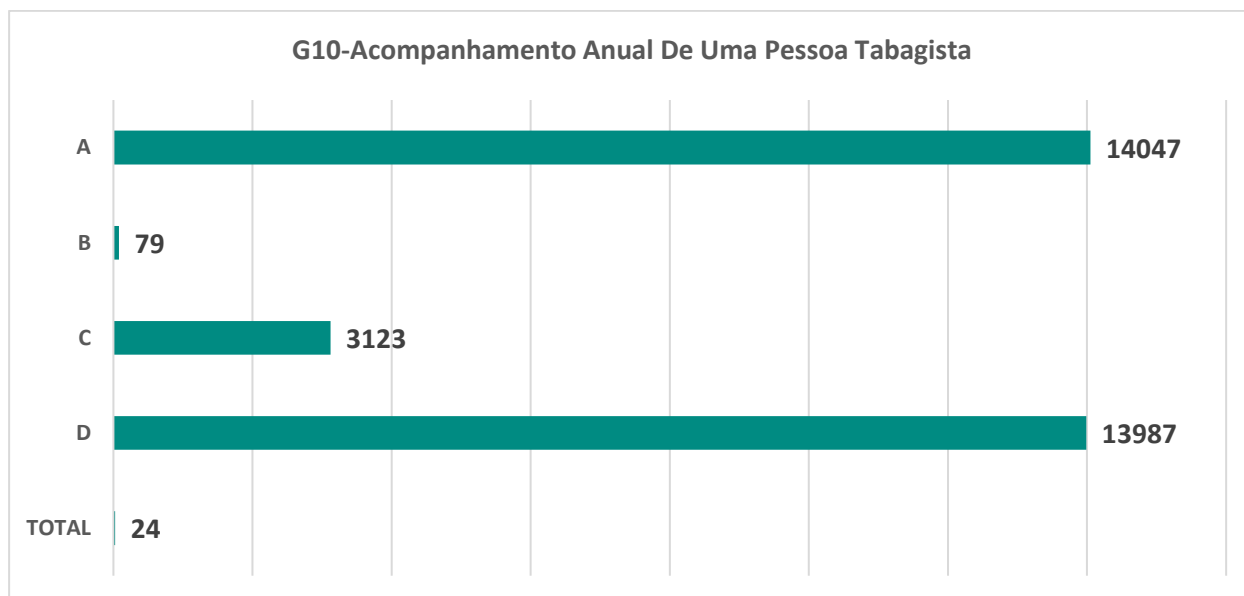


Gráfico 64

3.1.11 Grupo 11 (G11): Equipes com Programa de Residência (docente assistencial) que aderiram ao Programa Saúde na Hora (modalidade 75h)

Na AP 3.2 nenhuma equipe pontua neste indicador pois, apesar de haver unidade com o programa de residência, nenhuma faz parte do Programa Saúde na Hora na modalidade de 75h semanais.

4. EDUCAÇÃO PERMANENTE

A gestão do IGEDES mantém firme seu compromisso com a Educação Permanente como eixo central para a qualificação dos processos de trabalho, com o propósito de ampliar o acesso, elevar a qualidade do cuidado, humanizar os serviços e fortalecer a condução dos projetos em andamento. Na Área Programática 3.2, o investimento contínuo em ações educativas tem impulsionado o desenvolvimento profissional das equipes e favorecido práticas mais alinhadas às necessidades reais do território.

A atuação da Gerência de Planejamento, por meio da análise crítica de dados, tem possibilitado uma compreensão aprofundada das fragilidades nos processos de trabalho, permitindo identificar oportunidades concretas de melhoria. O suporte técnico prestado pela Supervisão de Território às unidades de Atenção Primária segue sendo fundamental para a efetivação das ações propostas e para o fortalecimento das equipes.

No mês de dezembro de 2025, houve continuidade das visitas técnicas voltadas ao Planejamento 2026 das unidades, acompanhamento do Colegiado Gestor, e participação na última etapa de reuniões da linha da linha de tuberculose da CAP 3.2.

Abaixo segue a agenda das visitas e capacitações realizadas no mês de dezembro 2025 pela Supervisão de Território do IGEDES.

Reunião /Capacitação- Tuberculose			
Unidade	Supervisor	Data do Treinamento	Atividade
CAP 3.2	Amanda e Rodrigo	02/12/2025 às 10h	Reunião - Tuberculose



Planejamento 2026 - Indicadores

Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CMS Carlos Gentille de Mello	Gisele e Aline /Amanda	09/12/2025 às 10h	Planejamento 2026
CMS Ariadne Lopes de Menezes	Pedro / Amanda	18/12/2025 às 9h	Planejamento 2026
CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite	Wanessa /Marianna	22/12/2025 às 10h	Planejamento 2026



Colegiado Gestor			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CF Izabel dos Santos	July/ Rodrigo	10/12/2025 às 14h	Participação e avaliação do colegiado gestor da unidade

Visitas e treinamentos realizados no mês de outubro 2025 pela Supervisão de Saúde Bucal



Figura 3

Reunião Técnica		
Atividade	Responsável/ Unidade	Data
Participação na Reunião de Saúde Bucal da Coordenação de Saúde Bucal da SMS - Fechamento das atividades do ano de 2025 e Apresentação do Planejamento de 2026	Nerusa	10/12/2025
Reunião Técnica		
Atividade	Responsável/ Unidade	Data da Visita
Reunião com as equipes da 3.2 - fechamento anual com avaliação das atividades desenvolvidas em 2025 e Planejamento 2026	Nerusa	15/12/2025

5. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente.pdf. Acesso em: 14 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 14 jul. 2025.
- STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. *Manual do Colegiado Gestor da Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2020.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.638/2002*. Dispõe sobre o prontuário médico. Diário Oficial da União, Brasília, 9 ago. 2002. Seção 1, p. 205.

6. 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;

7. 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;

8. 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.

6. ANEXOS



IGEDES

INSTITUTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO