



IGEDDES

INSTITUTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO

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

TEIAS 3.2

RELATÓRIO MENSAL DE GESTÃO



Contrato N° 007/2021

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

Referência: Fevereiro de 2026

EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Assessor Executivo de Projetos

Rodrigo Moraes

Gerente de Projeto

Priscilla Oliveira

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	10
1. PARTE 1: Variável 01	11
1.1 Resultado dos Indicadores da Variável 01: Incentivo à Gestão do TEIAS	14
1.1.1 Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades	14
1.1.2 Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	15
1.1.3 Estrutura para impressão de documentos assistenciais.....	16
1.1.4 Abastecimento regular das unidades.....	17
1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados	18
1.1.6 Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO).....	19
1.1.7 Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3).....	20
1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos	21
1.1.9 Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS/RJ	22
1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	22
1.1.11 Proporção de cura de tuberculose	24
1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestaçãõ	26
1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas.	31
1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF).....	33
1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores	34
1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes	35
1.1.17 Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas.....	36
1.1.18 Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção e assistência	38
1.1.19 Desempenho Assistencial	38
2. PARTE 2	39
2.1 Resultado dos Indicadores da Variável 02: Incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária	40
COMPLETUDE DE CADASTROS	40
2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.	42
2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.	43
2.1.3 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.	45
2.1.4 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.	46
2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados.....	48

2.1.6 Indicador A6 – Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.	49
2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	50
2.1.8 Indicador D1 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.	52
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	53
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.	55
2.1.11 Indicador D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.	56
2.1.12 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.	58
2.1.13 Indicador D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.	59
2.1.14 Indicador D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida. 60	
2.1.15 Indicador D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.	62
2.1.17 Indicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário.	63
2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.	65
2.1.19 Indicador E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos. 66	
2.1.20 Indicador E4 - Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG. 67	
3. PARTE 3	71
3.1 Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB).	71
3.1.1 Grupo 01 (G1): Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU.	73
3.1.2 Grupo 02 (G2): Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino	74
3.1.3 Grupo 03 (G3): Acompanhamento de uma gravidez	75
3.1.4 Grupo 04 (G4): Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	77
3.1.5 Grupo 05 (G5): Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	78
3.1.6 Grupo 06 (G6): Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	79
3.1.7 Grupo 07 (G7): Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano.	81
3.1.8 Grupo 08 (G8): Acompanhamento anual de uma pessoa idosa.	83
3.1.9 Grupo 09 (G9): Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	84
3.1.10 Grupo 10 (G10): Acompanhamento de uma pessoa tabagista	85
4. Educação Permanente	87
5. REFERÊNCIAS.	90
7. ANEXOS	90

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.

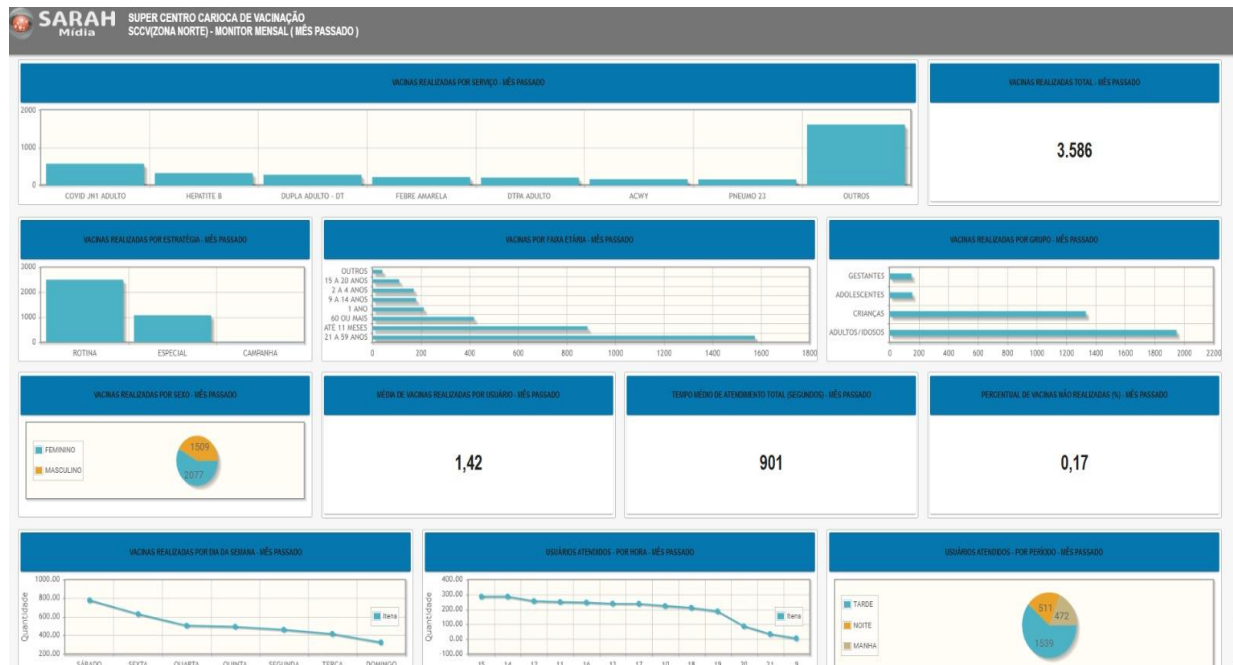


Figura 1 - Fonte: PEP SARAH Super Centro Carioca de Vacinação

Em fevereiro de 2026, o Super Centro Carioca de Vacinação do Shopping Nova América realizou aplicação de **3586** doses de imunizantes.

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 mês de **FEVEREIRO DE 2026**.

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 novembro de 2025, exceto os indicadores 08 e 09 que são apresentados trimestralmente.

Análise Assistencial Variável 1 – Competência FEVEREIRO de 2026					
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	1251	96,60%	SIM
		D	1295		
03-Estrutura para impressão de documentos assistenciais	95%	N	394	99,24%	SIM
		D	397		

04-Abastecimento regular das unidades	95%	N	24	96,00%	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-Proporção de equipes ESF que receberam mensalmente por e-mail pela OSS o resultado dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua equipe	100%	N	123	100,00%	SIM
		D	123		
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	620	96,42%	SIM
		D	643		
11-Proporção de cura de Tuberculose	90%	N	35	92,11%	SIM
		D	38		
12-Acompanhamento de Sífilis na Gestação	90%	N	15	60,00%	NÃO
		D	25		

13-Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas	85%	N	146	83,43%	NÃO
		D	175		
14-Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	90%	N	445433	99,49%	SIM
		D	447724		
15-Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
16-Rotatividade de profissionais nas equipes	≤ 5	N	21,5	1,73	SIM
		D	1241		
17-Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	FEV 30%	N	-	-	NSA
		D	-		
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%	NSA ¹
		D	136		
19-Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	100%	N	2512	20,82%	NSA ¹
		D	12065		

Tabela 2 - Fonte: PEP/VitaCare, competência: 01/02/2026 a 28/02/2026.

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 **FEVEREIRO de 2026**.

1.1.1 Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades

1. PROPORÇÃO DE UAP COM COMISSÕES DE PRONTUÁRIOS MANTIDAS			
META	JAN	FEV	MAR
95%	100,00%	100,00%	

Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comissões em atividade mensal / Nº de unidades com equipes de saúde da família x 100.
Fonte: PEP VITACARE + 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.

No mês de fevereiro de 2026 alcançamos 100% manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades.

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

2. PROPORÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE CADASTRADAS NO SCNES			
META	JAN	FEV	MAR
95%	97,09%	96,60%	
<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. Fonte: PEP + arquivo exportação do CNES. Periodicidade da avaliação: Trimestral</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 fevereiro alcançamos **96,60%** do acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

1.1.3 Estrutura para impressão de documentos assistenciais

3. PERCENTUAL DE CONSULTÓRIOS COM IMPRESSORAS FUNCIONANDO			
META	JAN	FEV	MAR
95%	100,00%	99,24%	
<p>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.</p>			

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 fevereiro de 2026, foi reforçada a orientação quanto à necessidade de economia de gastos com materiais de papelaria, bem como a ampliação da informatização dos processos de trabalho nas unidades. Nesse contexto, o indicador alcançou o percentual de **99,24%**, demonstrando que praticamente todas as unidades apresentaram qualidade e estrutura adequadas para a impressão de documentos assistenciais.

Destaca-se, entretanto, que na unidade CMS Cesar Pernetta foram identificados três locais com dificuldade de impressão durante o período avaliado. Ressalta-se que as pendências já foram sanadas.

1.1.4 Abastecimento regular das unidades

4. PROPORÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE COM DECLARAÇÃO QUE ESTÃO REGULARMENTE ABASTECIDAS PELO DIRETOR/GERENTE.			
META	JAN	FEV	MAR
95%	100,00%	96,00%	
<p>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.</p>			

Tabela 6

A regularidade do abastecimento e a adequada provisão de recursos exercem impactos significativos no desempenho dos serviços de saúde, bem como na percepção desses serviços pelos profissionais e pela população (Infante, 2007). Nesse contexto, o IGEDES atua de forma

contínua para manter a qualidade do serviço prestado, aprimorando processos e reforçando o compromisso com a melhoria contínua das rotinas internas relacionadas ao abastecimento das Unidades de Atenção Primária da AP 3.2. O desfecho esperado dessas ações é a melhoria dos resultados assistenciais e das condições de cuidado ofertadas aos usuários, tendo sempre como foco central a qualidade da atenção à saúde.

No mês de fevereiro de 2026, o indicador de abastecimento regular alcançou **96,00%**. O resultado observado está relacionado à avaliação realizada pela gerência da CF Herbert de Souza, que registrou não ter recebido abastecimento regular no período. Entretanto, destaca-se que a avaliação foi realizada em período inadequado, o que impactou a pontuação final do mês.

1.1.5 Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados

5. PROPORÇÃO DE UNIDADES QUE REALIZAM O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS.			
META	JAN	FEV	MAR
95%	100,00%	100,00%	
<p>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.</p>			

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 fevereiro de 2026, foi alcançado **100%** no indicador de descentralização do fornecimento de medicamentos controlados. Todas as 25 unidades de saúde estiveram plenamente adequadas e capacitadas para dispensação desses medicamentos.

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

6. PROPORÇÃO DE UNIDADES QUE INFORMARAM EM DIA.			
META	JAN	FEV	MAR
100%	100,00%	100,00%	
<p>Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário / Nº total de unidades na área x 100. Fonte: PEP Vitacare Periodicidade da avaliação: Trimestral Nota: Considera-se para este indicador as declarações emitidas pela DICA da AP 3.2 e relatório emitido pelo PEP VitaCare.</p>			

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, juntamente com o setor DICA da CAP 3.2. 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. Atualmente, a rotina está sendo executada semanalmente pelas UAP.

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 fevereiro de 2026 conseguimos alcançar **100%** do indicador de regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO), alcançando a produção das 25 unidades.

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

7. PROPORÇÃO DE EQUIPES DE SF QUE RECEBERAM MENSALMENTE POR E-MAIL PELA OSS O RESULTADO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (VARIÁVEIS 2 e 3) DE SUA EQUIPE.			
META	JAN	FEV	MAR
100%	100,00%	100,00%	

Cálculo do Indicador: Nº de equipes de SF que receberam mensalmente por e-mail pela OSS o envio do relatório contendo os quadros com os resultados dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua equipe / nº total de equipes de ESF da área
Fonte: E-mails enviados para as equipes pela OSS
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 envolvia 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 tivessem acesso às informações atualizadas sobre o desempenho de suas atividades. Contudo, em 15 de outubro de 2025 foi publicado pela Secretaria Municipal de Saúde o ofício **2025/41485**, onde altera a forma como esse indicador será contabilizado bem como sua nomenclatura.

A nova rotina de envio das informações às Unidades de Saúde passa a ser responsabilidade do IGEDES. Os arquivos com as Variáveis 2 e 3 são exportados pelo setor de Planejamento

no 3º dia útil de cada mês e enviados por e-mail à todas as equipes de cada Unidade, garantindo que todos tenham acesso aos dados. Os e-mails das equipes e comprovantes de envio são anexados a este relatório.

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 fevereiro de 2026 conseguimos alcançar **100%** do indicador de regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3), contemplando o envio as 25 unidades.

1.1.8 Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos

8. RAZÃO DO GASTO ADMINISTRATIVO EM RELAÇÃO AO TOTAL DE GASTO.			
META	JAN	FEV	MAR
≤ 1	INDICADOR TRIMESTRAL	INDICADOR TRIMESTRAL	
<p>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.</p> <p>Fonte: Prestação de contas</p> <p>Periodicidade da avaliação: Trimestral</p> <p>Nota: Este indicador é apresentado ao final do trimestre</p>			

Tabela 10

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

PROPORÇÃO DE ITENS ADQUIRIDOS COM VALOR ABAIXO DA MÉDIA DO BANCO DE PREÇOS DO MS OU SMS			
META	JAN	FEV	MAR
95%	INDICADOR TRIMESTRAL	INDICADOR TRIMESTRAL	

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

Tabela 11

1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados

10. PROPORÇÃO DE GERENTES QUE CONSIDERARAM DE BOA QUALIDADE OS ITENS ADQUIRIDOS E SERVIÇOS PRESTADOS.			
META	JAN	FEV	MAR
95%	96,93%	96,42%	

Cálculo do Indicador: N° 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 maior eficiência na execução dos serviços de saúde e promovendo condições adequadas para o trabalho das equipes e para o atendimento à população.

O indicador demonstra a eficácia das ações implementadas para a qualificação dos serviços e insumos fornecidos às unidades. Sempre que são identificados serviços ou itens que não atendem aos padrões esperados, são adotadas medidas corretivas em parceria com a Gerência de Planejamento e a Supervisão de Território, reforçando o compromisso institucional com a qualidade, a resolutividade e a excelência na Atenção Primária.

No mês de fevereiro de 2026, a avaliação do indicador de qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados foi de **96,42%**. No entanto, algumas unidades de saúde sinalizaram questões relacionadas à qualidade de determinados itens, conforme apresentado a seguir:

CF Amélia dos Santos Ferreira: 73,91%

CF Bárbara Starfield: 96,00%

CF Erivaldo Fernandes Nóbrega: 87,50%

CF Herbert José de Souza: 96,67%

CF Izabel dos Santos: 95,83%

CF Luiz Célio Pereira: 96,15%

CF Sérgio Nicolau Amin: 94,44%

CMS Prof. Antenor Nascentes: 96,00%

CMS César Pernetta: 86,67%

CMS Renato Rocco: 84,62%

Diante desse cenário, os supervisores de território irão apoiar prioritariamente as unidades que apresentaram maiores fragilidades na avaliação da qualidade dos itens, buscando identificar as principais inconformidades apontadas e articular, junto às áreas responsáveis, as ações necessárias para qualificação dos insumos e dos serviços ofertados.

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose

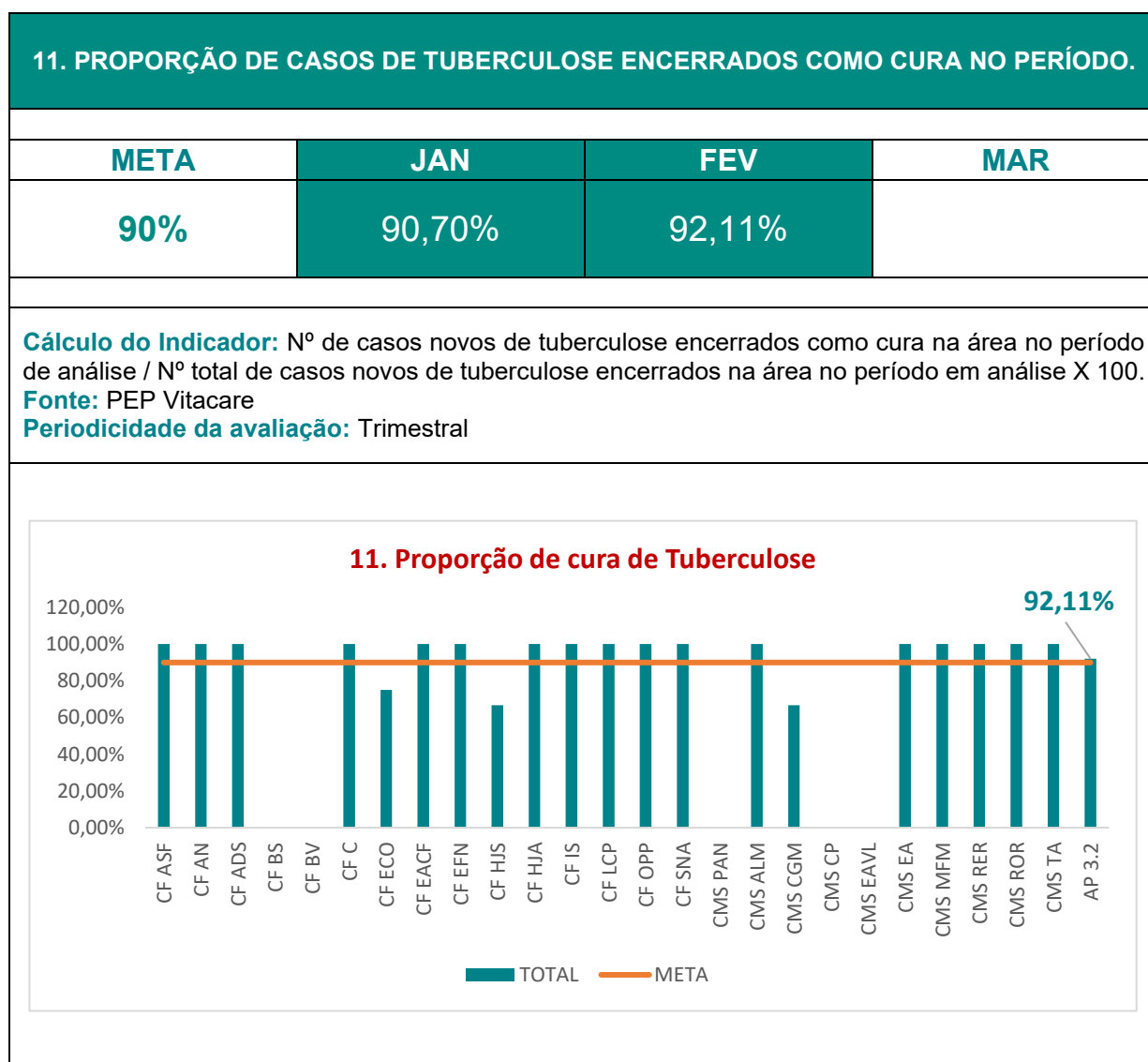


Tabela 13

Análise do Indicador de Encerramento de Casos de Tuberculose – fevereiro de 2026

Ao analisarmos o mês de fevereiro de 2026, observou-se que, dos 38 casos de tuberculose encerrados, 35 foram encerrados por cura, totalizando **92,11%**, resultado acima da meta estabelecida de 90%.

A diferença observada refere-se a três casos que não foram encerrados por cura, sendo dois casos registrados como abandono de tratamento e um caso identificado com inconsistência no sistema Vitacare.

CF Herbert de Souza

Paciente: D.M.L.

Foi identificado no sistema o lançamento de abandono de tratamento em 05/02. O primeiro atendimento do paciente na unidade ocorreu em 01/07. Contudo, observa-se que, nesse momento inicial, não foram realizados testes rápidos, havendo apenas registro de solicitação em 09/07.

Consta no prontuário que o paciente realizou tomografia computadorizada e iniciou o tratamento no Hospital Salgado, com registro de baciloscopia (BAAR) em 02/07. Durante a análise do prontuário eletrônico foram identificadas fragilidades relevantes no acompanhamento do caso.

Foram observados registros inconsistentes relacionados ao peso do paciente, com valores divergentes ao longo do acompanhamento. Também foi identificada ausência de registro de Tratamento Diretamente Observado (TDO/DOTS), bem como falta de lançamento diário referente à entrega das doses pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Adicionalmente, não há registro de visita da equipe técnica para acompanhamento do caso, e os registros de busca ativa apresentam-se incipientes, sem detalhamento das ações realizadas.

Essas inconsistências fragilizam o monitoramento adequado do tratamento da tuberculose, bem como o registro das ações assistenciais realizadas pela equipe.

CF Cabo Edney

Paciente: R.L.T.C.

Foi identificado no prontuário eletrônico o lançamento de abandono de tratamento. Entretanto, após verificação posterior, constatou-se que o paciente foi transferido para o sistema prisional, situação que deveria ter sido registrada como transferência de tratamento, e não como abandono.

Após a identificação da inconsistência, foi realizado contato com a unidade, orientando quanto à necessidade de correção do registro no sistema, para que a situação do paciente seja devidamente classificada.

CMS Carlos Gentile de Melo

Foi identificada diferença de um usuário no indicador. Após análise, verificou-se que a inconsistência ocorreu devido a erro no prontuário eletrônico.

Segue registro do chamado aberto para correção no sistema: t_106402.

Processo de Monitoramento e Justificativas dos Indicadores

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 constitui-se como ferramenta estratégica para identificação de fragilidades nos processos de trabalho, subsidiando 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 no 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/1Sj_7aylaz7FE0_SSIq82y9yaCRxLYVvUP5ZGgM0zesU/edit?usp=sharing

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

1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestação

12. PROPORÇÃO DE NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO COM TRATAMENTO ADEQUADO			
META	JAN	FEV	MAR
90%	33,33%	60,00%	
<p>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.</p> <p>Fonte: PEP VitaCare</p> <p>Periodicidade da avaliação: Trimestral</p>			

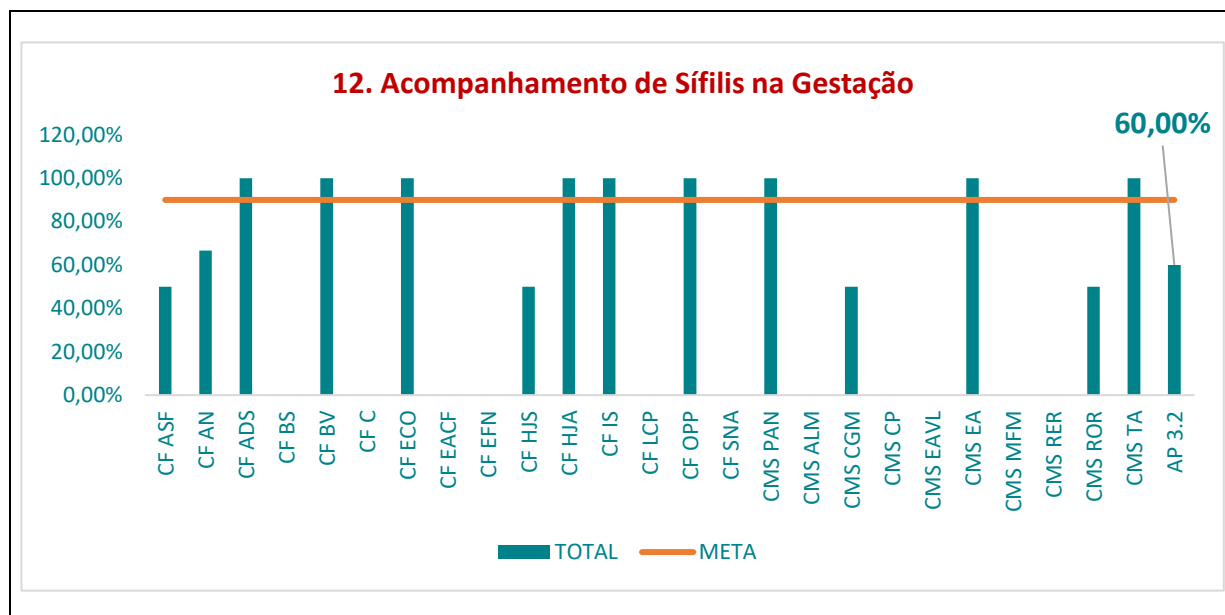


Tabela 14

Análise do Indicador 12 – Tratamento Adequado de Sífilis em Gestantes fevereiro de 2026

Após a mudança na nota técnica do Indicador 12, ocorrida em julho de 2025, observa-se que o resultado ainda permanece abaixo da meta pactuada de 90%, sendo necessário manter e fortalecer os esforços das equipes para garantir a continuidade do avanço nesse indicador.

Ao analisarmos o mês de fevereiro de 2026, identificamos 25 gestantes com diagnóstico de sífilis que encerraram a gestação no período. Destas, 15 realizaram tratamento adequado, enquanto 10 gestantes não concluíram o tratamento de forma adequada, resultando em **60%** de gestantes com tratamento adequado concluído, percentual inferior à meta estabelecida de 90%.

Importante ressaltar que, no mês de fevereiro de 2026, as seguintes unidades não apresentaram encerramento de gestação em gestantes com CID de sífilis no período:

SMS CF Bárbara Starfield – AP 3.2

SMS CF Emygdio Alves Costa Filho – AP 3.2

SMS CF Luiz Célio Pereira – AP 3.2

SMS CF Sérgio Nicolau Amin – AP 3.2

SMS CMS César Pernetta – AP 3.2

SMS CMS Eduardo Araújo Vilhena – AP 3.2

SMS CMS Milton Fontes Magarão – AP 3.2

Após análise dos registros no prontuário eletrônico, foram identificadas inconsistências relacionadas ao diagnóstico, registro de tratamento e ativação indevida do CID de sífilis na gestação em diferentes unidades de saúde. Seguem os casos identificados:

CF Amélia dos Santos Ferreira

Paciente: F.D.S.M.

A gestante foi diagnosticada com sífilis por meio de teste rápido na primeira consulta de pré-natal. O tratamento foi realizado de forma adequada, com administração das três doses de penicilina nas datas de 19/09, 26/09 e 03/10, devidamente registradas pela equipe técnica.

Entretanto, em 28/01, houve nova ativação do CID de sífilis na gestação, com lançamento de novo tratamento após a conclusão das doses, gerando inconsistência cronológica no prontuário eletrônico.

CF Carioca

Paciente: M.E.O.S.

Foi identificado CID ativo de sífilis na gestação referente à gestação anterior (2024). Consta solicitação de exame VDRL, porém não há resultado registrado no sistema, tampouco registro de tratamento realizado. Dessa forma, o CID permanece ativo sem confirmação diagnóstica devidamente documentada.

CF Erivaldo Fernandes

Paciente: V.V.C.

Segundo relato, a gestante refere tratamento prévio para sífilis. Contudo, foi realizado novo teste rápido de forma inadequada, o que levou à ativação do CID de sífilis na gestação sem confirmação laboratorial adequada.

A conduta indicada seria a solicitação de VDRL quantitativo para avaliação sorológica, a fim de confirmar possível infecção ativa antes da ativação do CID.

CMS Ariadne Lopes

Paciente: D.L.R.

A paciente apresenta histórico de tratamento prévio para sífilis realizado corretamente em gestação anterior. No entanto, o CID de sífilis na gestação permanece ativo no sistema, apesar de referir-se ao episódio anterior já tratado.

As doses foram registradas corretamente à época e o VDRL atual apresenta resultado não reagente. Observa-se que o CID não foi desativado após o encerramento do caso, sendo necessária abertura de chamado ao prontuário eletrônico para correção do registro.

CMS Carlos Gentile

Paciente: J.P.O.

Ao iniciar o pré-natal, a paciente informou tratamento prévio para sífilis. Foi identificado quadro compatível com cicatriz sorológica, apresentando VDRL com titulação 1/4 em 22/12/2025.

Diante disso, é necessário realizar o encerramento do CID de sífilis na gestação, evitando contabilização indevida no indicador.

CMS Renato Rocco

Paciente: I.S.C.

A paciente recebeu diagnóstico de sífilis em 15/08/2025, por meio de exame laboratorial com VDRL 1/2058. O tratamento foi realizado adequadamente, com administração das três doses em 15/08/2025, 22/08/2025 e 29/08/2025, sendo registrado no sistema em 02/09/2025.

Paciente: P.F.A.P.

A gestante iniciou o pré-natal com histórico de diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação anterior. Contudo, o CID referente à sífilis na gestação não foi desativado em tempo oportuno, permanecendo ativo no sistema.

CF Anna Nery

Paciente: S.G.S.

Foi identificado CID O98.1 – Sífilis complicando a gravidez, o parto e o puerpério, ativado em 11/04/2025.

A paciente realizou tratamento completo para sífilis na gestação, com doses administradas em 10/03/2025, 17/03/2025 e 24/03/2025. A usuária teve parto em outubro de 2025, porém o CID foi inativado apenas em fevereiro de 2026, impactando negativamente o indicador, mesmo após o término da gestação.

CF Herbert de Souza

Paciente: V.S.M.

A gestante foi diagnosticada com sífilis e realizou tratamento adequado com três doses nas datas corretas. Contudo, não houve registro do tratamento no prontuário eletrônico pela equipe técnica, o que compromete a contabilização correta do indicador.

CMS Rodolpho Rocco

Paciente: F.G.F.A.

A gestante foi diagnosticada com sífilis e realizou as três doses do tratamento de forma adequada. Entretanto, não houve registro do tratamento no prontuário eletrônico pela equipe técnica.

Observa-se ainda que o tratamento foi realizado com menos de 30 dias antes do parto, condição que também pode interferir na classificação de tratamento adequado no indicador.

Monitoramento e Justificativas dos Indicadores

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 ferramenta estratégica para identificação de fragilidades nos processos de trabalho, subsidiando 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 apenas pelas iniciais dos nomes, garantindo a privacidade das informações. Além disso, o acesso às respostas do formulário é restrito aos profissionais previamente autorizados no sistema de prontuário eletrônico (PEP).

Segue abaixo o link da planilha com as justificativas disponíveis para acesso da CTA

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Sj_7aylaz7FE0_SSlq82y9yaCRxLYVvUP5ZGgM0zesU/edit?usp=sharing

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

1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas.

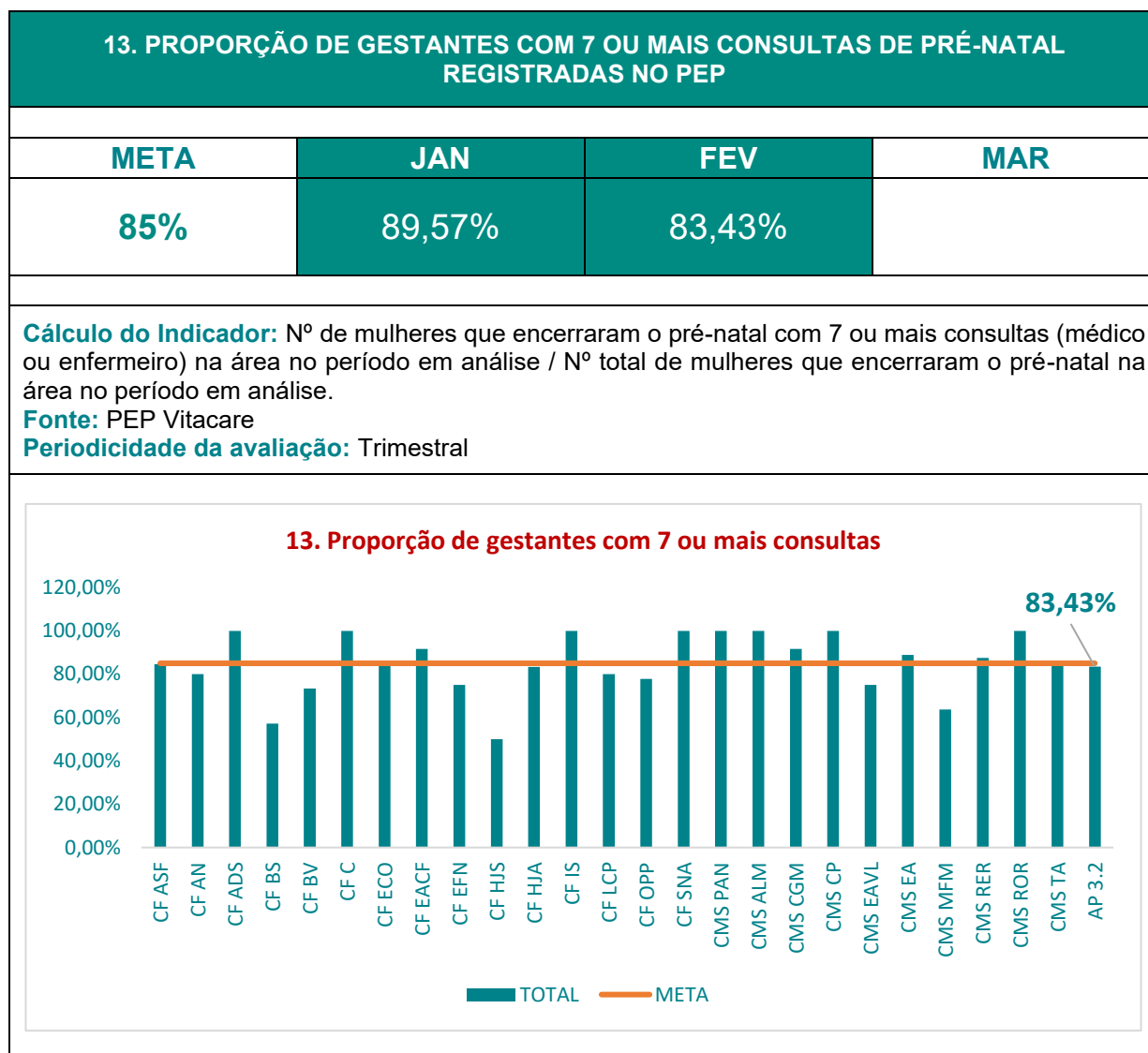


Tabela 15

O indicador referente à proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal apresentou, no mês de fevereiro de 2026, desempenho abaixo da meta pactuada. No período, 175 gestantes encerraram a gestação, sendo que 146 realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, resultando em **83,43%**, percentual inferior à meta estabelecida de 85%.

Algumas unidades apresentaram desempenho abaixo da meta, com proporção inferior a 85% de gestantes que realizaram o número adequado de consultas de pré-natal. São elas: CF Amélia dos Santos Ferreira, CF Anna Nery, CF Bárbara Starfield, CF Bibi Vogel, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Herbert José de Souza, CF Honório José de Andrade, CF Luiz Célio

Pereira, CF Olga Pereira Pacheco, CMS Eduardo Araújo Vilhena e CMS Milton Fontes Magarão.

As unidades que apresentaram maiores dificuldades serão priorizadas nas visitas dos supervisores de território, com o objetivo de apoiar a qualificação dos processos de trabalho e a melhoria do desempenho do indicador.

Ao realizar a análise da diferença do indicador, observou-se que 29 gestantes não alcançaram sete ou mais consultas de pré-natal. A partir desse quantitativo, foi realizada análise amostral para identificação das principais fragilidades no acompanhamento das gestantes.

Para essa análise, foi selecionada a CF Bibi Vogel, unidade em que foram identificadas quatro gestantes na diferença do indicador.

No caso da gestante K.M.G., o pré-natal foi iniciado em 10/07, porém a gestante realizava acompanhamento na rede privada. Não foram identificados registros de orientações sobre saúde bucal ou vacinação na unidade, tampouco tentativas de realização de pré-natal por meio de visita domiciliar pela equipe técnica. Em 26/02, a enfermeira Josiane registrou consulta puerperal, quando o adequado seria registrar a ação por gestão de fichero, uma vez que a gestante não estava presente na unidade.

No caso da gestante B.P.R., foram identificadas fragilidades no monitoramento do pré-natal, com ausência de visitas domiciliares da equipe técnica para reforçar a importância do acompanhamento. Também não foram observadas estratégias de agendamento em horários alternativos, como aos sábados, que poderiam facilitar o acesso da gestante, considerando que ela trabalha durante a semana.

A gestante L.M.P. apresentou situação semelhante, com falhas no monitoramento do pré-natal, ausência de visitas domiciliares da equipe técnica e falta de adequação dos horários de consulta para facilitar o comparecimento, especialmente considerando a rotina de trabalho da gestante.

No caso da gestante D.L.O., foram identificadas fragilidades na vigilância do pré-natal, com ausência de visitas domiciliares pela equipe técnica e falhas no monitoramento das faltas às consultas, o que comprometeu a continuidade do acompanhamento adequado 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 ferramenta

estratégica para identificação de fragilidades nos processos de trabalho, subsidiando 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/1Sj_7aylaz7FE0_SSlq82y9yaCRxLYVvUP5ZGgM0zesU/edit?usp=sharing

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

1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)

14. PROPORÇÃO DE CADASTROS DEFINITIVOS COM N° ÚNICO (CPF)			
META	JAN	FEV	MAR
90%	99,47%	99,49%	
<p>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</p>			

Tabela 16

O indicador referente à Proporção de Cadastros Definitivos com CPF no mês de fevereiro de 2026 alcançou resultado de **99,49%**. 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 dos usuários 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 Planejamento iniciou um levantamento mensal por meio dos relatórios disponibilizados pelo Prontuário Eletrônico VitaCare. Esse levantamento foi enviado às unidades da Atenção Primária como uma ferramenta de apoio pelo Google Drive, 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

15. MANUTENÇÃO DOS COLEGIADOS GESTORES			
META	JAN	FEV	MAR
95%	100,00%	100,00%	
<p>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</p>			

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, construção conjunta de soluções e 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 o monitoramento contínuo da atuação dos colegiados, além de garantir maior 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 às 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, participativo e transparente.

No mês de fevereiro de 2026, todas as 25 unidades realizaram reuniões de colegiado gestor, alcançando **100%** no indicador.

Os supervisores de território também realizam visitas periódicas às unidades, com o objetivo de acompanhar a realização das reuniões de colegiado gestor, apoiando os gestores na construção das pautas e no fortalecimento desse espaço de gestão participativa.

1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes

16. ROTATIVIDADE (TURNOVER) DE PROFISSIONAIS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA			
META	JAN	FEV	MAR
≤5	0,80	1,73	
<p>Cálculo do Indicador: $[(N^{\circ} \text{ de profissionais substituídos} + n^{\circ} \text{ de profissionais admitidos}) / 2] / N^{\circ} \text{ total de profissionais ativos no período.}$</p> <p>Fonte: CNES</p> <p>Periodicidade da avaliação: Trimestral</p>			

Tabela 18

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 o não 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 **1,73** no mês de fevereiro 2026 demonstrando melhoria contínua e eficácia das ações de retenção dos profissionais.

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

17. Nº DE CRIANÇAS E GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO CFC ACOMPANHADAS NO PERÍODO PELO TOTAL DE CRIANÇAS E GESTANTES BENEFICIÁRIAS.			
META	JAN	FEV	MAR
JANEIRO	-	-	
<p>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.</p> <p>Fonte: Portal SUBPAV</p> <p>Periodicidade da avaliação: Trimestral</p>			

Tabela 19

As políticas sociais de base territorial, como o Programa Bolsa Família e o Cartão Família Carioca, constituem importantes instrumentos de articulação de ações voltadas às famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços e contribuir para a redução dos fatores geradores de desigualdade e exclusão social (Guadagnin, 2019).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família configura-se como um lócus privilegiado para o acompanhamento das condicionalidades de saúde dessas famílias. Com essa finalidade, a Gerência de Planejamento e Supervisão de Território do IGEDES elaborou e implementou

instrumentos de monitoramento destinados a apoiar as unidades no acompanhamento e alcance deste indicador.

Entretanto, a plataforma SUBPAV foi disponibilizada para acompanhamento apenas em 09 de fevereiro de 2026, impossibilitando o lançamento de informações referentes ao mês de janeiro, bem como a extração de relatórios desse período. Dessa forma, considera-se que o indicador não se aplica (NSA) para o mês de janeiro.

Ressalta-se que o comprovante anexo evidencia a impossibilidade de extração do relatório referente ao mês de janeiro, sendo possível apenas a extração de dados do mês de dezembro, o que não contempla a análise do indicador no período em questão.

Adicionalmente, informa-se que no mês de fevereiro também não foi possível realizar a extração do relatório na plataforma, mantendo-se a limitação para análise do indicador.



subpav.org

Rio SAÚDE

MARIANNA DOS REIS DE MORAES COSTA
SMS COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - AP 32

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE BENEFICIÁRIOS
BOLSA FAMÍLIA

FILTROS

Benefício: Cartão Família Carioca

Vigência: 12/2025

AP: AP 32

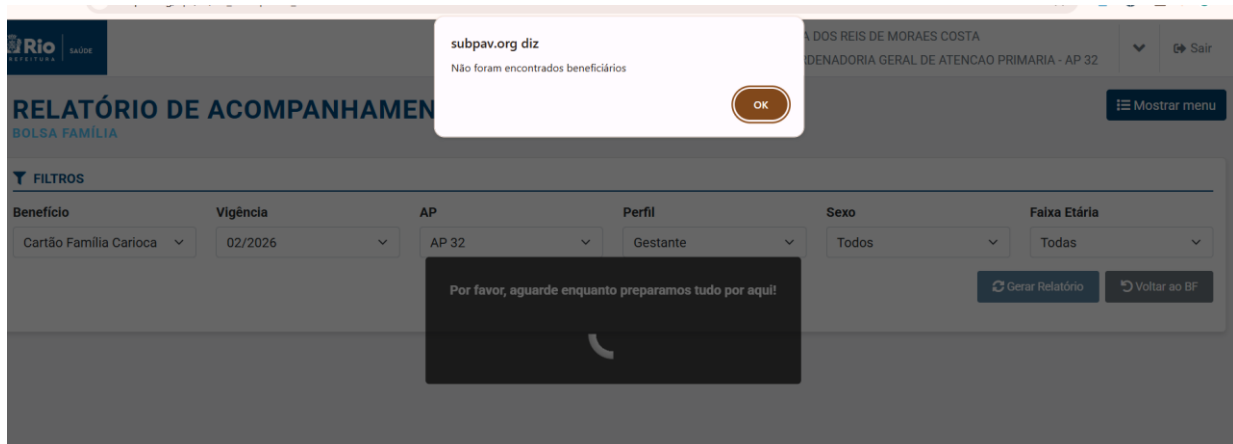
Perfil: Todos

Sexo: Todos

Faixa Etária: Todas

Gerar Relatório

Voltar ao BF



subpav.org diz
Não foram encontrados beneficiários

Rio SAÚDE

MARIANNA DOS REIS DE MORAES COSTA
COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - AP 32

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE BENEFICIÁRIOS
BOLSA FAMÍLIA

FILTROS

Benefício: Cartão Família Carioca

Vigência: 02/2026

AP: AP 32

Perfil: Gestante

Sexo: Todos

Faixa Etária: Todas

Gerar Relatório

Voltar ao BF

Por favor, aguarde enquanto preparamos tudo por aqui!

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

18. PROPORÇÃO DE ESCOLAS E CRECHES COBERTAS NA ÁREA DA UAP			
META	JAN	FEV	MAR
90%	54,41%	100,00%	
<p>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*</p>			

Tabela 20

No mês de fevereiro de 2026 o indicador atingiu **100,00%**, 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 semanal do indicador nos últimos dias do mês vigente.

1.1.19 Desempenho Assistencial

19. PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS COM ENTREGA DE KITS DE HIGIENE ORAL ENTRE AS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DE PROGRAMA DE INCENTIVO.			
META	JAN	FEV	MAR
100%	16,95%	20,82%	

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.

Fonte: PEP VitaCare

Periodicidade da avaliação: Trimestral

Nota: Todos os membros das famílias beneficiárias devem ser contemplados pelo menos 1X no trimestre.

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, direcionando a atenção para os usuários que ainda não foram contemplados, em vez de utilizar a listagem geral de famílias com divergências.

Cabe destacar que o indicador somente é 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 rigoroso e preciso das entregas.

Ao avaliar o mês de fevereiro de 2026, a área da Coordenação de Atenção Primária (CAP) 3.2 alcançou **20,82%** na entrega dos kits odontológicos nas unidades. Entretanto, é importante ressaltar que esse indicador é contabilizado apenas no fechamento do trimestre, previsto para o final de março de 2026. Dessa forma, cada unidade possui planejamento próprio para a entrega e o registro dos kits dentro do prazo estabelecido.

Considerando o baixo percentual observado no segundo mês de vigência do trimestre, os supervisores de território realizaram feedback com os gestores das unidades, com o objetivo de compreender as dificuldades no processo de entrega e registro adequado.

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 mês de fevereiro de 2026:

UNIDADE	Cadastros Fevereiro	100% Fevereiro	100% Completude Fevereiro
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	30152	30004	99,51%
CF ANNA NERY	17301	16825	97,25%
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	19798	18104	91,44%
CF BARBARA STARFIELD	28177	21303	75,60%
CF BIBI VOGEL	21459	18652	86,92%
CF CARIOCA	8277	8119	98,09%
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	20847	19072	91,49%
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	21392	20458	95,63%
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	21396	19749	92,30%
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	20896	19821	94,86%
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	7615	7276	95,55%
CF IZABEL DOS SANTOS	20481	19832	96,83%
CF LUIZ CELIO PEREIRA	23922	22299	93,22%
CF OLGA PEREIRA PACHECO	22365	19183	85,77%
CF SERGIO NICOLAU AMIN	18485	14534	78,63%
CMS ANTENOR NASCENTES	3813	3544	92,95%
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	14344	10670	74,39%
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	20518	19341	94,26%
CMS CESAR PERNETTA	12947	11912	92,01%
CMS EDUARDO A VILHENA LEITE	15119	13593	89,91%
CMS ELIZA ABRANTES	14288	12970	90,78%
CMS MILTON FONTES MAGARAO	22039	20359	92,38%
CMS RENATO ROCCO	13714	13328	97,19%
CMS RODOLPHO ROCCO	21608	20631	95,48%
CMS TIA ALICE	7450	6221	83,50%
TOTAL AP 3.2	448403	407800	90,94%

Tabela 22

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

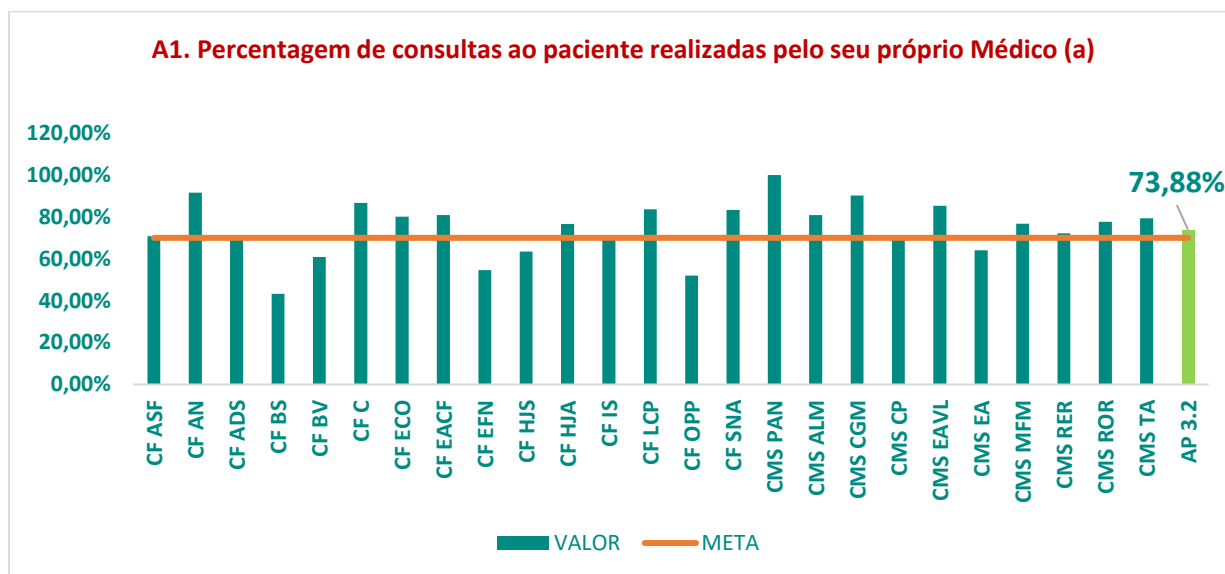


Gráfico 1

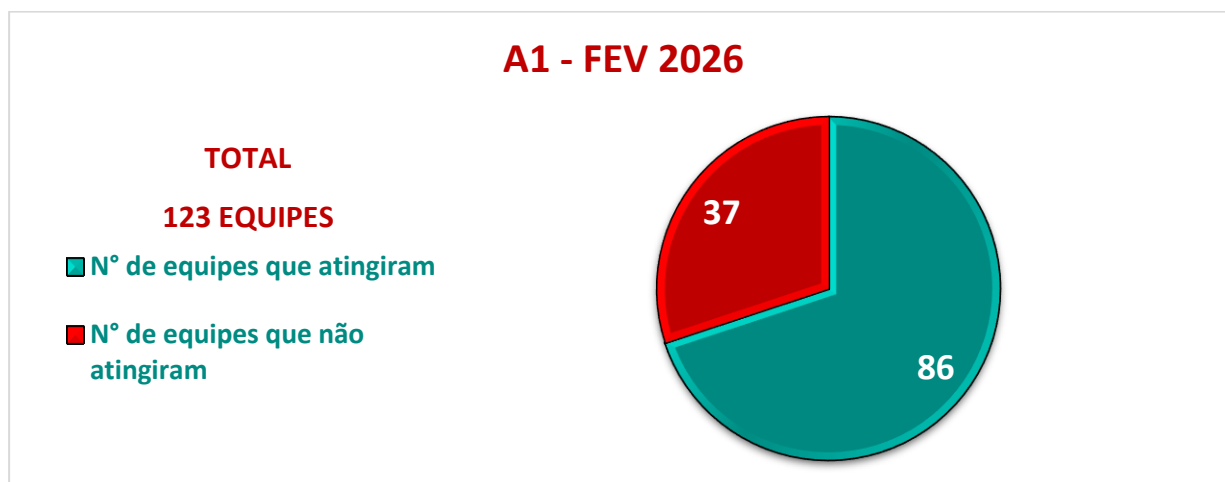


Gráfico 2

Análise anual CAP 3.2

Em fevereiro de 2026, o Indicador A1, **que mede a porcentagem de consultas realizadas pelo próprio médico de família do paciente**, apresentou média global de **73,88%** na CAP 3.2, resultado acima da meta estabelecida de 70%. Apesar do desempenho global satisfatório, a análise por equipe de Saúde da Família evidencia variações importantes, sendo que, das 123 equipes, 86 alcançaram a meta do indicador, enquanto 37 não atingiram o resultado esperado. Dentre essas equipes, 8 foram impactadas por vacância médica ou férias do profissional da

categoria. Outro fator relevante que influenciou o desempenho foi a paralisação médica ocorrida no período, que gerou ausências e impactou a oferta de consultas. As unidades que apresentaram maior fragilidade nesse indicador foram CF Barbara Starfield, CF Bibi Vogel, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Herbert José de Souza, CF Olga Pereira Pacheco, CMS Cesar Pernetta e CMS Eliza Abrantes, que permaneceram abaixo da meta de 70% de consultas realizadas pelo próprio médico de família.

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

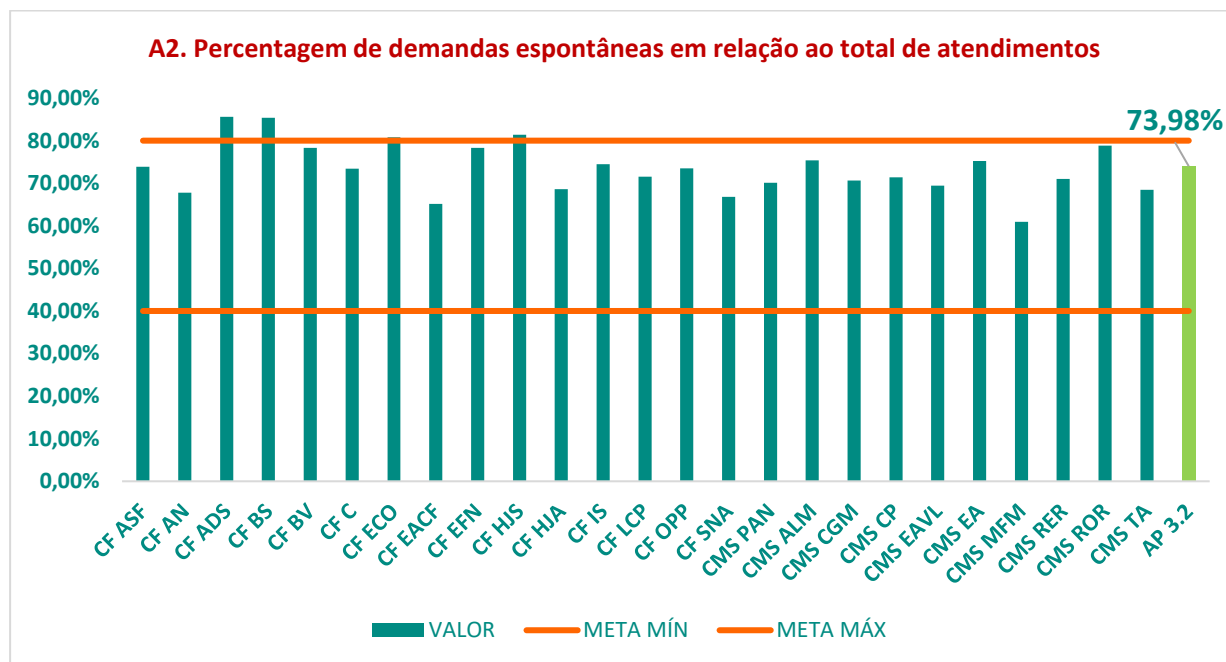


Gráfico 3

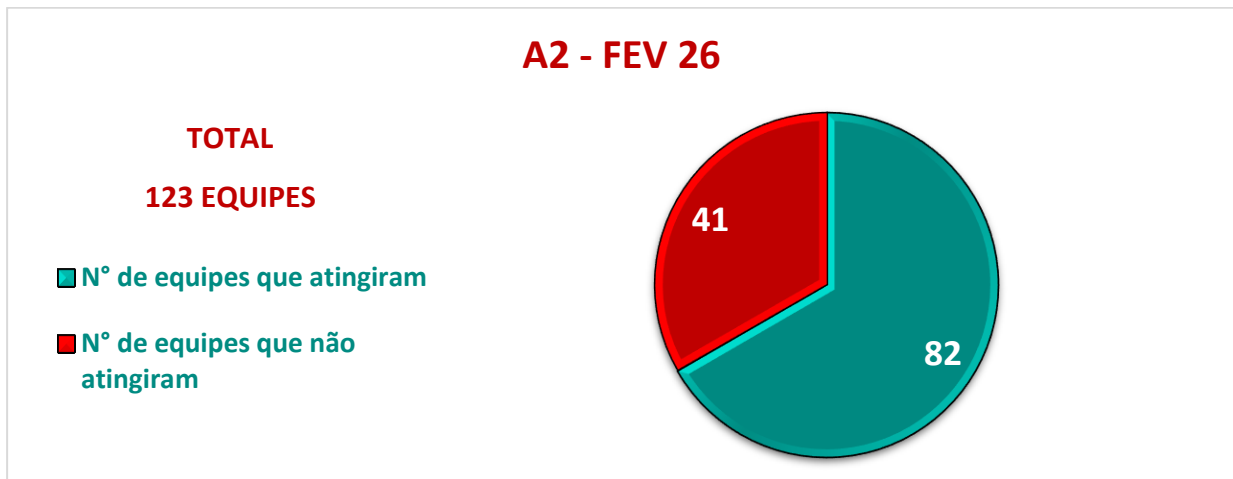


Gráfico 4

No mês de fevereiro de 2026 o indicador “**Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos**” apresentou média global de **73,98%** na CAP 3.2, resultado dentro da meta estabelecida, que preconiza o mínimo de 40% e o máximo de 80% de atendimentos por demanda espontânea.

Apesar do desempenho global satisfatório, a análise por equipe de Saúde da Família evidencia heterogeneidade no equilíbrio entre demanda espontânea e atendimentos programados. Das 123 equipes, 82 alcançaram o indicador, enquanto 41 não atingiram a meta estabelecida.

As unidades que apresentaram maiores dificuldades para o alcance desse indicador foram CF Anthidio Dias da Silveira, CF Barbara Starfield, CF Edney Canazaro de Oliveira e CF Herbert José de Souza, que permaneceram com a média global do indicador fora da meta estabelecida.

Cabe destacar que, no mês de fevereiro, a desmarcação de agendas em decorrência da paralisação médica contribuiu para o aumento da procura por atendimento sem agendamento prévio, elevando a demanda espontânea em algumas equipes e, em determinados casos, ultrapassando o limite máximo de 80% preconizado para o indicador.

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

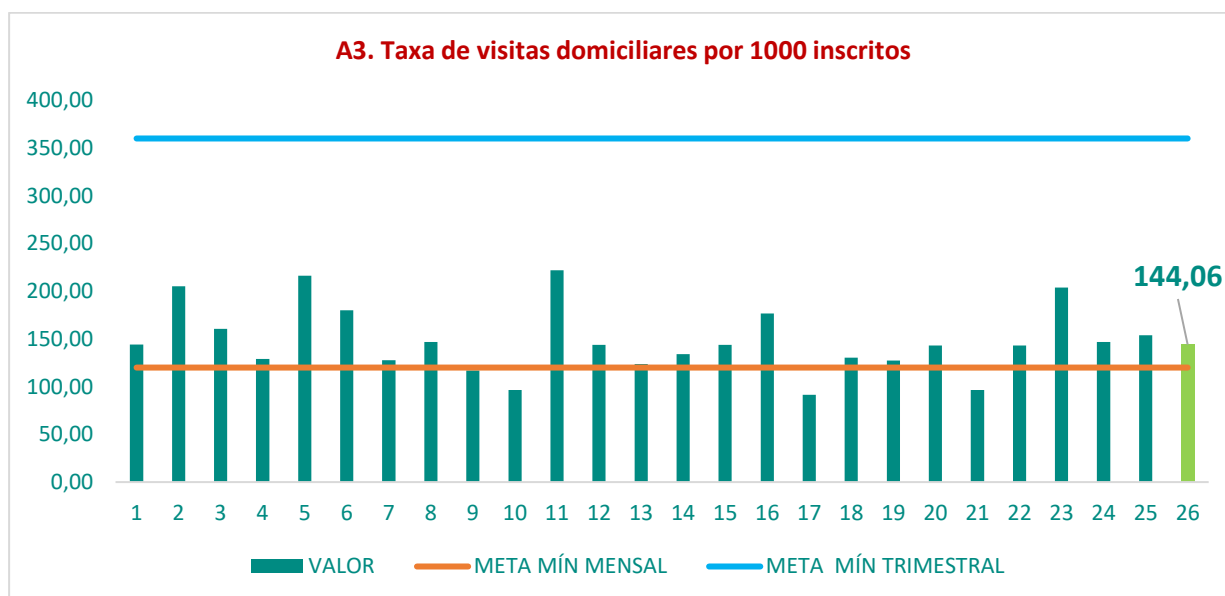


Gráfico 5

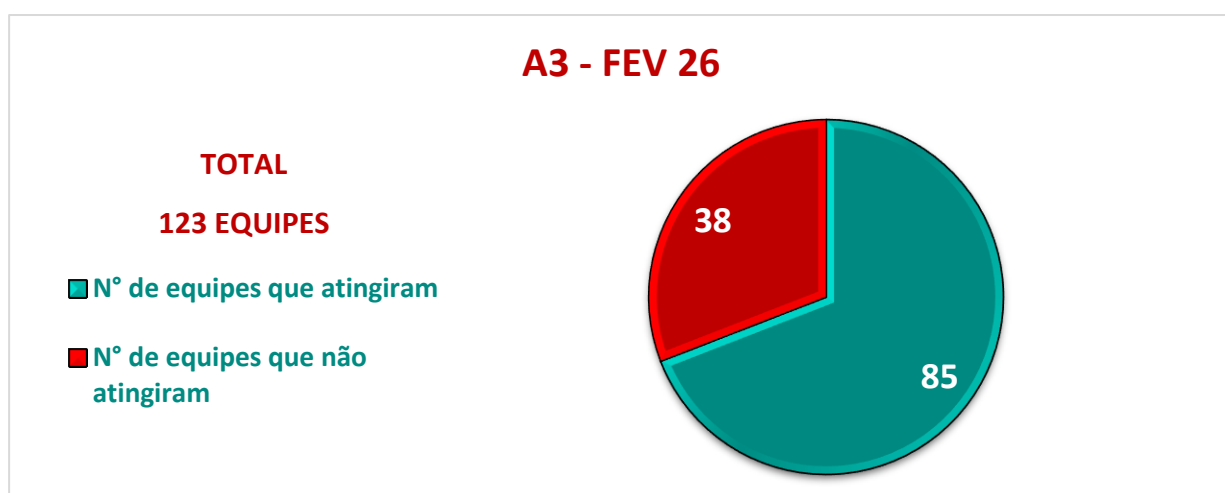


Gráfico 6

No mês de fevereiro de 2026, o indicador “**Taxa de visitas domiciliares**” apresentou média global de **144,06** visitas domiciliares no território da CAP 3.2. Esse resultado, quando analisado em relação à meta trimestral estabelecida de 360 visitas domiciliares, encontra-se dentro do valor esperado para o fechamento do trimestre. Considerando que essa meta é distribuída proporcionalmente ao longo dos três meses do período de avaliação, estabelece-se como referência mensal o quantitativo de 120 visitas domiciliares. Nesse sentido, a média global registrada no mês de fevereiro demonstra desempenho satisfatório, mantendo-se acima da meta proporcional esperada para o período.

Na análise por equipe de Saúde da Família, considerando a meta proporcional mensal de 120 visitas domiciliares, observa-se que, das 123 equipes existentes, 85 alcançaram quantitativo igual ou superior a 120 visitas no mês de fevereiro, enquanto 38 equipes permaneceram com média inferior ao esperado.

Apesar do resultado global positivo, algumas unidades apresentaram fragilidades no alcance do indicador, permanecendo abaixo do quantitativo esperado de visitas domiciliares no período analisado. Entre elas destacam-se CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Herbert José de Souza, CMS Ariadne Lopes de Menezes e CMS Eliza Abrantes, que demandam acompanhamento e fortalecimento das estratégias de organização do processo de trabalho para ampliação da realização de visitas domiciliares.

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

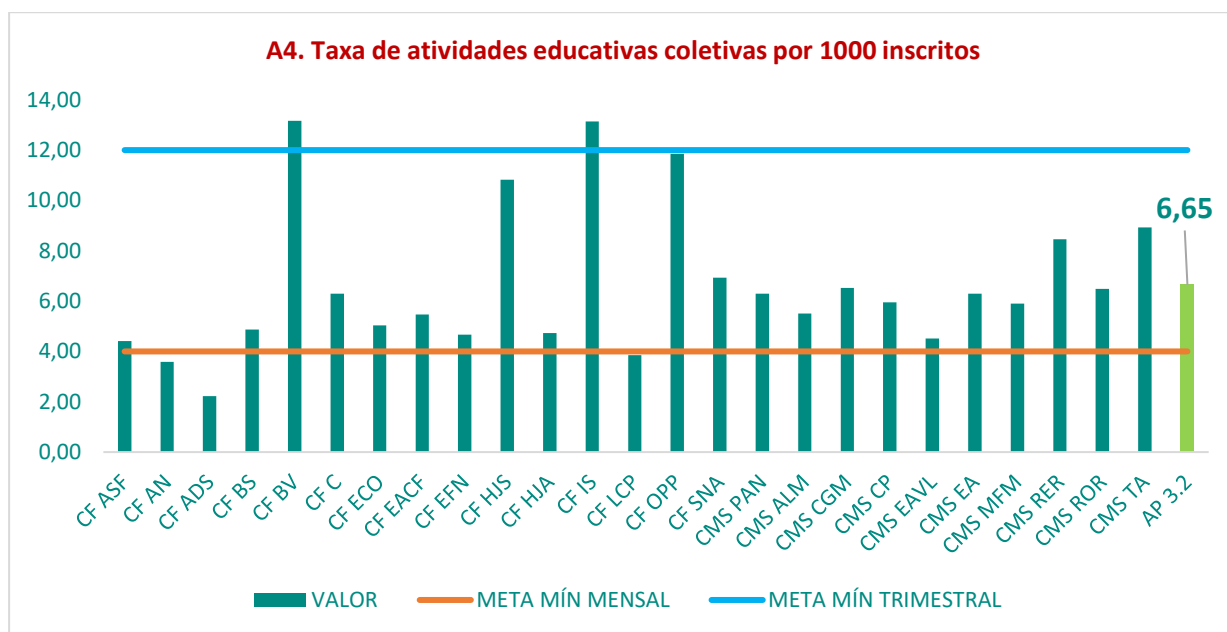


Gráfico 7

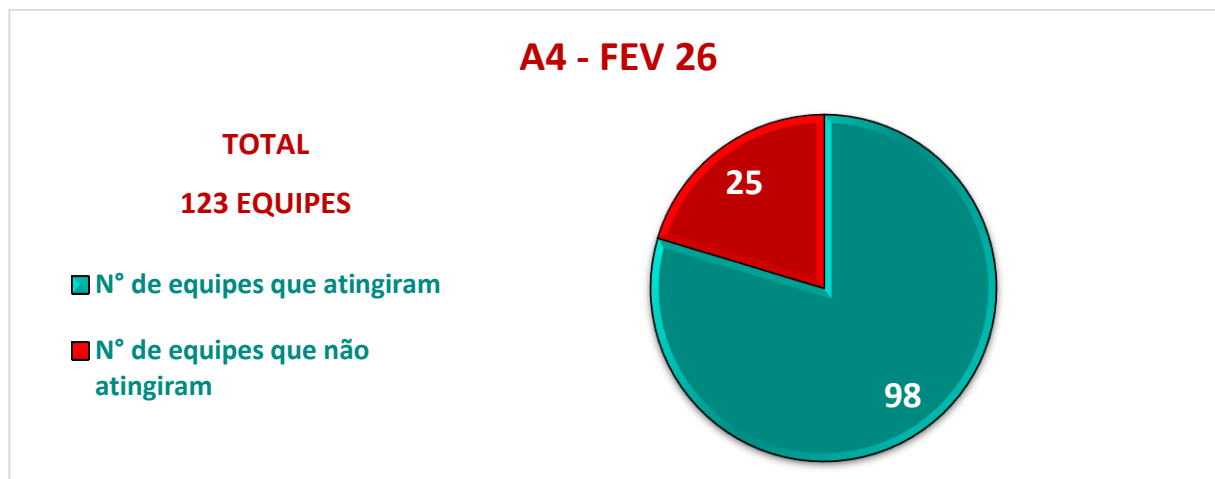


Gráfico 8

No mês de fevereiro de 2026, o indicador “**Taxa de atividades educativas coletivas**” apresentou média global de **6,65** no território da CAP 3.2. Quando analisado em relação à meta trimestral estabelecida — mínimo de 6/1000 atividades educativas para unidades sem saúde bucal ou 12/1000 para unidades com saúde bucal — esse resultado encontra-se abaixo do esperado para o fechamento do trimestre.

Entretanto, considerando que a meta trimestral é distribuída proporcionalmente ao longo dos três meses que compõem o período de avaliação, estabelece-se como referência mensal o quantitativo de 2/1000 para unidades sem saúde bucal e 4/1000 para unidades com saúde bucal. Sob essa perspectiva, a média global registrada em fevereiro encontra-se em conformidade com a meta proporcional esperada para o mês, indicando desempenho satisfatório no período.

Na análise por equipe de Saúde da Família, considerando a meta proporcional mensal (2/1000 para unidades sem saúde bucal ou 4/1000 — equivalente a 4% — para unidades com saúde bucal), observa-se que, das 123 equipes existentes, 98 alcançaram quantitativo igual ou superior a 4% no mês de fevereiro, enquanto 25 equipes permaneceram abaixo da meta proporcional estabelecida.

Apesar do resultado global positivo quando considerada a meta proporcional mensal, algumas unidades apresentaram fragilidades no alcance do indicador, permanecendo abaixo do quantitativo esperado. Destacam-se CF Anna Nery, CF Anthidio Dias da Silveira e CF Luiz Célio Pereira, que demandam acompanhamento e fortalecimento das estratégias de planejamento e realização de atividades educativas coletivas no território.

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

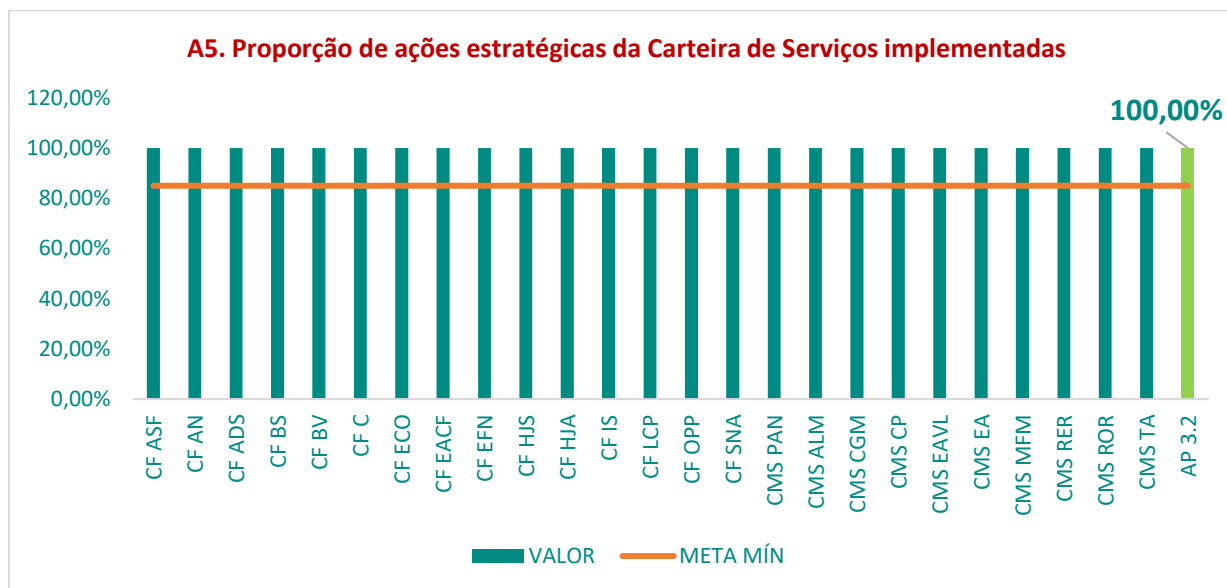


Gráfico 9

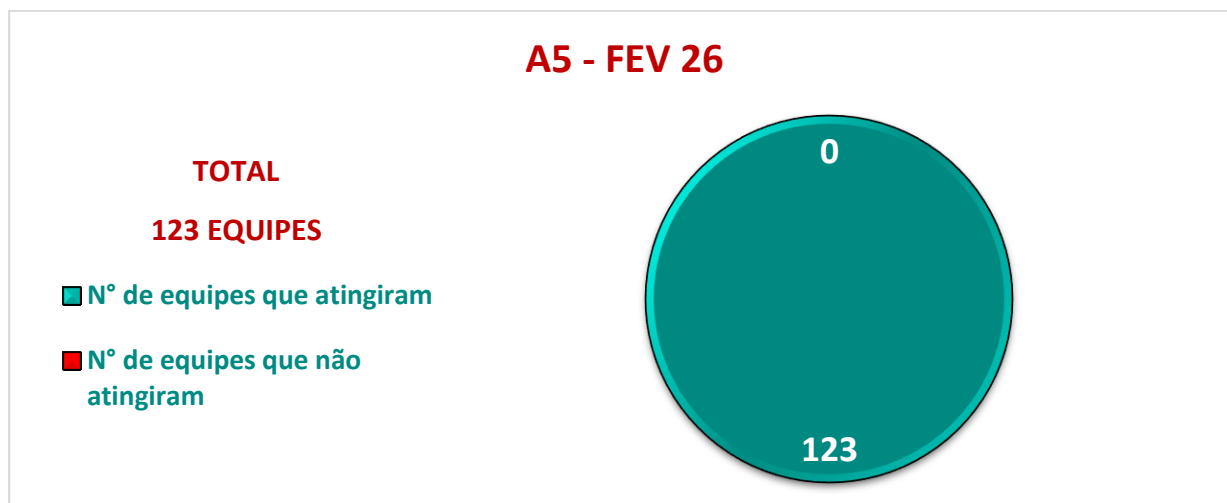


Gráfico 10

No mês de fevereiro de 2026, o indicador “**Proporção de ações estratégicas da carteira de serviços implementadas**” apresentou média global de **100%** na CAP 3.2, evidenciando que todas as equipes da Estratégia Saúde da Família alcançaram o indicador. Esse resultado demonstra que a totalidade das equipes ofertou integralmente os serviços previstos na carteira de serviços, garantindo a implementação completa das ações estratégicas pactuadas no período.

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

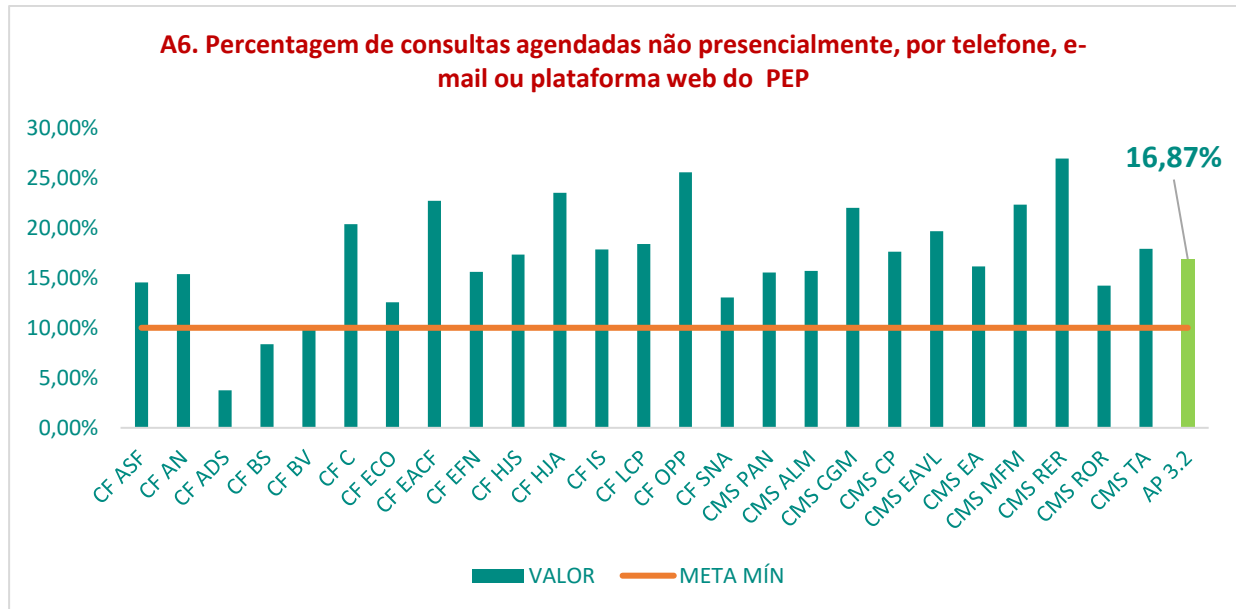


Gráfico 11

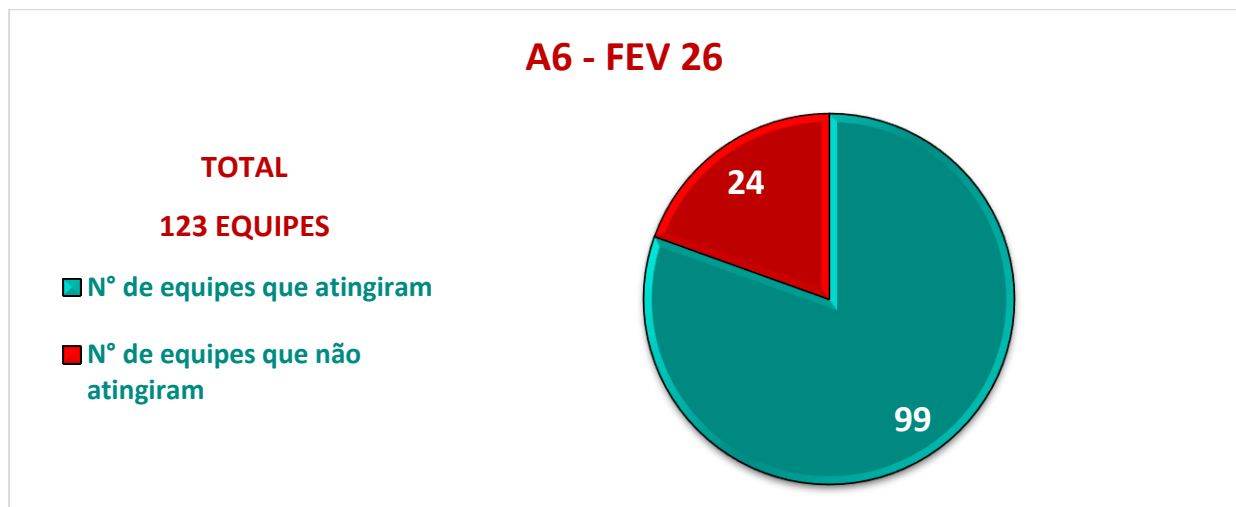


Gráfico 12

No mês de fevereiro de 2026, o indicador “**Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico**” apresentou média global de **16,87%** nas unidades da CAP 3.2, resultado significativamente acima da meta estabelecida de 10%.

Ao analisar o desempenho das equipes de Saúde da Família de forma individual, observa-se que 99 das 123 equipes alcançaram a meta pactuada, enquanto 24 equipes permaneceram

abaixo do percentual estabelecido, demonstrando, de modo geral, bom desempenho da maioria das equipes na utilização de canais não presenciais para o agendamento de consultas.

Apesar do resultado global positivo, ainda se identificam fragilidades em algumas equipes da Estratégia Saúde da Família que não atingiram o percentual mínimo esperado. As unidades que apresentaram maiores dificuldades em relação a esse indicador foram CF Anthidio Dias da Silveira, CF Barbara Starfield e CF Bibi Vogel, indicando a necessidade de fortalecimento das estratégias de ampliação do acesso por meio de canais remotos de agendamento.

2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

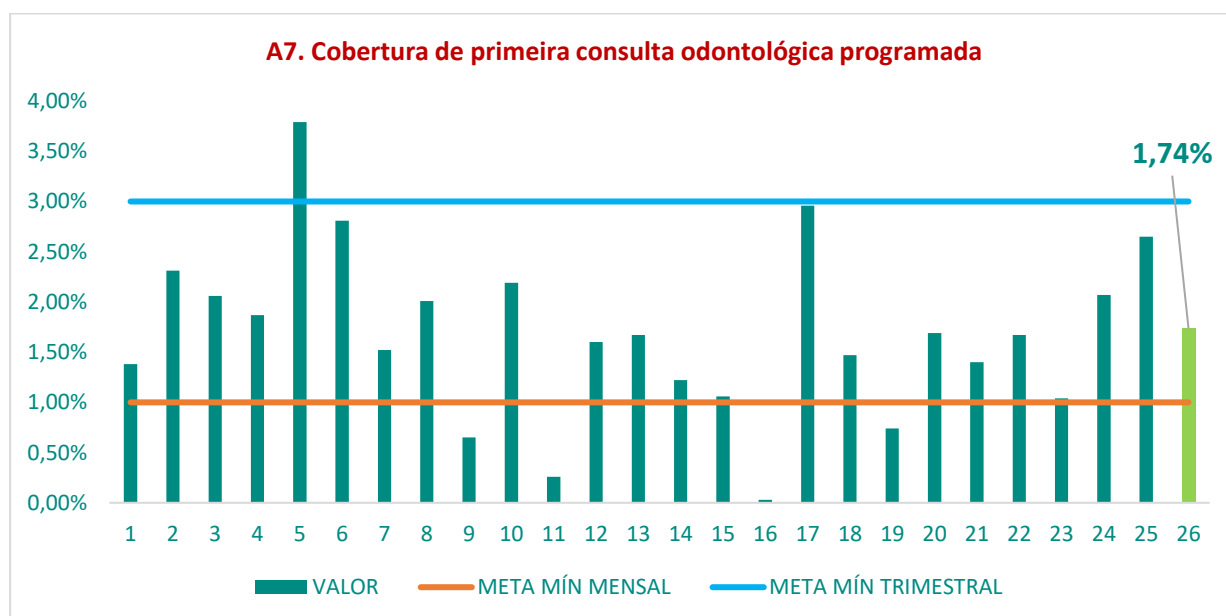


Gráfico 13

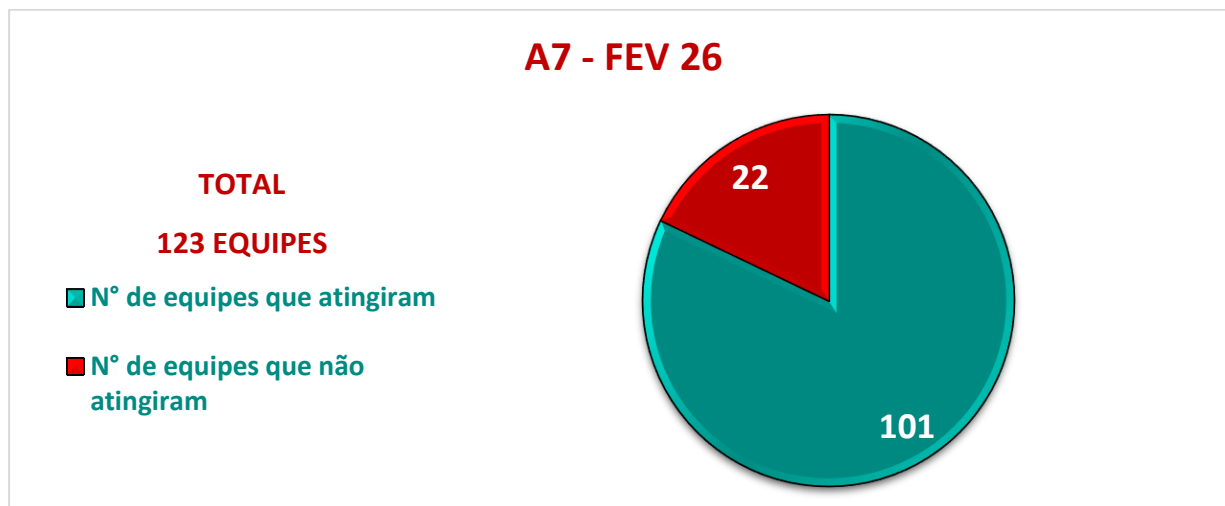


Gráfico 14

No mês de fevereiro de 2026, o indicador “**Cobertura de primeira consulta odontológica programada**” apresentou média global de **1,74%** na CAP 3.2. Esse resultado, quando analisado em relação à meta trimestral estabelecida de 3%, encontra-se abaixo do valor esperado para o fechamento do trimestre.

No entanto, considerando que a meta trimestral é distribuída ao longo dos três meses que compõem o período de avaliação, estabelece-se como meta proporcional mensal o percentual de 1%. Sob essa perspectiva, a média global registrada em fevereiro (1,74%) mostra-se superior à meta proporcional esperada para o mês, indicando desempenho satisfatório no período.

Na análise por equipe de Saúde da Família, considerando a meta proporcional mensal de 1%, observa-se que, das 123 equipes existentes, 101 alcançaram percentual igual ou superior a esse valor no mês de fevereiro, evidenciando que a maioria apresentou desempenho adequado em relação à meta estabelecida.

Apesar do resultado global positivo quando considerada a meta proporcional mensal, algumas unidades apresentaram fragilidades no alcance do indicador, permanecendo abaixo do percentual mínimo esperado no mês. Destacam-se CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Honório José de Andrade, CMS Antenor Nascentes e CMS Cesar Pernetta.

Nas unidades citadas, observa-se como fator que pode impactar o resultado o fato de os usuários serem referenciados para atendimento de saúde bucal em outras unidades, o que pode ocasionar absenteísmo e dificultar o alcance da meta estabelecida. No CMS Cesar

Pernetta, soma-se ainda o afastamento do profissional cirurgião-dentista no período, o que também contribuiu para a redução da oferta de primeiras consultas odontológicas programadas.

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

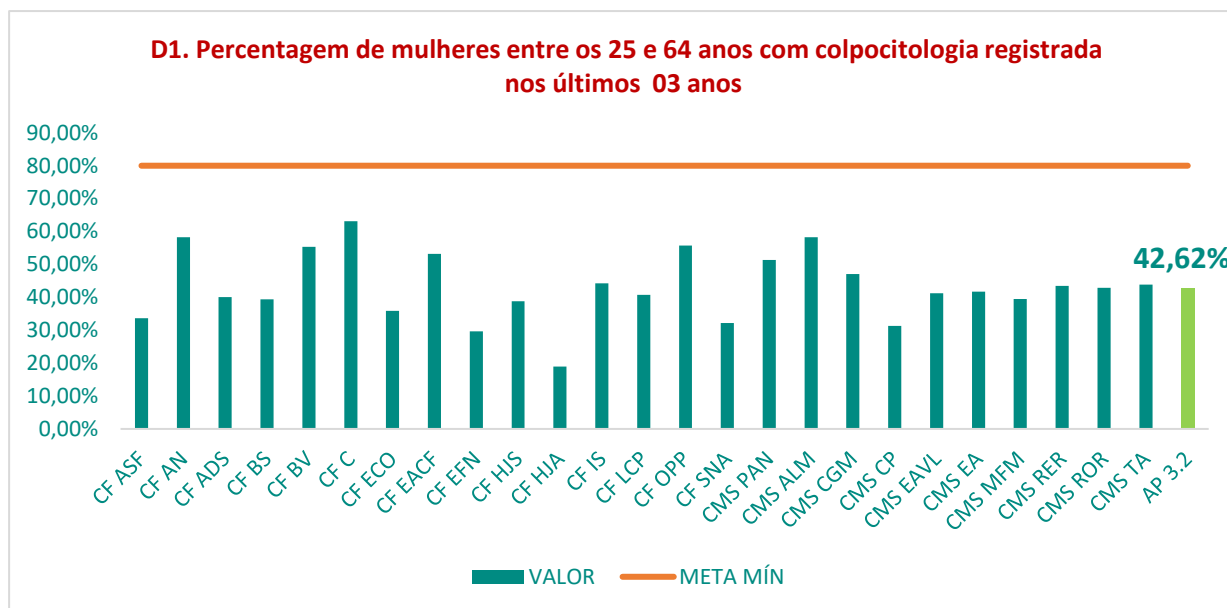


Gráfico 15

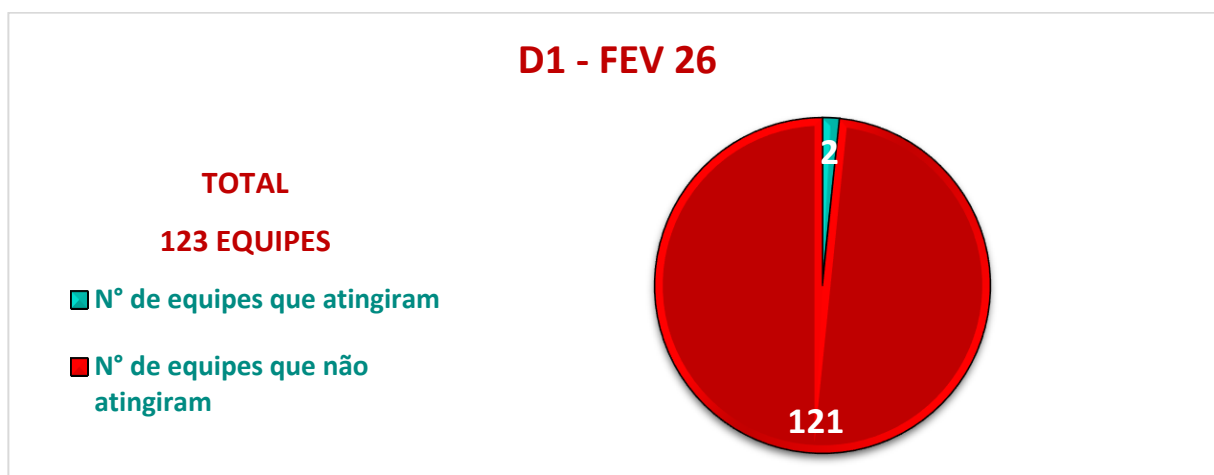


Gráfico 16

O indicador “Percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos três anos”, no mês de fevereiro, apresentou média global de **42,62%** na CAP 3.2, ficando muito abaixo da meta estabelecida de 80%. A análise do desempenho por equipe

evidencia que apenas duas equipes, dentre as 123 equipes de Saúde da Família, conseguiram alcançar o indicador, o que demonstra os desafios e fragilidades importantes quanto ao desempenho no acompanhamento, realização e registro da colpocitologia.

As equipes que alcançaram a meta pactuada para o indicador foram a equipe Álvaro de Miranda da CF Emydio Alves Costa Filho e a equipe Paulo Pires da CF Olga Pereira Pacheco.

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

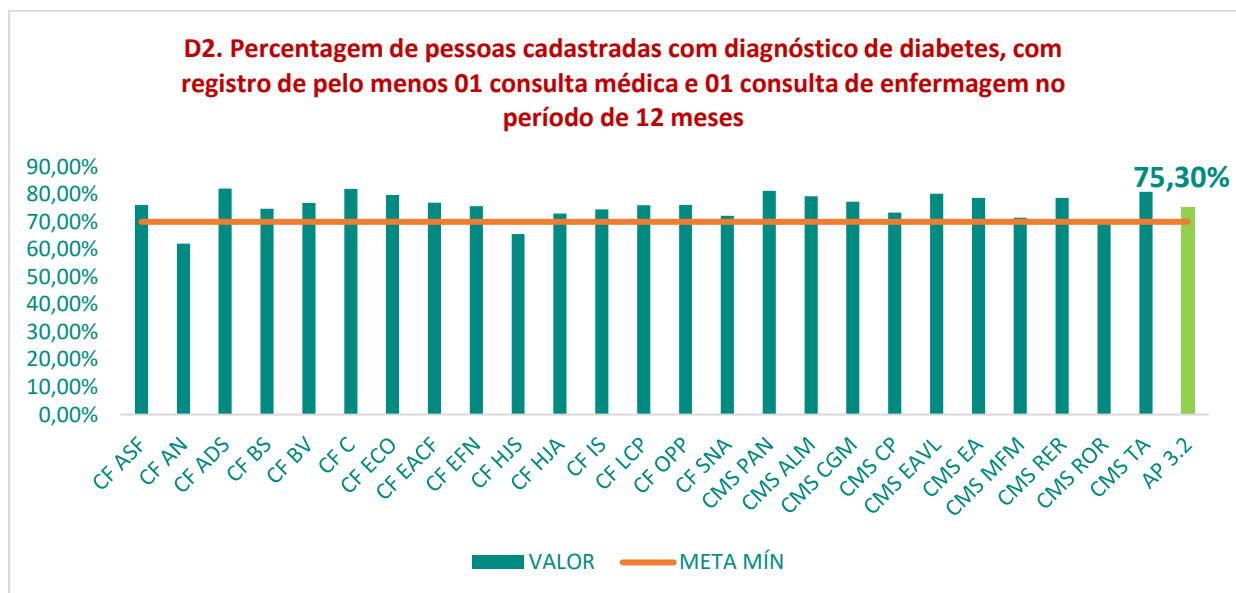


Gráfico 17

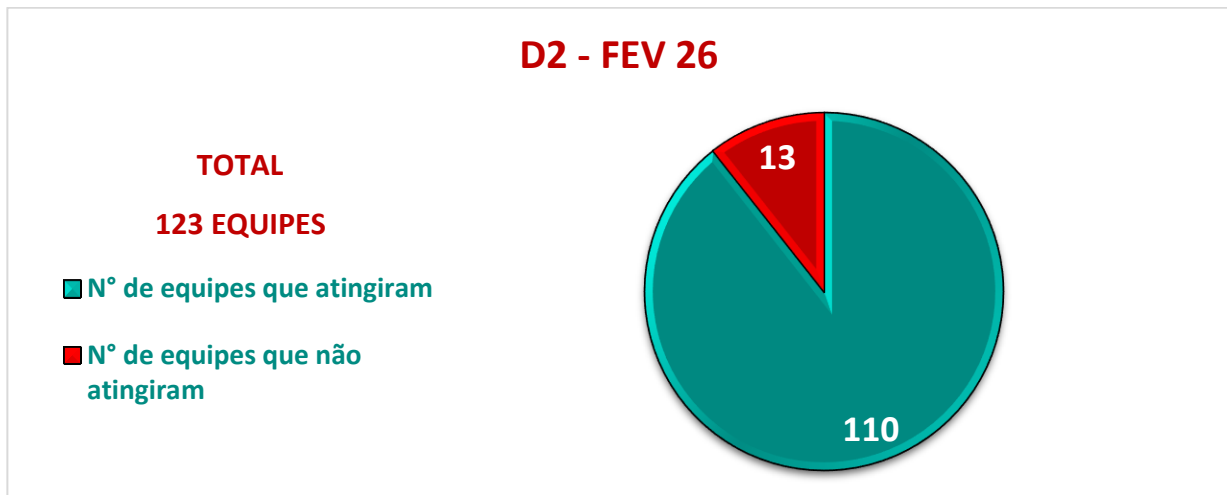


Gráfico 18

Em fevereiro de 2026, o indicador **“Percentagem de pessoas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo uma com médico e uma com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses”** apresentou média global de **75,30%** na CAP 3.2, ficando acima da meta estabelecida de 70%. O resultado global satisfatório e análise por equipe evidenciam que **110** das 123 equipes de Saúde da Família alcançaram o indicador, com 13 equipes ainda demonstrando fragilidades no desempenho de organização das agendas para acompanhamento dos usuários com diagnóstico de diabetes. As unidades que apresentaram maiores dificuldades para o alcance desse indicador foram a CF Anna Nery e a CF Herbert José de Souza.

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.

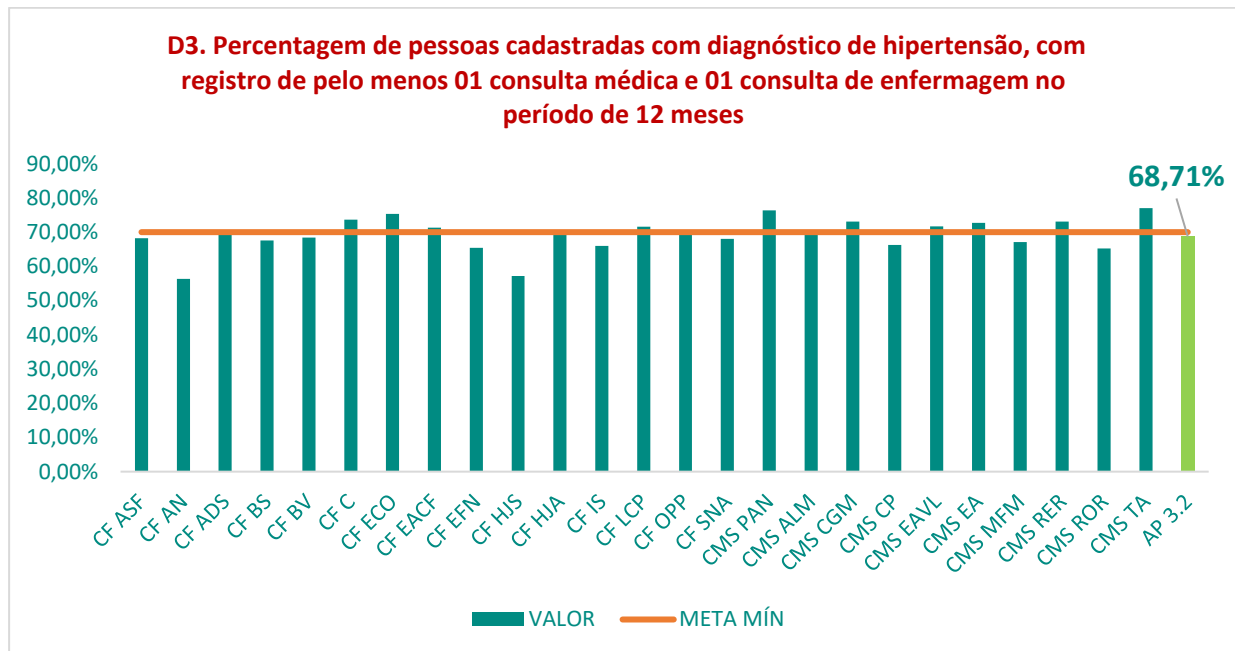


Gráfico 19

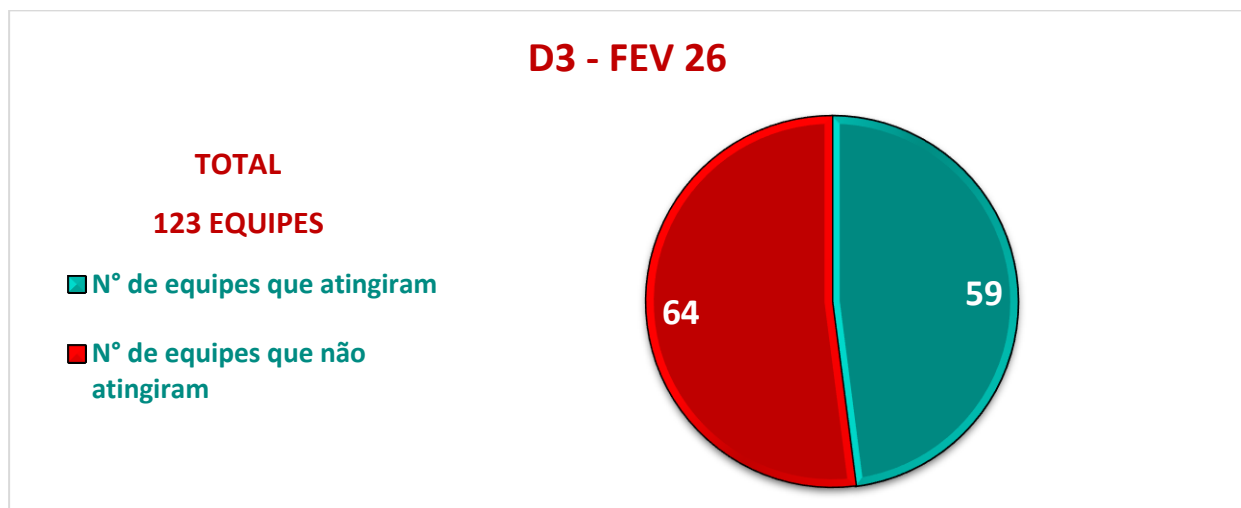


Gráfico 20

Em fevereiro de 2026, o indicador “Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão com registro de pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem no período de 12 meses” apresentou média global de 68,71% nas unidades, ficando abaixo da meta estabelecida de 70%. Ao analisar o desempenho das equipes de Saúde

da Família de forma individual, observa-se que apenas **59** das 123 equipes conseguiram alcançar a meta pactuada, evidenciando uma fragilidade importante no acompanhamento longitudinal das pessoas com hipertensão. As unidades que apresentaram maiores fragilidades em relação ao alcance desse indicador foram o CF Amélia dos Santos, CF Anna Nery, CF Bárbara Starfield, CF Bibi Vogel, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Sérgio Nicolau Amin, CF Herbert José de Souza, CF Honório José de Andrade, CF Olga Pereira Pacheco, CF Izabel dos Santos, CMS Cesar Pernetta, CMS Milton Fontes Magarão e CMS Rodolpho Rocco.

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

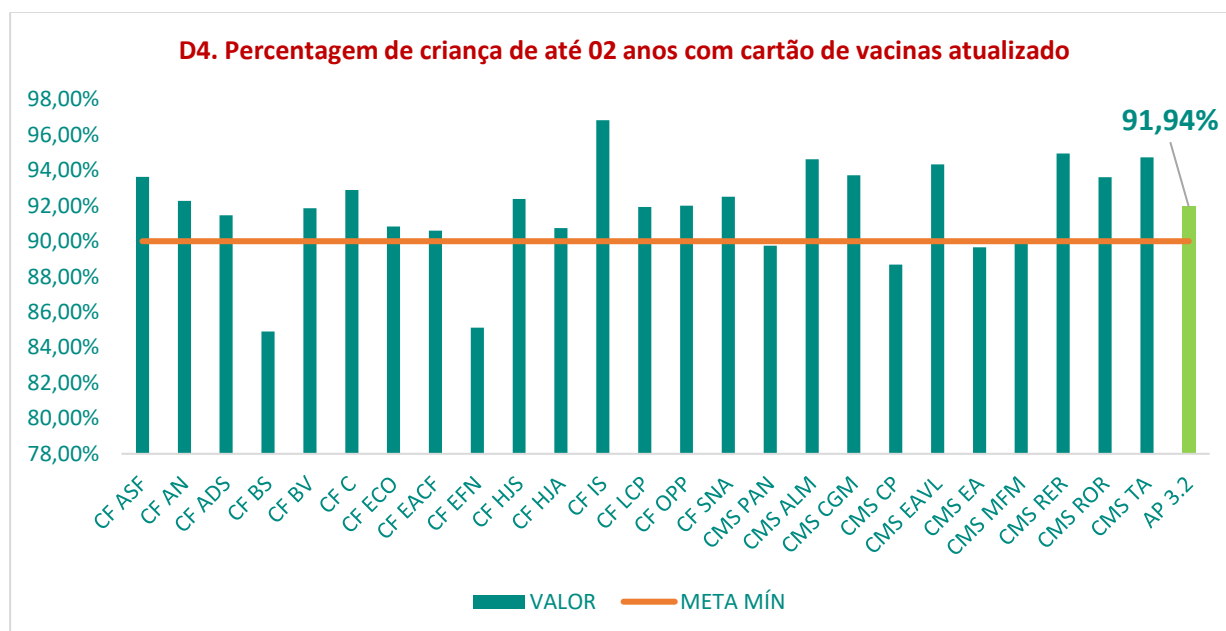


Gráfico 21

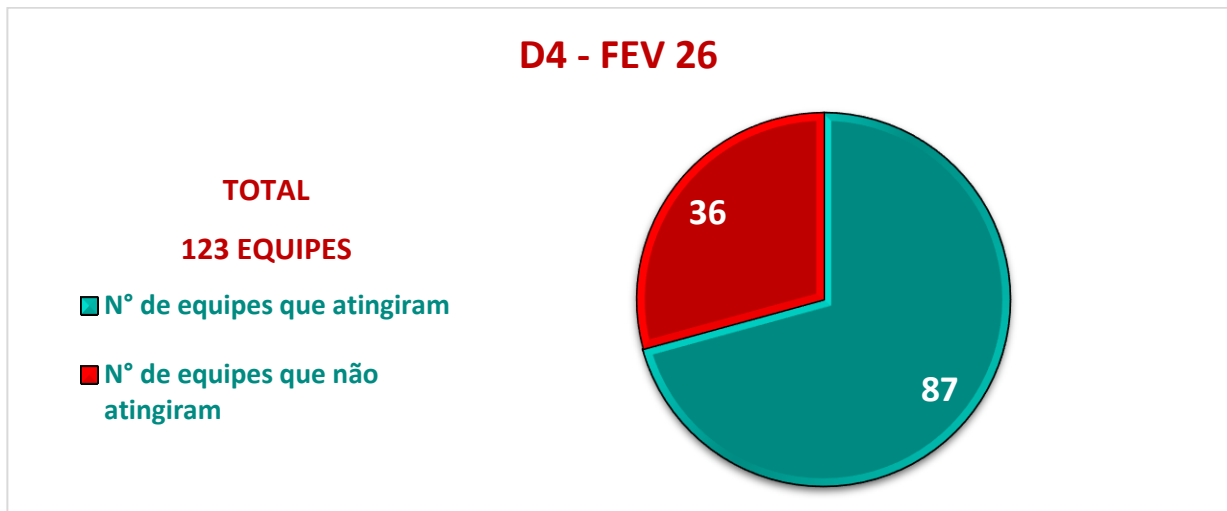


Gráfico 22

Em fevereiro de 2026, o indicador “**Percentagem de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado**” apresentou média global de **91,94%** nas unidades, ficando acima da meta estabelecida de 90%.

Entretanto, ao analisar o desempenho das equipas de Saúde da Família de forma individual, observa-se que apenas **87** das 123 equipas conseguiram alcançar a meta pactuada, evidenciando desigualdade no desempenho entre as equipas, apesar do resultado global satisfatório.

As unidades que apresentaram maiores fragilidades em relação a esse indicador foram a CF Bárbara Starfield, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CMS Eliza Abrantes, CMS Professor Antenor Nascentes, CMS Milton Fontes Magarão e CMS Cesar Pernetta.

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

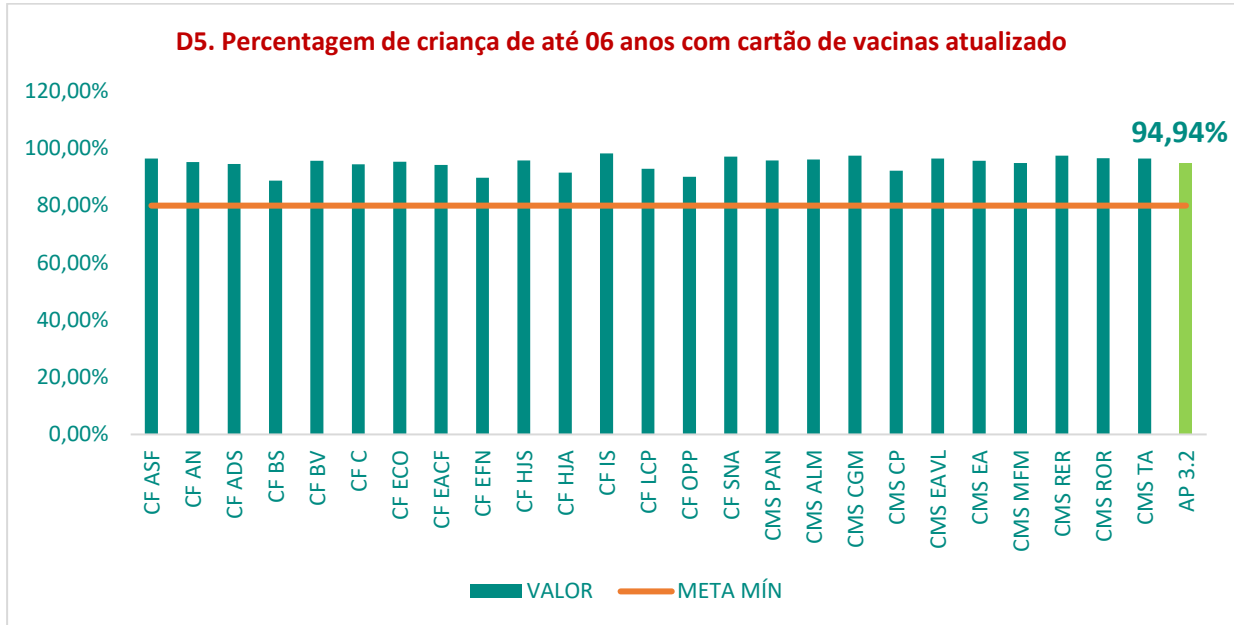


Gráfico 23

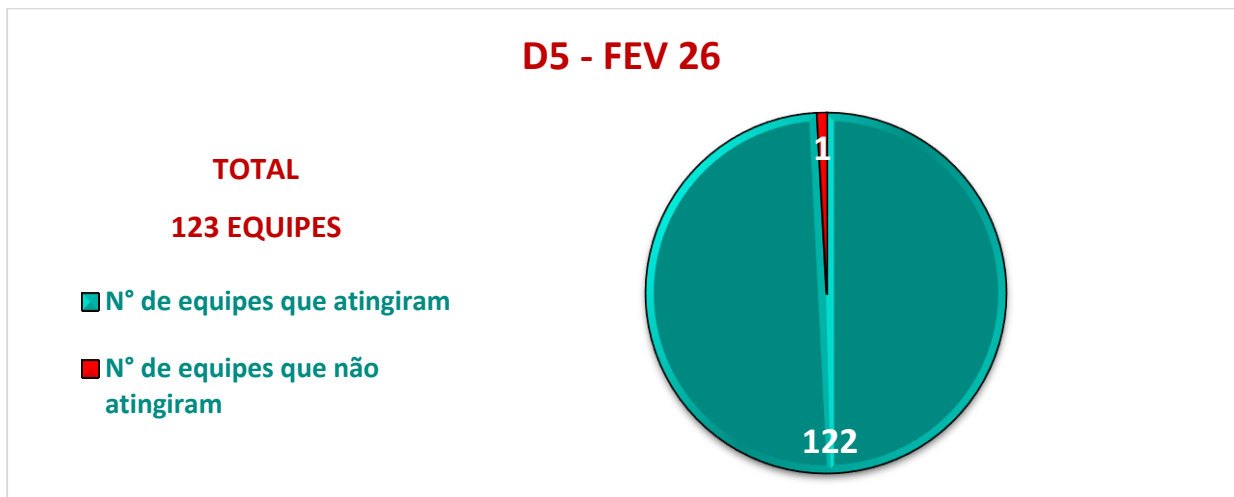


Gráfico 24

No mês de fevereiro de 2026, o indicador “Percentagem de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado” apresentou média global de **94,94%** na Área Programática 3.2.

Apenas uma equipe de Saúde da Família não alcançou a meta do indicador, a equipe Paulo Pires da CF Olga Pereira Pacheco, que permaneceu abaixo de 80%.

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

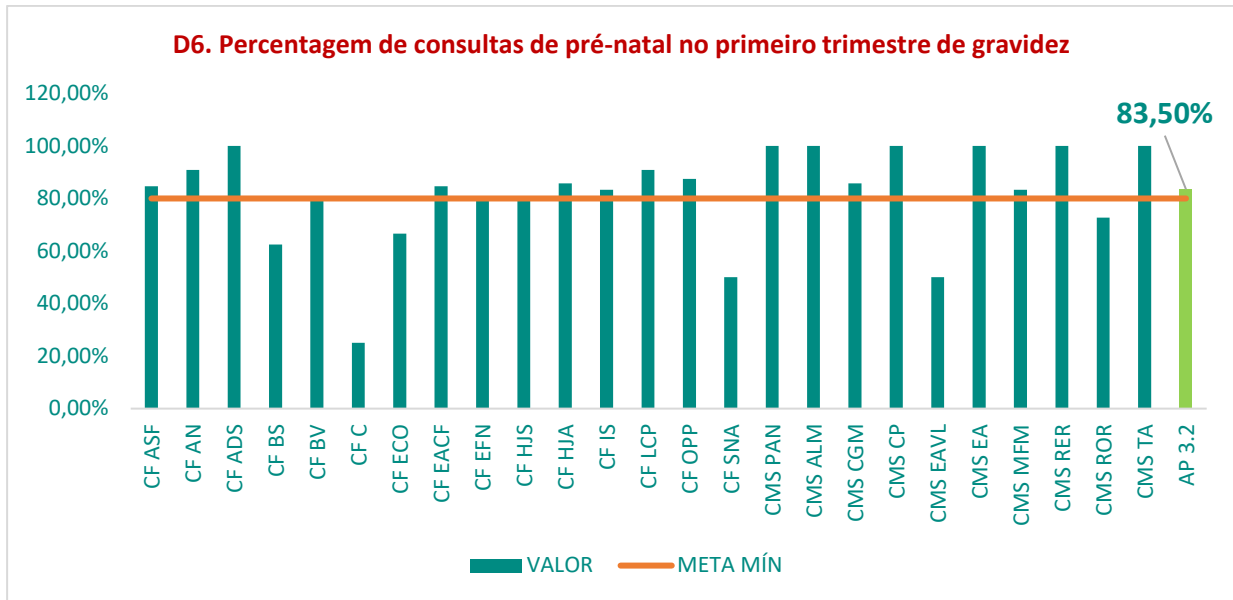


Gráfico 25

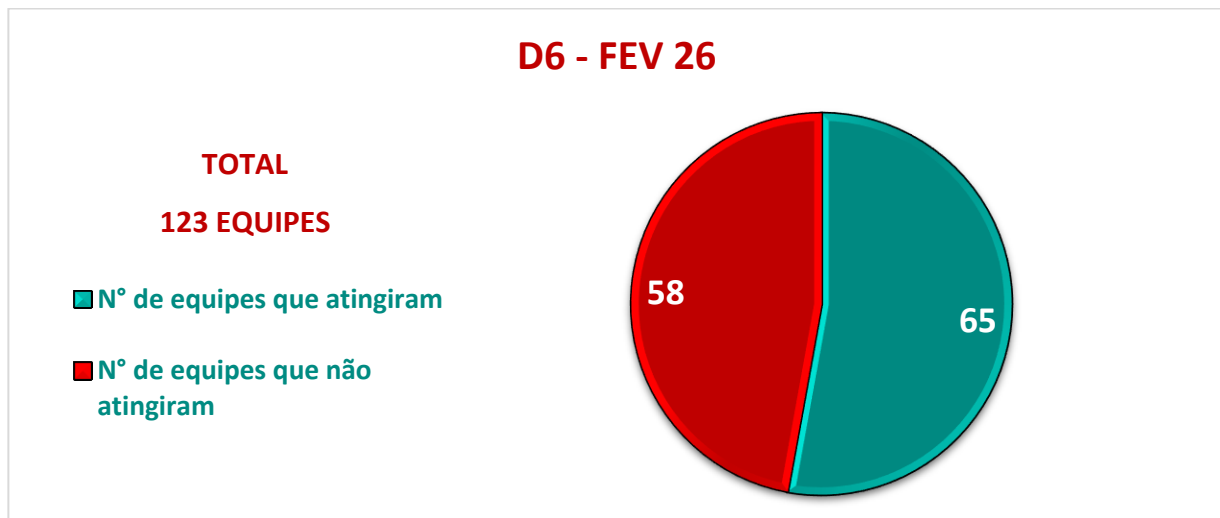


Gráfico 26

O indicador “Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gestação” apresentou, no mês de fevereiro de 2026, média global de **83,50%** no território da CAP 3.2, mantendo-se acima da meta estabelecida de 80%.

No período analisado, foram identificadas 206 gestantes, das quais 172 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, permanecendo 34 gestantes que não realizaram o início do acompanhamento nesse período oportuno.

Na análise do desempenho das 123 equipes de Atenção Primária à Saúde, apenas **65** equipes alcançaram percentual igual ou superior a 80% no referido indicador.

As unidades que apresentaram maiores fragilidades para o alcance da meta, por registrarem média global inferior a 80%, foram: CF Bárbara Starfield, CF Carioca, CF Sérgio Nicolau Amin, CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite, CF Edney Canazarro de Oliveira e CMS Rodolpho Rocco.

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

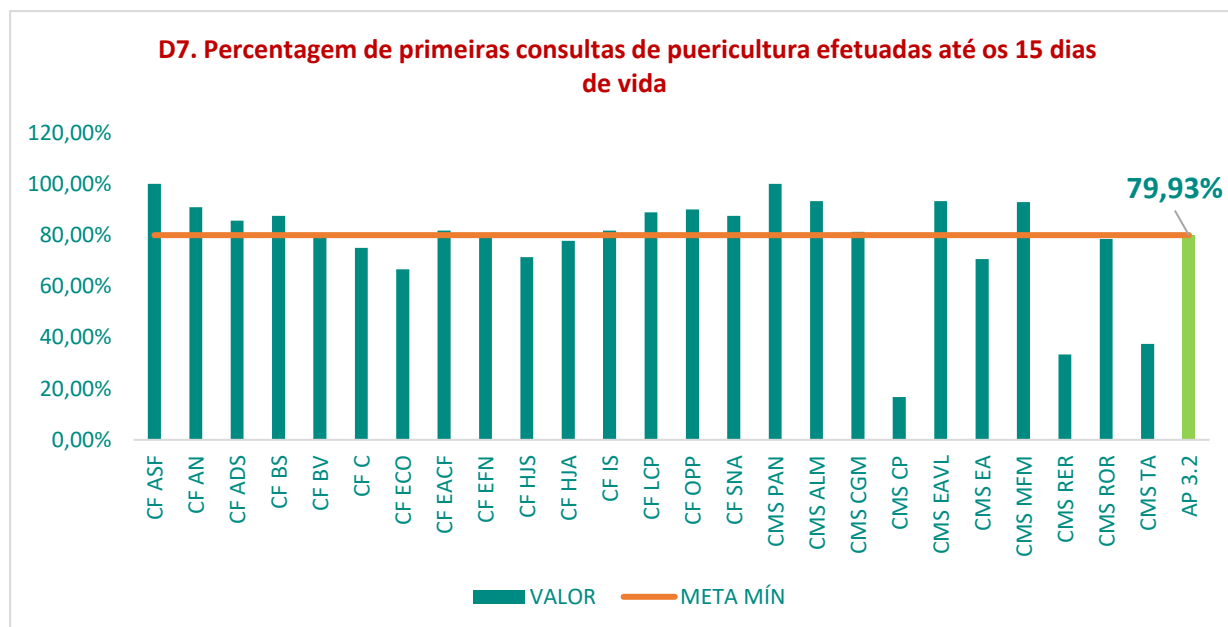


Gráfico 27

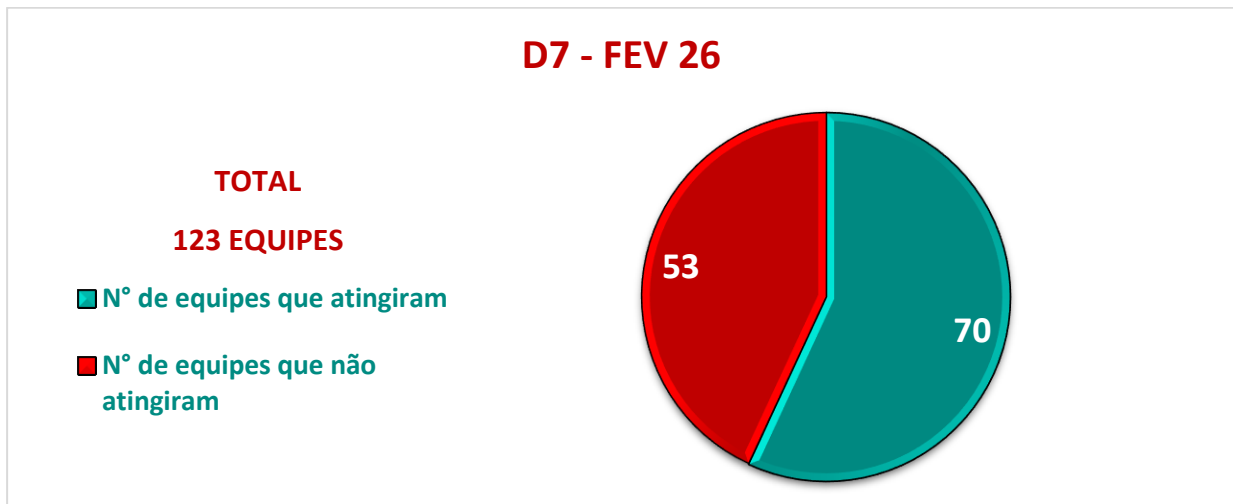


Gráfico 28

No mês de fevereiro de 2026, o indicador “**Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida**” apresentou desempenho variável entre as equipes. Das 123 equipes de Estratégia Saúde da Família, apenas **70** alcançaram percentual igual ou superior a 80%, conforme meta estabelecida.

Destacaram-se como unidades com maior fragilidade no desempenho desse indicador, por apresentarem média global inferior a 80%, as seguintes unidades: CF Carioca, CF Edney Canazarro de Oliveira, CF Herbert de Souza, CF Honório José de Andrade, CMS Cesar Pernetta, CMS Eliza Abrantes, CMS Renato Rocco, CMS Rodolpho Rocco e CMS Tia Alice.

Diante das fragilidades do período em análise, a média global do território da CAP 3.2 foi de **79,93%**, próximo da meta estabelecida de 80%.

A Supervisão de Território mantém o reforço das estratégias de monitoramento e vigilância dessa linha de cuidado, incorporando o acompanhamento sistemático do indicador às visitas institucionais realizadas nas unidades, com foco na qualificação do acesso oportuno ao cuidado infantil.

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

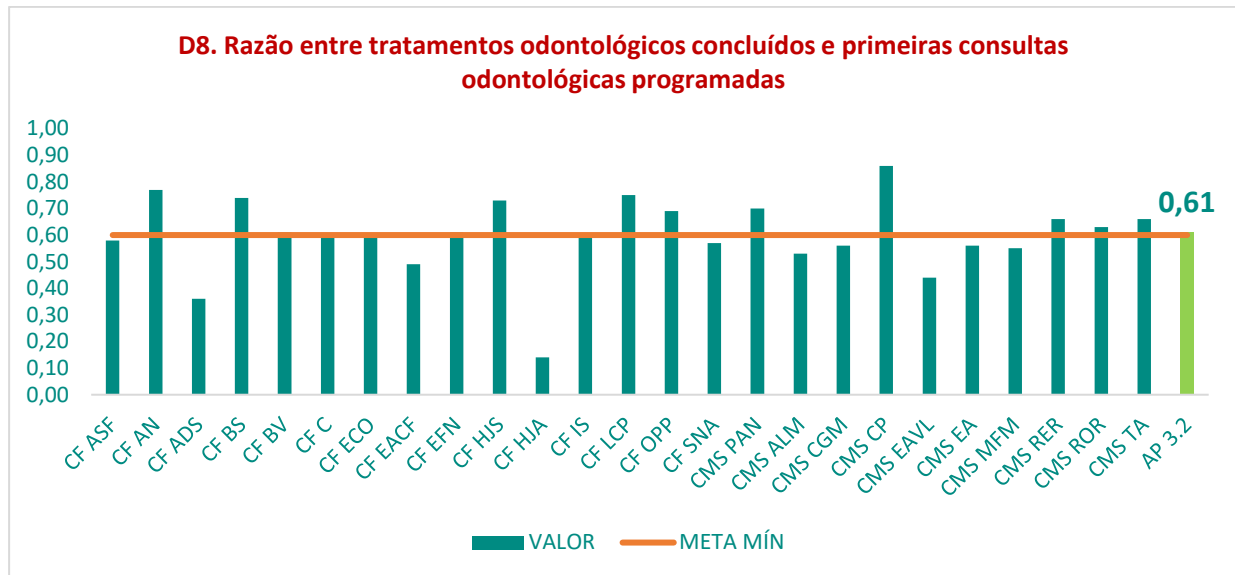


Gráfico 29

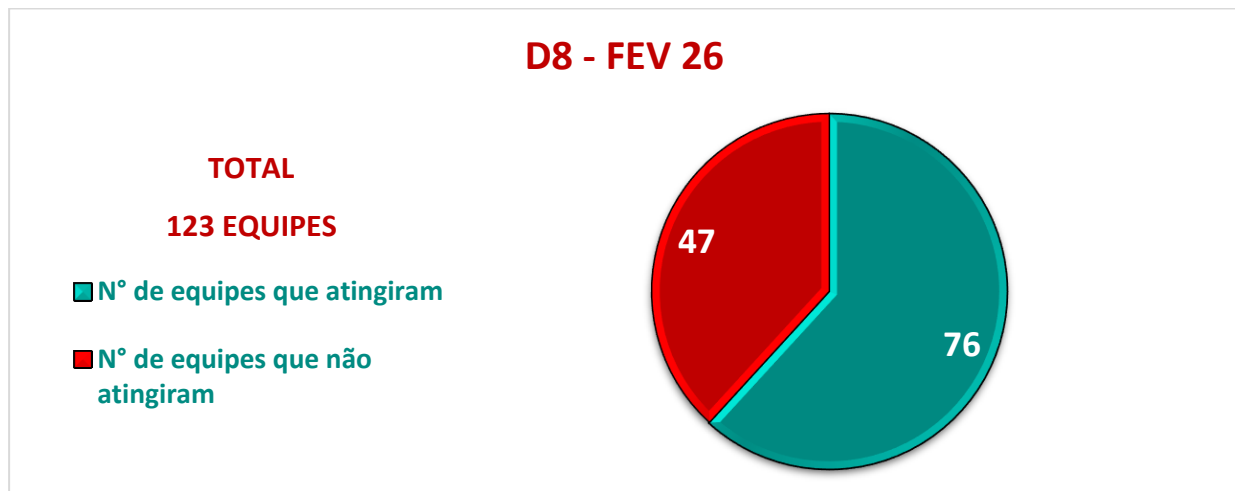


Gráfico 30

No mês de fevereiro de 2026, o indicador “**Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programadas**” apresentou desempenho heterogêneo entre as equipes. Das 123 equipes de Estratégia Saúde da Família, apenas **76** alcançaram razão igual ou superior a **0,6**, conforme meta estabelecida.

Destacaram-se como unidades com maior fragilidade no desempenho desse indicador, por apresentarem média global inferior a 0,60, as seguintes unidades: CF Amélia dos Santos, CF

Anthídio Dias da Silveira, CF Emygdio Alves Costa Filho, CF Honório José de Andrade, CF Sérgio Nicolau Amin, CMS Ariadne Lopes de Menezes, CMS Eliza Abrantes, CMS Carlos Gentile de Melo, CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite e CMS Milton Fontes Magarão.

Apesar das fragilidades identificadas em unidades específicas, a média global do território da CAP 3.2 manteve-se acima da meta estabelecida, alcançando o valor de **0,61**.

Esse cenário indica a necessidade de discussão com as equipes de saúde bucal das unidades com desempenho insatisfatório, com foco na análise da resolutividade dos atendimentos odontológicos, organização do processo de trabalho e adequação das ações às necessidades de saúde dos usuários.

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

S1. PERCENTAGEM DE USUÁRIOS SATISFEITOS/ MUITO SATISFEITOS			
META	JAN	FEV	MAR
90%	INDICADOR TRIMESTRAL	INDICADOR TRIMESTRAL	
<p>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.</p> <p>Fonte: PEP Vitacare</p> <p>Periodicidade da avaliação: Esse indicador é avaliado no final do trimestre</p>			

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.

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

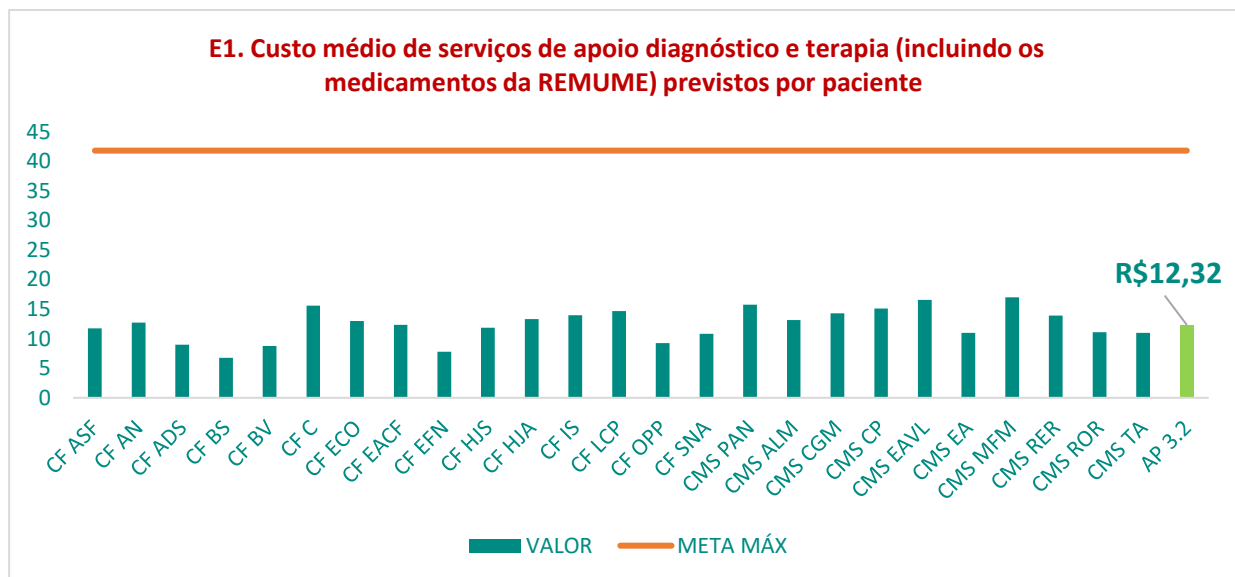


Gráfico 31

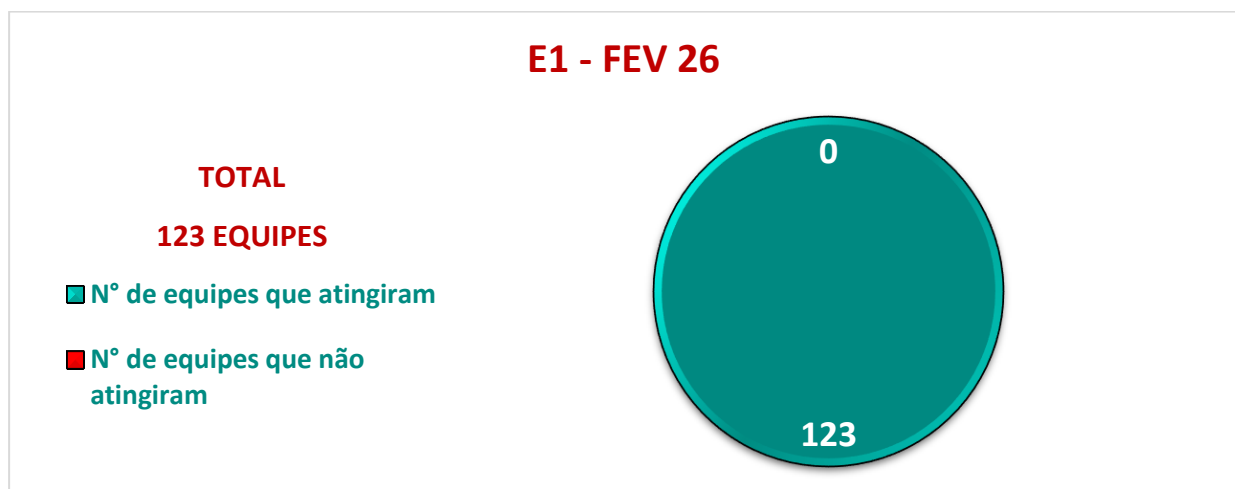


Gráfico 32

O indicador “Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário” apresentou, no mês de fevereiro de 2026, desempenho de 100% das equipes, todas com alcance da meta estabelecida.

Destaca-se que a média global da CAP 3.2 para esse indicador foi de **R\$ 12,32**, valor significativamente inferior ao limite máximo de gasto definido, de R\$ 41,80, evidenciando adequada gestão dos recursos e conformidade com os parâmetros financeiros pactuados.

2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.

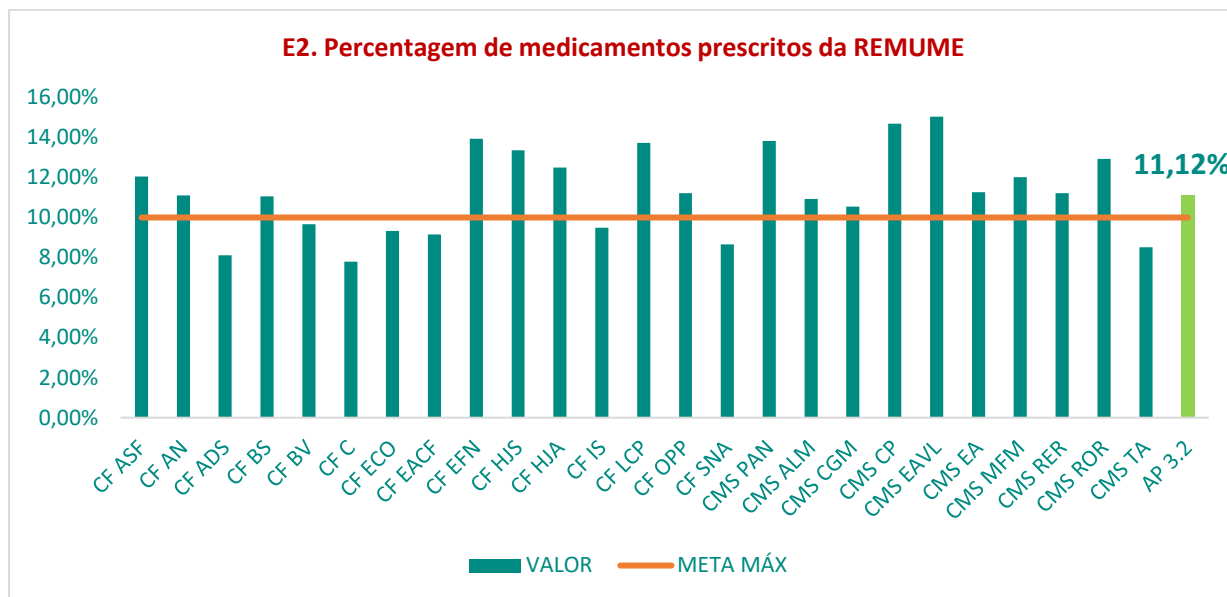


Gráfico 33

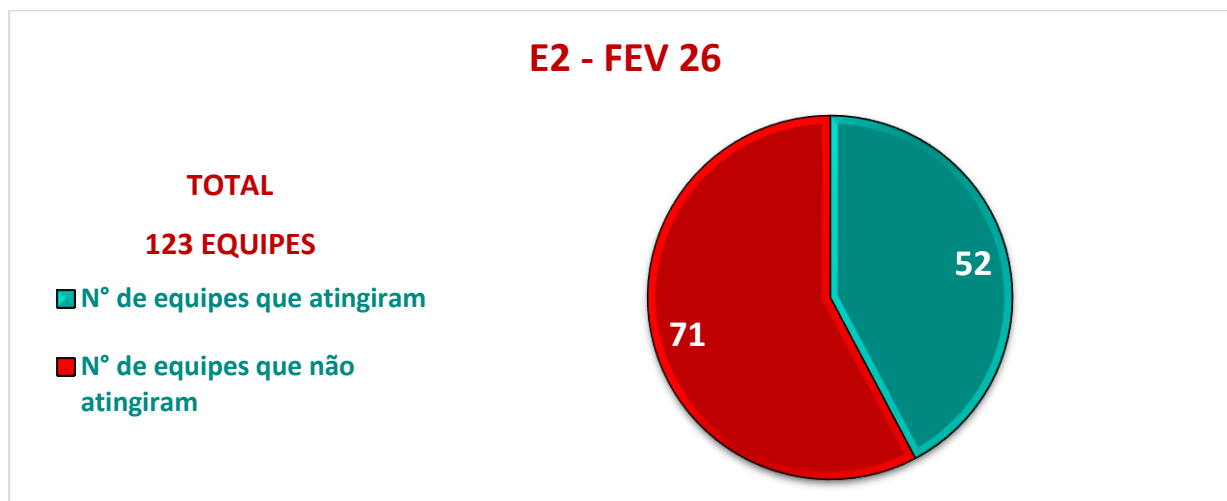


Gráfico 34

O indicador “**Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME**”, no mês de fevereiro 2026, apenas **52** equipes alcançaram a meta do indicador Percentual de medicamentos prescritos da REMUME. Destacaram-se com os melhores resultados as unidades CF Anthidio Dias da Silveira, CF Carioca, CF Bbi Vogel, CF Edney Cazarro de Oliveira, CF Emygdio Alves Costa Filho, CF Izabel dos Santos, CF Sérgio Nicolau Amin e CMS Tia Alice.

A análise consolidada da Área Programática 3.2 apresentou resultado acima da meta estabelecida de 10% de Percentual de medicamentos prescritos da REMUME, alcançando o percentual global de **11,12%**.

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

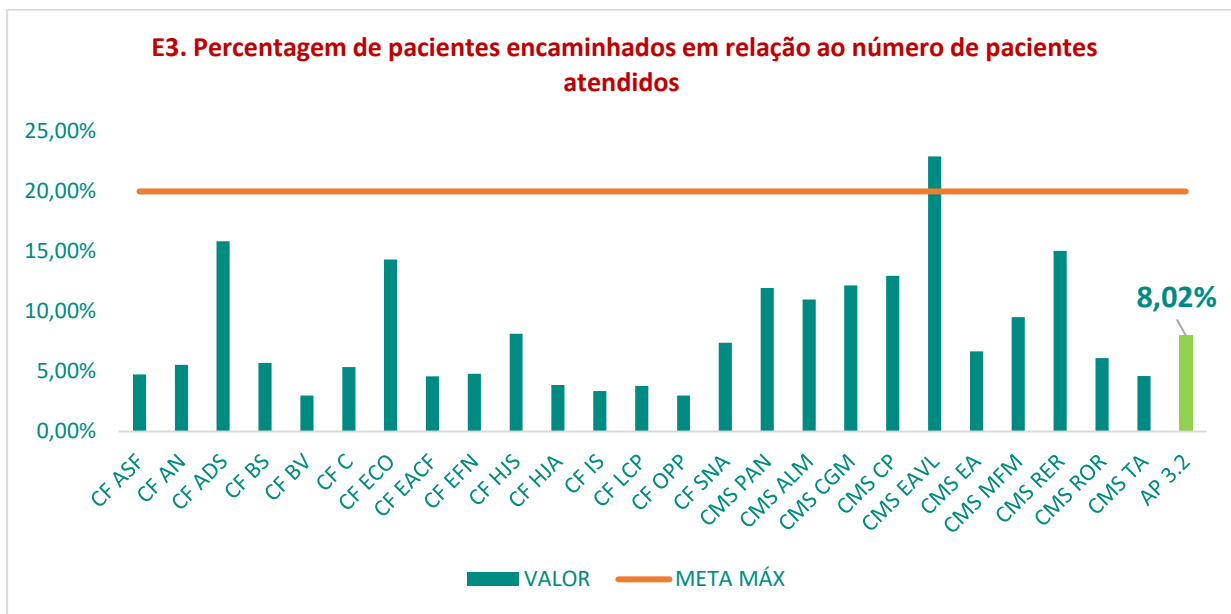


Gráfico 35

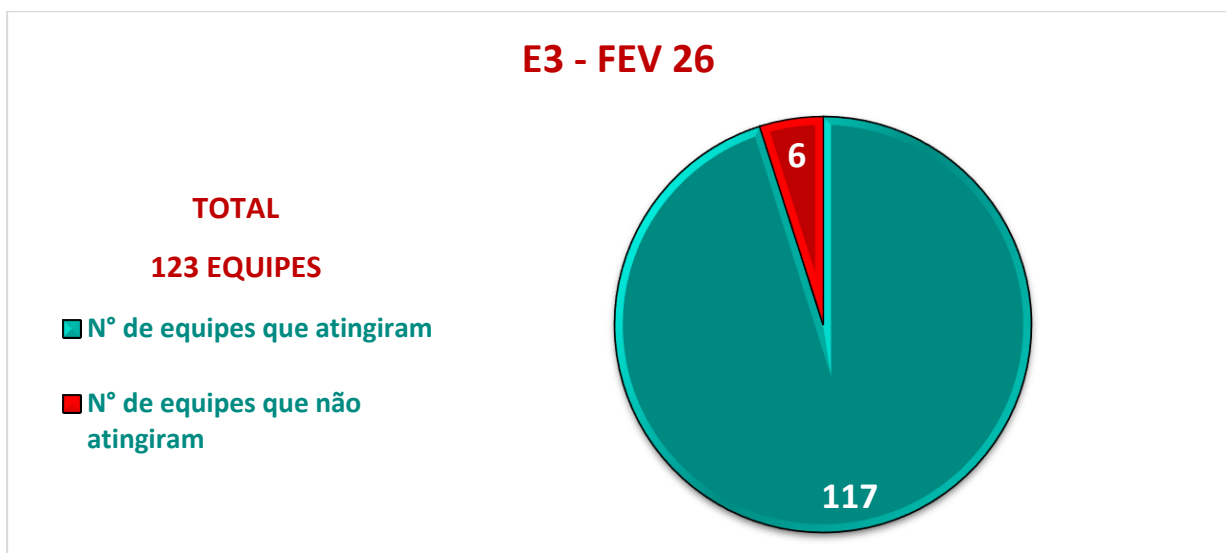


Gráfico 36

Em fevereiro de 2026, 06 equipes não alcançaram a meta do indicador “**Percentagem de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos**”. No mesmo período, o CMS Eduardo Vilhena Leite apresentou valor global do indicador superior a 20%, evidenciando fragilidades na resolutividade das equipes.

Diante desse cenário, a supervisão realizará feedback direcionado às unidades que apresentaram percentuais acima de 20% no referido indicador, com o objetivo de analisar os fatores associados e pactuar estratégias para qualificação do cuidado e fortalecimento da resolutividade.

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 fevereiro ainda não estão disponíveis.

Segue na planilha abaixo os dados informados até janeiro de 2026.

UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026
CF BARBARA STARFIELD	DARKE DE MATOS	33%	32%	36%	35%	32%	31%	38%	36%	37%	33%
	DOMINGOS DE MAGALHAES										
	FELIX FERREIRA										
	PIRES DE CARVALHO										
	VOLTA GRANDE										
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026
CF SERGIO NICOLAU AMIN	BAMBORE	34%	35%	36%	35%	32%	33%	38%	44%	48%	33%
	CONFEDERACAO SUICA										
	MANET										
	VASCO DA GAMA										
	CHAVES PINHEIRO										
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	CONCORDIA	44%	41%	46%	38%	40%	40%	42%	42%	47%	45%
	DARCI VARGAS										
	FAZENDINHA										
	MIGUEL ANGELO										
	PONTILHAO										
	VIUVA CLAUDIO										
XV DE AGOSTO											

UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	AGUIA DE OURO	31%	35%	48%	42%	35%	40%	40%	41%	48%	42%
	ALVARO DE MIRANDA										
	ENGENHO										
	MAJOR ADERBAL COSTA										
	MARIO BAHIA										
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026
CF IZABEL DOS SANTOS	POLONIA	36%	31%	38%	41%	36%	37%	40%	36%	40%	40%
	CEU AZUL										
	DOIS DE MAIO										
	ENGENHO NOVO										
	VEIGA BASTOS										
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026
CF ANNA NERY	ALMIRANTE ARY PARREIRA	38%	38%	39%	37%	42%	38%	39%	45%	45%	40%
	CAMBORIU										
	DR GARNIER										
	JOSE FELIX										
	MAGALHAES CASTRO										
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026
CF CABO EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	ALZIRA VALDETARO	38%	37%	38%	36%	39%	27%	33%	34%	33%	36%
	BELA VISTA										
	CERQUEIRA LIMA										
	CONSELHEIRO JOBIM										
	MANOEL MIRANDA										
	SAO PAULO										
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026
CF CARIOCA	BERGAMO	34%	35%	38%	34%	34%	36%	36%	46%	40%	40%
	ITAPOA										
	MOGI MIRIM										
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026
CF BIBI VOGEL	ADHEMAR BEBIANO	37%	35%	40%	38%	35%	31%	40%	42%	45%	43%
	CANITAR										
	HORTOLANDIA										
	MALACACHETA										
	MANUEL MAURICIO										
	MARECHAL CASTELO BRANCO										
	MOREIA										
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026
CF HERBERT JOSÉ DE SOUZA	ENGENHO DO MATO	40%	38%	44%	44%	42%	37%	38%	44%	48%	41%
	MACHADO SOBRINHO										

CMS EDUARDO ARUAJO VILHENA LEITE	FERNAO CARDIM HENRIQUE SCHEID											
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026	
CMS MILTON FONTES MAGARAO	ADOLFO BERGAMINI	34%	41%	44%	39%	39%	42%	41%	37%	48%	38%	
	SANTOS TITARA											
	EQUIPE NOVA(BORJA REIS)											
	EQUIPE NOVA											
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026	
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	EMBOABA	41%	30%	35%	39%	39%	39%	39%	44%	48%	42%	
	JOÃO RIBEIRO											
	LORENA											
	TEOPHILO DIAS											
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026	
CMS RENATO ROCCO	AIRES CASAL	45%	34%	40%	40%	41%	35%	40%	39%	42%	43%	
	ALVARES DE AZEVEDO											
	ESPERANÇA											
	JACARÉ											
	AREA DESCOBERTA											
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026	
CMS RODOLPHO ROCCO	AMARO HAMATI	36%	32%	39%	43%	37%	35%	37%	37%	41%	36%	
	LAGO VERDE											
	PERIANTAM											
	SANTA LUZIA											
	TIMBO											
	TURIMA											
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026	
CMS CESAR PERNETA	HERMENGARDA	40%	40%	36%	41%	39%	39%	39%	41%	48%	36%	
	LOPES DA CRUZ											
	VENCESLAU											
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026	
CMS TIA ALICE	24 DE MAIO	31%	31%	33%	35%	34%	32%	36%	29%	31%	31%	
	SÃO FRANCISCO XAVIER											
UNIDADE	EQUIPES	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN 2026	
CMS ELIZA ABRANTES	BOCA DO MATO	37%	31%	39%	41%	30%	33%	37%	42%	40%	41%	
	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/1Sj_7aylaz7FE0_SSlq82y9yaCRxLYVvUP5ZGgM0zesU/edit?usp=sharing

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 janeiro de 2026.

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

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	16996	8411	32	4472	4030	16964	0
CF ANNA NERY	9481	4774	25	3623	3552	9455	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	10951	6213	37	3990	4014	10906	2
CF BARBARA STARFIELD	13582	7229	50	3922	3226	13549	2
CF BIBI VOGEL	11969	6459	57	4672	4185	11899	3
CF CARIOCA	4411	2678	22	2152	1412	4386	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12142	6196	58	3563	3311	12099	2
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11713	5893	43	4007	2949	11690	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12552	4989	38	2269	2396	12534	1
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11637	6287	76	3689	3280	11594	1
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4403	2126	6	846	741	4402	0
CF IZABEL DOS SANTOS	11497	6233	47	4200	2911	11466	1
CF LUIZ CELIO PEREIRA	13333	5949	44	3439	3109	13301	2
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12613	6360	47	4362	3506	12577	1
CF SERGIO NICOLAU AMIN	10441	5278	23	2679	2076	10428	1
CMS ANTENOR NASCENTES	2215	986	7	660	539	2208	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8167	4179	45	3276	2673	8132	5
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	11800	6152	74	4059	3306	11777	0
CMS CESAR PERNETTA	7674	2653	14	1314	1235	7667	1
CMS EDUARDO A VILHENA	8715	4198	35	2342	1624	8695	0
CMS ELIZA ABRANTES	8171	3957	41	2416	2143	8139	2
CMS MILTON FONTES MAGARAO	13156	5838	22	3389	2722	13146	0
CMS RENATO ROCCO	7820	4255	41	2657	2696	7770	0

CMS RODOLPHO ROCCO	12089	6158	50	3818	2722	12060	3
CMS TIA ALICE	3947	1881	22	1094	930	3933	0
AP 3.2	251475	125332	956	76910	65288	250777	27

Tabela 26

3.1.2 Grupo 02 (G2): Acompanhamento anual do rastreamento 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	16996	1912	447	122	4030	16351	25
CF ANNA NERY	9481	1881	508	136	3552	8411	37
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	10951	1609	374	116	4014	10201	17
CF BARBARA STARFIELD	13582	2022	451	156	3226	12930	31
CF BIBI VOGEL	11969	2370	501	113	4185	10876	68
CF CARIOCA	4411	1066	127	26	1412	4112	10
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12142	1501	369	99	3311	11525	16
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11713	2080	384	84	2949	11161	22
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12552	1054	375	114	2396	12222	21
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11637	1615	182	31	3280	11098	29
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4403	247	79	34	741	4388	0
CF IZABEL DOS SANTOS	11497	1891	353	108	2911	10948	27

CF LUIZ CELIO PEREIRA	13333	1612	337	93	3109	12769	21
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12613	2163	457	72	3506	11928	38
CF SERGIO NICOLAU AMIN	10441	1181	220	64	2076	10110	20
CMS ANTENOR NASCENTES	2215	340	109	46	539	2106	9
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8167	1633	400	88	2673	7498	26
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	11800	2003	324	71	3306	11284	37
CMS CESAR PERNETTA	7674	642	154	58	1235	7469	5
CMS EDUARDO A VILHENA	8715	1195	386	102	1624	8414	15
CMS ELIZA ABRANTES	8171	1128	275	103	2143	7892	22
CMS MILTON FONTES MAGARAO	13156	1617	384	159	2722	12790	38
CMS RENATO ROCCO	7820	1156	301	87	2696	7224	19
CMS RODOLPHO ROCCO	12089	1753	352	103	2722	11648	21
CMS TIA ALICE	3947	577	136	41	930	3749	9
AP 3.2	251475	36248	7985	2226	65288	239104	583

Tabela 27

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	13	10	10	10	11	6	11	11	11	12	2
CF ANNA NERY	11	10	10	10	8	10	10	11	10	11	6
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	7	7	7	7	5	3	6	6	6	7	3
CF BARBARA STARFIELD	7	5	4	6	4	6	6	6	5	7	2
CF BIBI VOGEL	17	16	13	12	10	13	14	12	12	17	7
CF CARIOCA	4	1	2	2	2	3	2	3	3	4	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	9	5	5	6	6	4	6	7	6	9	2
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	9	6	7	9	9	7	7	7	9	9	3
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	4	3	4	4	2	2	4	3	4	4	1
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	5	5	4	4	4	4	3	5	3	5	3
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	7	3	4	6	5	1	6	7	5	7	1
CF IZABEL DOS SANTOS	5	4	5	5	2	1	5	5	5	5	1
CF LUIZ CELIO PEREIRA	7	5	7	7	7	6	5	6	5	7	2
CF OLGA PEREIRA PACHECO	9	7	7	7	7	6	6	8	7	9	4
CF SERGIO NICOLAU AMIN	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	0
CMS ANTENOR NASCENTES	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	7	6	7	7	6	2	4	6	6	7	2
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	9	5	8	7	6	6	9	8	5	9	3
CMS CESAR PERNETTA	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0
CMS EDUARDO A VILHENA	4	4	2	2	4	1	4	4	4	4	1
CMS ELIZA ABRANTES	9	7	9	9	7	7	9	9	7	9	3
CMS MILTON FONTES MAGARAO	11	8	7	8	4	5	8	10	8	10	1
CMS RENATO ROCCO	6	3	6	7	3	4	6	4	6	6	0
CMS RODOLPHO ROCCO	9	2	7	7	7	5	7	7	8	9	1
CMS TIA ALICE	6	3	6	6	5	3	6	6	6	6	2
AP 3.2	180	128	144	152	128	107	148	155	144	177	51

Tabela 28

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	10	7	7	9	7	8	0	0	10	10	0
CF ANNA NERY	8	6	6	8	5	7	2	1	8	8	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	20	17	18	15	7	20	8	2	13	20	0
CF BARBARA STARFIELD	5	4	3	3	3	5	1	1	4	5	1
CF BIBI VOGEL	15	13	11	12	5	10	9	0	9	15	0
CF CARIOCA	5	4	4	5	1	5	1	1	5	5	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	10	7	7	7	3	10	2	1	7	10	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	15	9	8	11	5	15	1	3	10	15	1

CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	7	3	2	2	0	5	2	0	3	7	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	14	10	8	10	6	9	0	2	13	14	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	3	0	0	0	0	3	0	1	3	3	0
CF IZABEL DOS SANTOS	9	6	5	7	3	9	2	0	8	9	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	6	4	4	5	3	6	0	0	6	6	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12	12	10	12	6	11	5	0	12	12	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	8	7	7	6	5	7	3	2	6	8	0
CMS ANTENOR NASCENTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	7	5	6	6	2	6	0	1	4	7	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	11	8	9	9	6	8	1	2	7	11	0
CMS CESAR PERNETTA	5	0	0	1	0	5	0	0	4	5	0
CMS EDUARDO A VILHENA	15	9	8	10	4	13	3	5	7	15	1
CMS ELIZA ABRANTES	8	5	6	7	1	8	1	3	8	8	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	19	10	11	11	1	16	5	2	14	19	0
CMS RENATO ROCCO	17	10	11	14	4	15	1	2	13	17	0
CMS RODOLPHO ROCCO	7	5	7	7	5	6	4	0	7	7	0
CMS TIA ALICE	7	3	4	6	3	7	1	0	7	7	0
AP 3.2	243	164	162	183	85	214	52	29	188	243	3

Tabela 29

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	16	4	9	13	4	16	4	16	1
CF ANNA NERY	12	5	10	12	4	12	7	12	1
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	16	1	9	6	4	15	9	16	0
CF BARBARA STARFIELD	15	3	7	13	0	14	13	15	0
CF BIBI VOGEL	12	1	7	11	1	12	8	12	0
CF CARIOCA	4	3	2	3	1	3	3	4	1
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	14	4	8	10	3	14	3	14	1
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	9	3	4	8	1	9	4	9	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	5	0	1	2	0	5	2	5	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	17	4	8	14	2	16	12	17	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	3	0	1	0	0	2	3	3	0
CF IZABEL DOS SANTOS	20	5	12	17	2	20	18	20	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	12	5	10	10	3	12	10	12	2
CF OLGA PEREIRA PACHECO	15	9	7	14	0	13	15	15	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	14	6	6	13	1	14	3	14	0
CMS ANTENOR NASCENTES	3	0	2	2	0	3	1	3	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	13	2	6	8	0	13	8	13	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	17	7	10	17	5	17	6	17	1
CMS CESAR PERNETTA	5	4	0	4	0	4	5	5	0
CMS EDUARDO A VILHENA	2	0	1	2	1	2	1	2	0
CMS ELIZA ABRANTES	16	5	11	8	0	16	16	16	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	8	3	5	2	3	8	6	8	0
CMS RENATO ROCCO	15	8	9	13	6	14	7	15	2
CMS RODOLPHO ROCCO	14	5	10	11	2	14	13	14	1
CMS TIA ALICE	2	1	2	2	0	2	1	2	0
AP 3.2	279	88	157	215	43	270	178	279	10

Tabela 30

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) + triglicerídeos (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	1752	1303	931	1433	1213	1058	91	525	2076	1
CF ANNA NERY	1214	983	586	495	987	659	596	97	246	1173	2
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	1254	1065	820	555	696	817	400	43	285	1245	1
CF BARBARA STARFIELD	1492	1256	1080	749	1367	873	635	208	840	1327	2
CF BIBI VOGEL	1585	1319	955	749	1173	936	696	102	490	1522	1
CF CARIOCA	511	454	326	259	452	343	269	21	200	504	2
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	1401	1145	825	725	787	884	383	18	179	1396	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	1460	1191	863	749	1026	900	750	61	416	1444	0

CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	1263	957	668	604	653	766	641	73	221	1249	1
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	1248	995	635	463	823	698	499	34	293	1218	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	523	443	296	255	194	332	218	23	2	516	1
CF IZABEL DOS SANTOS	1189	944	623	548	847	705	516	40	675	1169	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	1737	1356	818	723	1244	948	800	56	181	1732	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	1672	1372	1017	780	960	1009	919	132	818	1610	2
CF SERGIO NICOLAU AMIN	975	838	597	440	789	558	431	15	242	968	0
CMS ANTONOR NASCENTES	304	259	229	162	225	205	209	0	1	303	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	1121	974	635	593	499	725	597	17	153	1115	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	1274	1090	719	615	807	824	708	444	262	1187	1
CMS CESAR PERNETTA	890	742	417	358	557	382	301	91	144	843	1
CMS EDUARDO A VILHENA	1086	938	658	480	770	614	649	212	433	1032	2
CMS ELIZA ABRANTES	1085	944	718	560	822	690	681	125	94	1000	1
CMS MILTON FONTES MAGARAO	1915	1583	1096	956	1064	1215	1025	224	313	1867	3
CMS RENATO ROCCO	1051	908	697	516	739	668	517	58	397	1003	1
CMS RODOLPHO ROCCO	1700	1328	780	797	1004	1012	497	39	693	1690	2
CMS TIA ALICE	465	407	357	258	331	314	324	4	178	459	0
AP 3.2	30526	25243	17718	14320	20249	18290	14319	2228	8281	29648	24

Tabela 31

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	5212	3956	2821	3446	2447	126
CF ANNA NERY	2771	2103	1259	1831	1470	69
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	3736	2775	1961	2673	1764	67
CF BARBARA STARFIELD	3990	3102	2291	2878	1729	88
CF BIBI VOGEL	3896	2955	2071	2609	1883	85
CF CARIOCA	1240	1021	736	886	539	36
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	3445	2642	1788	2371	1678	104
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	3804	2849	1874	2673	1837	91
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	3133	2145	1512	2094	1589	78
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	3095	2211	1391	1783	1829	63
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	1235	977	623	699	903	65
CF IZABEL DOS SANTOS	3157	2255	1501	2111	1667	109
CF LUIZ CELIO PEREIRA	4220	3054	1816	2597	2394	103
CF OLGA PEREIRA PACHECO	3886	2972	2129	2669	1798	113
CF SERGIO NICOLAU AMIN	2677	2183	1435	1929	1221	67
CMS ANTENOR NASCENTES	854	696	590	607	343	41
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3091	2445	1524	2296	1390	91
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	3093	2462	1661	2261	1422	95
CMS CESAR PERNETTA	1814	1392	837	966	1090	36
CMS EDUARDO A VILHENA	2478	1964	1376	1579	1250	73
CMS ELIZA ABRANTES	2318	1894	1406	1767	888	92
CMS MILTON FONTES MAGARAO	4109	3215	2155	2832	2062	137
CMS RENATO ROCCO	2646	2128	1534	1896	1159	65
CMS RODOLPHO ROCCO	4292	3075	1799	2644	2600	85
CMS TIA ALICE	1096	910	790	795	398	34
AP 3.2	75288	57381	38880	50892	37350	2013

Tabela 32

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	8014	4371	2343	3160	3551	621	1226	7864	7
CF ANNA NERY	4100	2375	1050	2222	1604	653	819	3931	8
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	3400	2475	1434	1593	1804	434	380	3357	1
CF BARBARA STARFIELD	5866	3420	2009	2842	2813	725	1292	5683	11
CF BIBI VOGEL	4453	2896	1493	2491	2173	749	1170	4118	18
CF CARIOCA	1000	728	432	673	596	86	327	961	4
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	5268	2844	1518	1936	2140	394	623	5222	2
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	5329	2856	1419	2020	2084	380	1804	5192	3
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	8098	3209	1492	1742	2316	756	986	8014	6
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	4412	2229	1047	1225	1634	409	189	4380	4
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	2069	1362	566	745	1116	38	152	2068	0
CF IZABEL DOS SANTOS	4598	2464	1154	1598	1800	353	903	4526	1

CF LUIZ CELIO PEREIRA	7801	4098	1625	2875	2846	735	1676	7628	12
CF OLGA PEREIRA PACHECO	5623	3003	1641	1912	2483	418	1384	5533	4
CF SERGIO NICOLAU AMIN	5016	2398	1189	1863	1590	311	624	4955	1
CMS ANTENOR NASCENTES	1196	762	513	540	650	124	528	1138	7
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3335	2221	1136	855	1636	352	418	3312	2
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	4264	2422	1159	1964	1808	329	1174	4181	3
CMS CESAR PERNETTA	5826	2257	866	1728	1081	460	1004	5737	6
CMS EDUARDO A VILHENA	4554	2297	1146	1689	1927	325	1256	4437	6
CMS ELIZA ABRANTES	3562	2124	1186	1416	1689	308	1567	3417	3
CMS MILTON FONTES MAGARAO	7199	3871	1894	2324	2893	560	1894	7092	22
CMS RENATO ROCCO	2881	1961	1157	1371	1535	518	442	2768	7
CMS RODOLPHO ROCCO	5294	3245	1386	2660	2100	247	1143	5239	11
CMS TIA ALICE	2092	1108	740	869	967	230	562	1997	9
AP 3.2	115250	62996	31595	44313	46836	10515	23543	112750	158

Tabela 33

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	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1
CF ANNA NERY	6	6	4	6	2	5	5	6	5	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	8	8	7	7	4	5	4	8	8	1
CF BARBARA STARFIELD	5	5	4	4	3	5	5	5	3	1
CF BIBI VOGEL	7	7	7	5	4	5	6	7	5	0
CF CARIOCA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	9	9	8	9	7	6	6	9	9	2
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	4	4	4	3	3	4	4	4	2	1
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	2	2	2	2	0	2	1	2	2	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	5	5	5	4	3	4	5	5	4	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	2	2	2	2	2	1	0	2	2	1
CF IZABEL DOS SANTOS	5	5	5	4	4	5	4	5	4	1
CF LUIZ CELIO PEREIRA	2	2	2	2	2	1	2	2	1	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1
CF SERGIO NICOLAU AMIN	7	7	7	6	4	6	6	7	5	0
CMS ANTENOR NASCENTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	2	1	2	2	2	1	0	2	2	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	9	9	9	9	7	9	7	9	4	1
CMS CESAR PERNETTA	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
CMS EDUARDO A VILHENA	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
CMS ELIZA ABRANTES	5	5	4	3	3	3	2	5	5	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	2	2	2	2	0	1	2	2	2	0
CMS RENATO ROCCO	18	17	16	14	14	12	11	18	13	1
CMS RODOLPHO ROCCO	7	7	6	5	3	4	7	7	5	0
CMS TIA ALICE	3	3	3	3	0	2	2	3	3	0
AP 3.2	119	117	110	##	77	92	89	119	89	12

Tabela 34

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	738	7	191	731	1
CF ANNA NERY	853	2	160	849	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	814	0	151	814	0
CF BARBARA STARFIELD	653	1	195	653	0
CF BIBI VOGEL	494	8	132	486	0
CF CARIOCA	339	0	227	339	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	853	5	141	851	1
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	844	3	178	840	1
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	529	0	80	529	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	396	1	98	396	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	236	0	1	236	0
CF IZABEL DOS SANTOS	469	0	160	469	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	621	15	101	601	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	824	9	322	814	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	462	1	82	461	0
CMS ANTENOR NASCENTES	152	0	1	152	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	691	0	102	690	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	876	2	190	874	0
CMS CESAR PERNETTA	82	2	26	79	0
CMS EDUARDO A VILHENA	268	0	64	268	0
CMS ELIZA ABRANTES	737	1	43	737	1
CMS MILTON FONTES MAGARAO	811	4	96	810	3
CMS RENATO ROCCO	659	0	151	659	0
CMS RODOLPHO ROCCO	590	9	149	581	0
CMS TIA ALICE	368	9	94	357	1
AP 3.2	14359	79	3135	14276	8

Tabela 35

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

Abaixo segue a agenda das visitas e treinamentos realizados no mês de fevereiro de 2026 pela Supervisão de Território e Analista do planejamento do IGEDES.



Reunião de Saúde Bucal



Planejamento de 2026 Hipertensão

Reunião de Planejamento 2026
Unidade – CMS Rodolpho Rocco Gerente/ Supervisor – Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica – 12/02/2026 Atividade – Reunião de Planejamento (Hipertensão)
Reunião de Planejamento 2026
Unidade – CMS Rodolpho Rocco Gerente/ Supervisor – Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica – 12/02/2026 Atividade – Reunião de Planejamento Reprodutivo
Monitoramento e avaliação de CNES
Unidade – CAP 3.2 Gerente/ Supervisor – Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica – 13/02/2026 Atividade – Reunião para discutir fluxo de pagamento V3 com a DICA
Reunião Planejamento IGEDES
Unidade – IGEDES Gerente/ Supervisor – Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica – 20/02/2026 Atividade – Divisão de tarefas do setor de planejamento
Reunião Preceptoria médicos CMS Ariadne
Unidade – CMS Ariadne Lopes de Menezes Gerente/ Supervisor – Rodrigo Data da Visita Técnica – 23/02/2026 Atividade – Reunião de organização de processo de trabalho da preceptoria medica
Reunião de Planejamento2026
Unidade – CF Erivaldo Fernandes Nobrega Gerente/ Supervisor – Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica – 24/02/2026 Atividade – Planejamento de Imunização
Reunião de Planejamento2026
Unidade – CAP 3.2 Gerente/ Supervisor – Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica – 25/02/2026 Atividade – Planejamento HIV

Feedback com Gerente
<p>Unidade – CAP 3.2</p> <p>Gerente/ Supervisor – Marianna e Rodrigo</p> <p>Data da Visita Técnica – 27/02/2026</p> <p>Atividade – Feedback com a gestora Priscilla Luz</p>
Visita técnica saúde bucal
<p>Unidade – CF Emygdio Alves Costa Filho</p> <p>Gerente/ Supervisor – Nerusa</p> <p>Data da Visita Técnica – 02/02/2026</p> <p>Atividade – Visita técnica na esterilização da unidade</p>
Feedback com Gerente
<p>Unidade – CF Anna Nery</p> <p>Gerente/ Supervisor – Nerusa</p> <p>Data da Visita Técnica – 02/02/2026</p> <p>Atividade – Visita técnica na esterilização da unidade</p>
Reunião Saúde bucal
<p>Unidade – CAP 3.2</p> <p>Gerente/ Supervisor – Nerusa</p> <p>Data da Visita Técnica – 11/02/2026</p> <p>Atividade – Introdutório em saúde bucal com novos profissionais</p>
Visita técnica saúde bucal
<p>Unidade – CF Anthidio Dias da Silveira e CF Carioca</p> <p>Gerente/ Supervisor – Nerusa</p> <p>Data da Visita Técnica – 11/02/2026</p> <p>Atividade – Visita técnica na esterilização da unidade</p>

5. REFERÊNCIAS

1. 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.
2. 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.
3. STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
4. RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. *Manual do Colegiado Gestor da Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2020.
5. 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