



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: Janeiro de 2026

EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Assessor Executivo de Projetos

Rodrigo Moraes

Gerente de Projeto

Vinicius Fragoso

Gerente de Planejamento

Mônica do Carmo

Assistentes de Planejamento

Jéssica Ximenes

Supervisão de Território

Marianna Costa

Rodrigo Rodriguez

Amanda Fernandes

Responsável Técnica de Odontologia

Nerusa Grisolia

Sumário

INTRODUÇÃO	6
Super Centro Carioca de Vacinação da Zona Norte	9
Indicadores do Contrato de Gestão	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	21
1.1.10 Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	22
1.1.11 Proporção de cura de tuberculose	23
1.1.12 Acompanhamento de Sífilis na Gestaçãõ	24
1.1.13 Proporção de Gestantes com 7 ou mais consultas.	26
1.1.14 Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF).....	27
1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores	28
1.1.16 Rotatividade de profissionais nas equipes	29
1.1.17 Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas.....	30
1.1.18 Percentual de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção e assistência	32
1.1.19 Desempenho Assistencial	32
2. PARTE 2	33
2.1 Resultado dos Indicadores da Variável 02: Incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária	34
COMPLETUDE DE CADASTROS	34
2.1.1 Indicador A1 – Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.	36
2.1.2 Indicador A2 – Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.	37
2.1.3 Indicador A3 – Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.	38
2.1.4 Indicador A4 – Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.	40
2.1.5 Indicador A5 – Proporção de itens da carteira de serviço implementados.....	41

2.1.6 Indicador A6 – Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.	43
2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	44
2.1.8 Indicador D1 – Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.	46
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	47
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.	48
2.1.11 Indicador D4 – Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.	50
2.1.12 Indicador D5 – Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.	51
2.1.13 Indicador D6 – Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.	52
2.1.14 Indicador D7 – Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.	54
2.1.15 Indicador D8 – Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.	55
2.1.17 Indicador E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário.	58
2.1.18 Indicador E2 – Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.	59
2.1.19 Indicador E3 – Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.	60
2.1.20 Indicador E4 - Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG.	61
3. PARTE 3	66
3.1 Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB).	66
3.1.1 Grupo 01 (G1): Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU.	67
3.1.2 Grupo 02 (G2): Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino	68
3.1.3 Grupo 03 (G3): Acompanhamento de uma gravidez	70
3.1.4 Grupo 04 (G4): Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	71
3.1.5 Grupo 05 (G5): Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	73
3.1.6 Grupo 06 (G6): Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	74
3.1.7 Grupo 07 (G7): Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano.	76
3.1.8 Grupo 08 (G8): Acompanhamento anual de uma pessoa idosa.	77
3.1.9 Grupo 09 (G9): Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	79
3.1.10 Grupo 10 (G10): Acompanhamento de uma pessoa tabagista	80
4. Educação Permanente	82
5. REFERÊNCIAS.	84
7. ANEXOS	84

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.

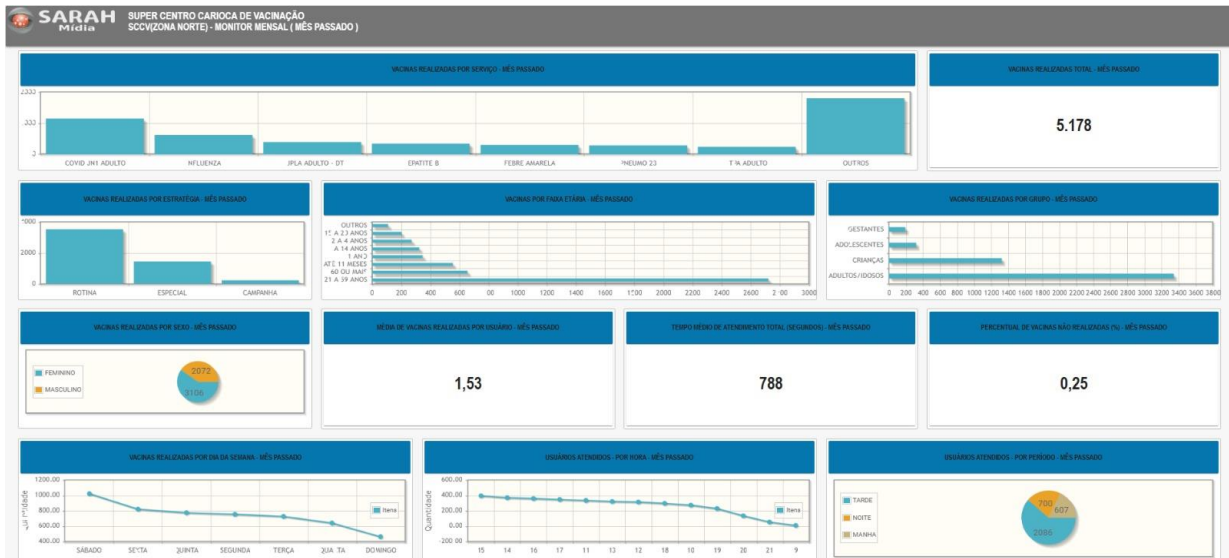


Figura 1 - Fonte: PEP SARAH Super Centro Carioca de Vacinação

Em janeiro de 2026, o Super Centro Carioca de Vacinação do Shopping Nova América realizou aplicação de **5178** 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 **JANEIRO 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 JANEIRO 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	1270	97,09%	SIM
		D	1308		
03-Estrutura para impressão de documentos assistenciais	95%	N	401	100,00%	SIM
		D	401		

04-Abastecimento regular das unidades	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
05-Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
06-Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)	100%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
07-Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	100%	N	1308	100,00%	SIM
		D	1308		
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	632	96,93%	SIM
		D	652		
11-Proporção de cura de Tuberculose	90%	N	39	90,70%	SIM
		D	43		
12-Acompanhamento de Sífilis na Gestação	90%	N	6	33,33%	NÃO
		D	18		
13-Proporção de Consultas de Pré-natal	85%	N	189	89,57%	SIM

com mais de 7 ou mais consultas		D	211		
14-Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	90%	N	442314	99,47%	SIM
		D	444651		
15-Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
16-Rotatividade de profissionais nas equipes	≤ 5	N	10	0,80	SIM
		D	1243		
17-Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	JAN 20%	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	74	54,41%	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	2040	16,95%	NSA ¹
		D	12036		

Tabela 2 - Fonte: PEP/VitaCare, competência: 01/01/2026 a 31/01/2026.

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 **JANEIRO 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%		

Cálculo do Indicador: N° de unidades com comissões em atividade mensal / N° de unidades com equipes de saúde da família x 100.
Fonte: PEP VITACARE + todas as unidades ativas conhecidas no sistema
Periodicidade da avaliação: Trimestral
Nota: meta alcançada no período em análise.

Tabela 3

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

O prontuário representa uma importante ferramenta para avaliação da qualidade da assistência, apoio à tomada de decisões clínicas, continuidade do cuidado e promoção da segurança do paciente. Para o acompanhamento efetivo das comissões instituídas nas UAP, a Gerência de Planejamento IGEDES (GPI) desenvolveu roteiros estruturados de avaliação por linhas de

cuidado, favorecendo a análise qualitativa dos prontuários e a orientação para aprimoramento dos processos de trabalho e, por consequência, da assistência em saúde.

No mês de janeiro 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%		
<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 janeiro alcançamos **97,09%** 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%		
<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.

Já no mês de janeiro de 2026, o indicador alcançou a marca de **100%**, ou seja, todas as unidades com qualidade e estrutura adequada para impressão de documentos assistenciais.

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%		
<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 devida provisão dos recursos têm significativos impactos sobre os desempenhos dos serviços de saúde e imagem junto aos profissionais e à população (Infante, 2007). O IGEDES trabalha para manter a qualidade do serviço prestado, aprimorando processos e reforçando o compromisso com a melhoria contínua dos processos internos no que tange ao abastecimento adequado das Unidades de Atenção Primária da AP 3.2. O desfecho esperado é o resultado positivo sobre a saúde do paciente, sendo sempre o objetivo central das ações de qualidade dessa organização de saúde.

No mês de janeiro de 2026, todas as nossas unidades de saúde alcançaram 100% de abastecimento regular.

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%		
<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 janeiro 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%		
<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. 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. Esse mecanismo assegura a alimentação adequada do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

A equipe também mantém um fluxo de informação no qual recebe das Unidades de Atenção Primária, os arquivos de produção no primeiro dia útil de cada mês, realiza o faturamento dos procedimentos e encaminha à DICA da AP 3.2 em tempo oportuno e adequado. As glosas são analisadas e é realizado um *feedback* às unidades com orientações para adequação.

Em janeiro 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 PROFISSIONAIS DA ESF E ESB QUE RECEBERAM MENSALMENTE POR E-MAIL PELO PEP O ENVIO DO RESULTADO DE INDICADORES DE DESEMPENHO (V2 E V3), DE SUA EQUIPE.			
META	JAN	FEV	MAR
100%	100,00%		
<p>Cálculo do Indicador: N° de unidades com comprovação de envio pelo prontuário / n° total de profissionais de ESF e ESB na área x 100. Fonte: PEP VITACARE Periodicidade da avaliação: Trimestral</p>			

Tabela 9

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

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

Em janeiro 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		
<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. Fonte: Prestação de contas Periodicidade da avaliação: Trimestral Nota: Este indicador é apresentado ao final do trimestre (dezembro 2025)</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		
<p>Cálculo do Indicador: Total de itens comprados abaixo da média de preços / Total de itens adquiridos x 100 Fonte: Prestação de contas Periodicidade da avaliação: Trimestral Nota: Este indicador é apresentado ao final do trimestre (dezembro 2025)</p>			

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%		

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 a eficiência na execução dos serviços de saúde e a promoção de condições adequadas para o trabalho das equipes e o atendimento aos usuários.

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

No mês janeiro de 2026, a avaliação do indicador de qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados foi de **96,93%**. No entanto, as seguintes unidades de saúde levantaram questões sobre a qualidade de alguns itens:

- **CF Erivaldo Fernandes Nóbrega:** 91,67%
- **CF Sérgio Nicolau Amim:** 82,61%
- **CMS Cesar Pernetta:** 90,00%
- **CMS Renato Rocco:** 80,77%
- **CMS Milton Fontes Magarão:** 92,59%

1.1.11 Proporção de cura de tuberculose

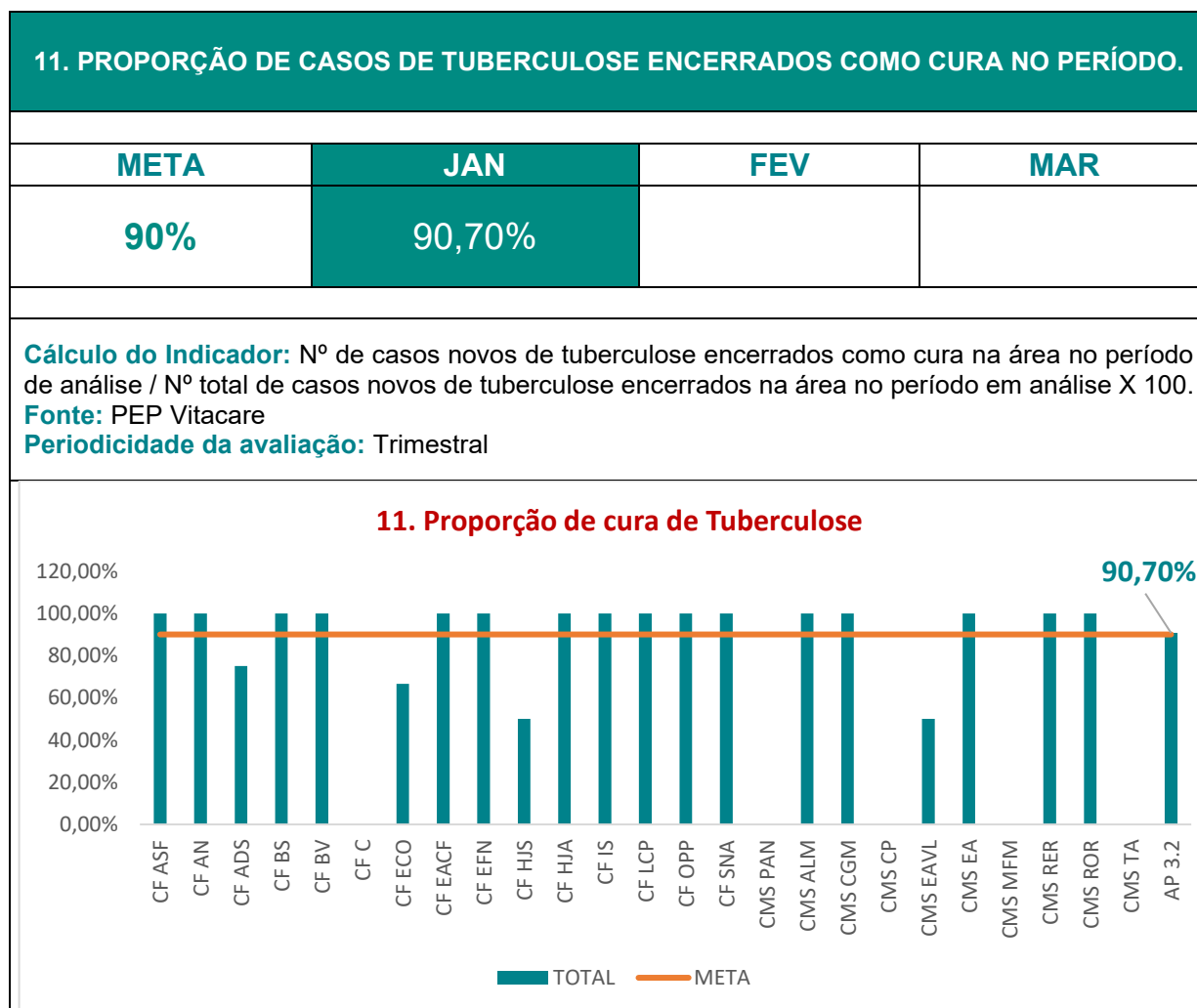


Tabela 13

Ao analisarmos o mês de janeiro de 2026, observamos um aumento do número de casos de tuberculose encerrados com cura, um percentual de 90,70%.

Os quatro casos que não resultaram em cura foram discutidos com as unidades de referência (CMS Vilhena Leite, CF Hebert, CF Cabo Edney, CF Anthidio) pela supervisão de território, com o objetivo de identificar fragilidades no manejo dos casos e aprimorar os processos de trabalho, realizando feedbacks com sugestões de manejo.

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/1LMbLwechryoriGAZDRk1r9D_q_9-tYcAS7MuYT48zq0/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%		
<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>			

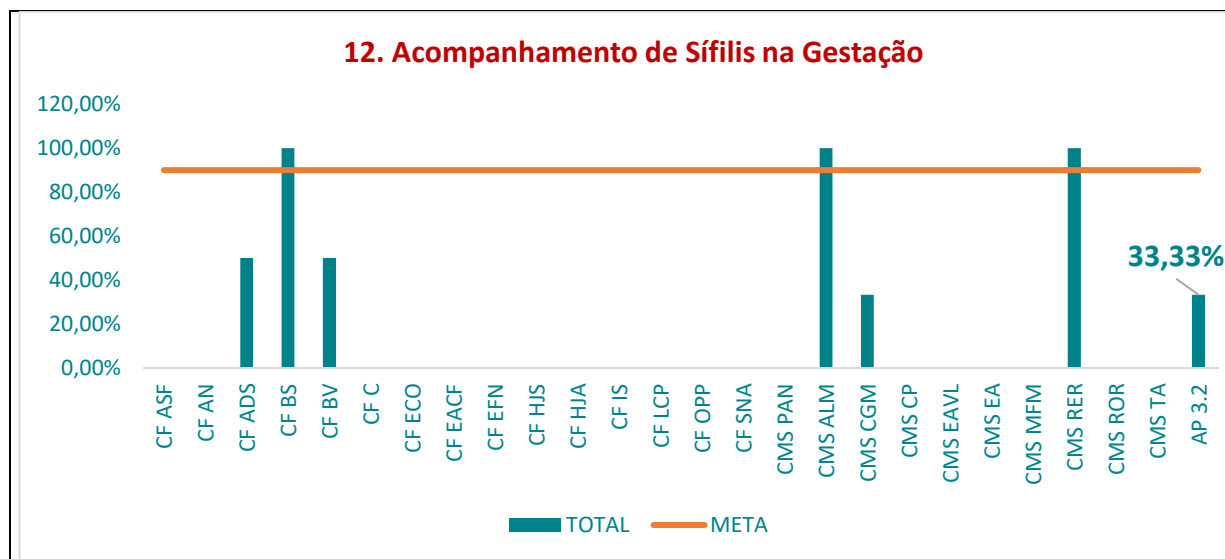


Tabela 14

Ao analisarmos o mês de janeiro de 2026, observamos 18 gestantes diagnosticadas com sífilis encerrando a gestação, desses, apenas 6 casos atendendo a todos os critérios exigidos pelo indicador 12 para classificação de cura, resultando em um percentual de **33,33%**.

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

Importante ressaltar que, no mês de janeiro 2026, as unidades CF Amélia dos Santos Ferreira, CF Carioca, CF Emygdio Alves Costa Filho, CF Honório José de Andrade, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Herbert José de Souza, CF Sérgio Nicolau Amin, CMS Professor Antenor Nascentes, CMS Cesar Pernetta, CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite, CMS Rodolpho Rocco e CMS Tia Alice não apresentaram encerramento de gestação em gestantes com CID de sífilis no período.

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

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

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1LMbLwechryoriGAZDRk1r9D_q_9-tYcAS7MuYT48zq0/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.

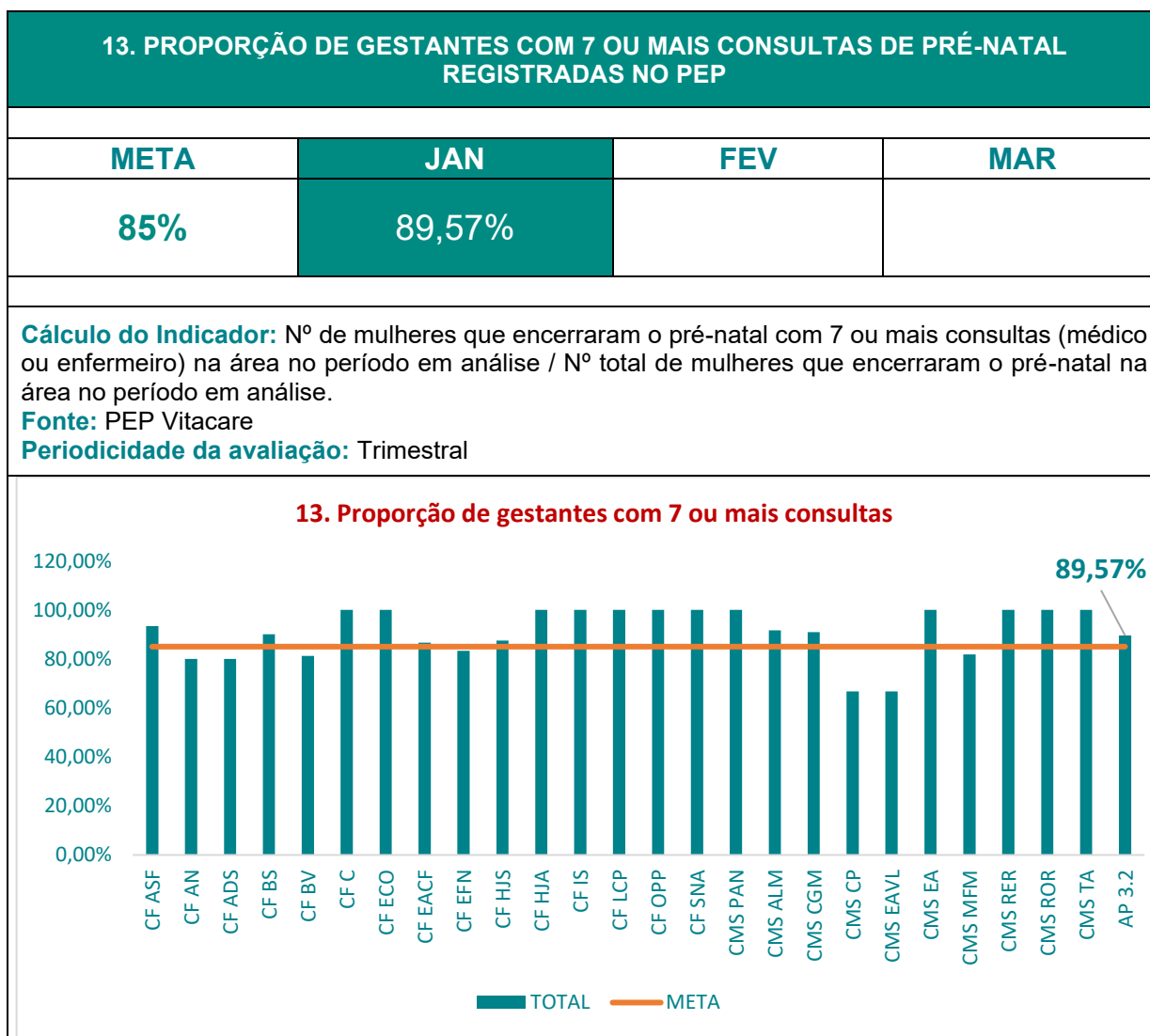


Tabela 15

O indicador referente à proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal apresentou no mês de janeiro 2026, um desempenho de **89,57%**, acima da meta pactuada de 85%.

Algumas unidades apresentaram desempenho abaixo da meta, com uma proporção inferior a 85% de gestantes que realizaram as consultas necessárias, CF Anthidio Dias da Silveira, CF

Anna Nery, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Bibi Vogel, CMS Cesar Pernetta, CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite e CMS Milton Fontes Magarão.

As unidades que apresentaram dificuldades serão priorizadas com as visitas dos supervisores para qualificação 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 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/1LMbLwechryoriGAZDRk1r9D_q_9-tYcAS7MuYT48zq0/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%		
<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 janeiro de 2026 alcançou resultado de 99,47%. Esse percentual se manteve acima da meta estabelecida. Esse desempenho consistente ao longo do ano evidencia a efetividade das estratégias implementadas para a qualificação dos cadastros no PEP VitaCare.

Entretanto, o processo de atualização e adequação dos cadastros permanece em curso. A manutenção das estratégias de sensibilização das equipes, aliada ao monitoramento contínuo, é essencial para garantir que o indicador alcance níveis cada vez mais próximos da completude total dos cadastros. Com o objetivo de qualificar o acompanhamento da completude dos cadastros, a equipe de Qualidade iniciou um levantamento mensal por meio dos informes do VitaCare. Esse levantamento será enviado às unidades da Atenção Primária como uma ferramenta de apoio, possibilitando a identificação de cadastros incompletos e orientando as equipes sobre os ajustes necessários. Essa ação visa reforçar a importância do preenchimento do CPF nos cadastros, garantindo a integridade dos dados, a unificação das informações e a melhoria dos processos de identificação dos usuários no sistema, além de assegurar a continuidade do cuidado e a integração das informações em diferentes níveis de atenção.

1.1.15 Manutenção dos Colegiados Gestores

15. MANUTENÇÃO DOS COLEGIADOS GESTORES			
META	JAN	FEV	MAR
95%	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, a construção conjunta de soluções e a tomada de decisões colaborativas, contribuindo para a qualificação dos serviços prestados na Atenção Primária. No contexto desse indicador, o Prontuário

Eletrônico do Paciente PEP VitaCare desempenha um papel estratégico. Por meio do módulo de cadastro da unidade, os gerentes devem registrar a existência do colegiado gestor, a periodicidade das reuniões realizadas e anexar as atas correspondentes.

Esse procedimento assegura um monitoramento contínuo da atuação dos colegiados e garante a transparência nas ações de gestão. Para que um colegiado gestor seja considerado ativo, é necessária a realização de, no mínimo, uma reunião mensal. Esse requisito visa manter o fluxo de comunicação entre os membros, alinhando as ações da unidade com as demandas da comunidade e assegurando a continuidade das atividades planejadas. Além disso, as programações das reuniões são regularmente compartilhadas com líderes comunitários, ampliando a participação da comunidade no planejamento e no acompanhamento das ações.

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

Em janeiro de 2026, todas as 25 unidades mantiveram a realização dos colegiados gestores, alcançando 100% do indicador.

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		
<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

Para qualificar e aprimorar os processos de trabalho, sempre com foco na ampliação do acesso, na melhoria da qualidade, na humanização dos serviços e no fortalecimento da gestão de seus

projetos, tem sido realizado investimento contínuo em ações de Educação Permanente, garantindo a qualificação das práticas desenvolvidas. No período avaliado, observou-se um avanço significativo por meio de diversas iniciativas.

A análise conduzida pela Gerência de Qualidade permitiu uma compreensão mais aprofundada dos processos e das oportunidades de melhoria, contribuindo diretamente para o aperfeiçoamento dos padrões e práticas adotadas. A rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família é um indicador fundamental para avaliar a estabilidade das equipes e o impacto das substituições na continuidade do cuidado. A manutenção da equipe estável é um fator determinante para a continuidade do cuidado aos usuários, evitando descontinuidades no acompanhamento e fortalecendo os vínculos entre profissionais e pacientes. Esse contexto contribui para a construção de um cuidado longitudinal e humanizado, além de reduzir o impacto negativo no fluxo de trabalho, considerando que cada substituição envolve um período de adaptação e capacitação do novo profissional.

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

O indicador de rotatividade é monitorado mensalmente e manteve-se dentro do parâmetro estabelecido de 5, apresentado respectivamente 0,80 no mês de janeiro 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	-		

Cálculo do Indicador: N° de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC acompanhados / N° total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC.

Fonte: Portal SUBPAV

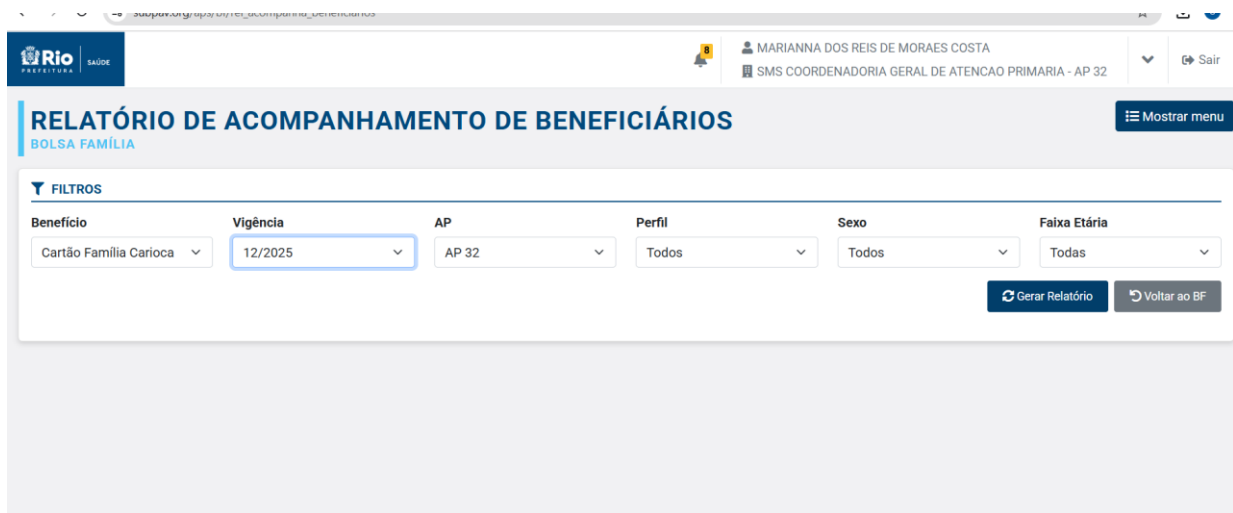
Periodicidade da avaliação: Trimestral

Tabela 19

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

A plataforma subpav abriu para acompanhamento em 09 de fevereiro de 2026, não sendo possível lançamentos de informações no mês de janeiro e tão pouco extração do relatório. Consideramos que este indicador para o mês de janeiro não se aplica. (NSA)

Segue o comprovante que não é possível extração do relatório no mês de janeiro. A única extração possível é de dezembro o que não contempla a análise do indicador.



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

18. PROPORÇÃO DE ESCOLAS E CRECHES COBERTAS NA ÁREA DA UAP			
META	JAN	FEV	MAR
90%	54,41%		
<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 janeiro de 2026 o indicador atingiu **54,41%**, por se tratar de um período de férias escolares esse indicador não tem a obrigatoriedade de 100%, porém demonstra a adesão das unidades ao planejamento das ações de promoção e prevenção em saúde nas escolas e creches.

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

1.1.19 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%		

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, garantindo que a atenção esteja voltada aos usuários que ainda não foram contemplados, ao invés de utilizar a listagem geral de famílias com divergências.

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

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

Avaliando o mês de janeiro de 2026, a área da Coordenação de Atenção Primária (CAP) 3.2 alcançou **16,95%** na entrega dos kits odontológicos nas unidades. É importante ressaltar que esse indicador é contabilizado no fechamento do trimestre, previsto para o final março de 2026. Portanto, cada unidade possui um planejamento específico para a entrega e registro dos referidos kits dentro do prazo estabelecido.

2. PARTE 2: VARIÁVEL 02

2.1 RESULTADO DOS INDICADORES DA VARIÁVEL 02: INCENTIVO INSTITUCIONAL À UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A parte variável 02 dos indicadores do contrato de gestão N° 007/201, possui 20 indicadores que estão distribuídos da seguinte forma: 07 indicadores de Acesso, 08 indicadores de Desempenho Assistencial, 01 indicador de Qualidade Percebida e 04 indicadores de desempenho econômico.

COMPLETUDE DE CADASTROS

Para a obtenção do repasse dos recursos da Parte Variável 2 pelas Unidades de Atenção Primária, deverão ser cumpridas 2 (duas) condicionais:

Atingimento das metas pelas equipes de Saúde da Família:

- ❖ **0 a 11 indicadores:** não será repassado **nenhum valor**;
- ❖ **12 a 16 indicadores:** será repassado **50% do valor do trimestre**;
- ❖ **17 a 20 indicadores:** será repassado **100% do valor do trimestre**.

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

Compleitude das fichas de cadastro do Prontuário Eletrônico (PEP):

O percentual mínimo de Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar com todos os campos preenchidos no PEP é de 90%, em cada um dos meses do trimestre.

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

Da mesma forma, as unidades que atingiram as metas de 12 a 16 indicadores só receberão 50% do repasse se a completude das Fichas de Cadastro for de 90% ou mais. Caso seja menor que 90%, o repasse será de apenas 25%.

Abaixo, segue o painel de completude de cadastro do mês de Janeiro de 2026:

UNIDADE	Cadastros Janeiro	100% Janeiro	100% Completude Janeiro
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	30109	29909	99,34%
CF ANNA NERY	17256	16633	96,39%
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	19767	17700	89,54%
CF BARBARA STARFIELD	28146	20978	74,53%
CF BIBI VOGEL	21485	18558	86,38%
CF CARIOCA	8273	8109	98,02%
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	20816	18587	89,29%
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	21466	20091	93,59%
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	21480	19594	91,22%
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	20894	19640	94,00%
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	7474	7052	94,35%
CF IZABEL DOS SANTOS	20440	19515	95,47%
CF LUIZ CELIO PEREIRA	23909	22237	93,01%
CF OLGA PEREIRA PACHECO	22346	18619	83,32%
CF SERGIO NICOLAU AMIN	18463	14391	77,95%
CMS ANTENOR NASCENTES	3794	3282	86,51%
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	14331	10714	74,76%
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	19068	18004	94,42%
CMS CESAR PERNETTA	12931	11615	89,82%
CMS EDUARDO A VILHENA LEITE	15126	13082	86,49%
CMS ELIZA ABRANTES	14147	12874	91,00%
CMS MILTON FONTES MAGARAO	21854	20252	92,67%
CMS RENATO ROCCO	13729	13087	95,32%
CMS RODOLPHO ROCCO	21610	20503	94,88%
CMS TIA ALICE	7399	5995	81,02%
TOTAL AP 3.2	446313	401021	89,85%

Tabela 22

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

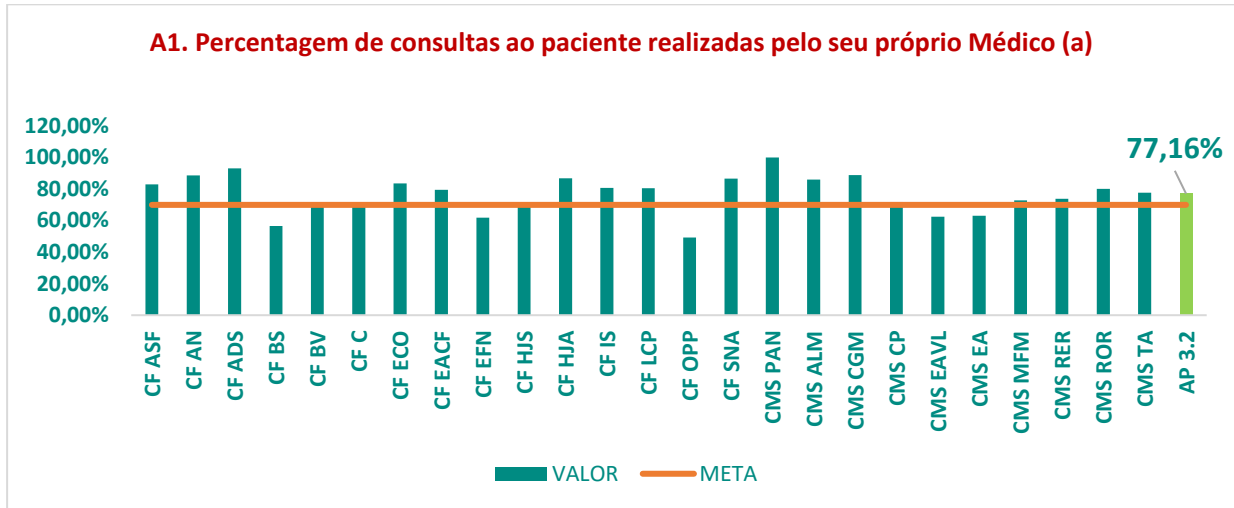


Gráfico 1

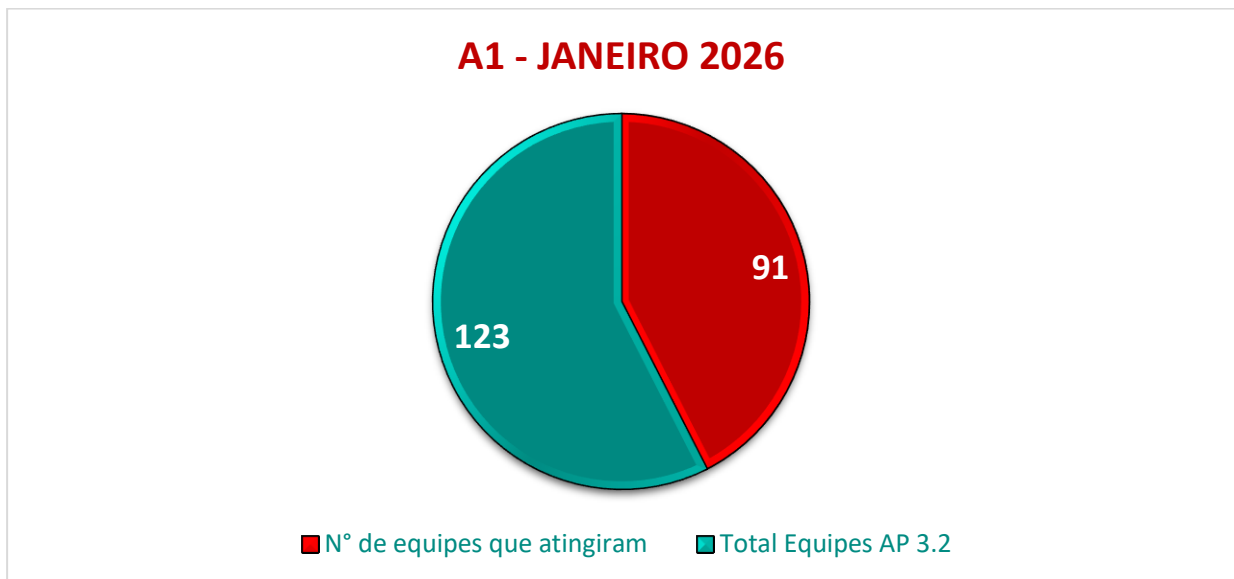


Gráfico 2

Análise anual CAP 3.2

Em janeiro de 2026, o Indicador A1, que mede a **percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio médico de família**, apresentou média global de **77,16%** 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 que 91 das 123 equipes alcançaram o indicador, revelando a existência de variações

importantes entre as equipes. As unidades que apresentaram maiores dificuldades para o alcance desse indicador foram: CF Barbara Starfield, CF Carioca, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Herbert José de Souza, CF Olga Pereira Pacheco, CMS Eduardo A. Vilhena e CMS Eliza Abrantes.

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

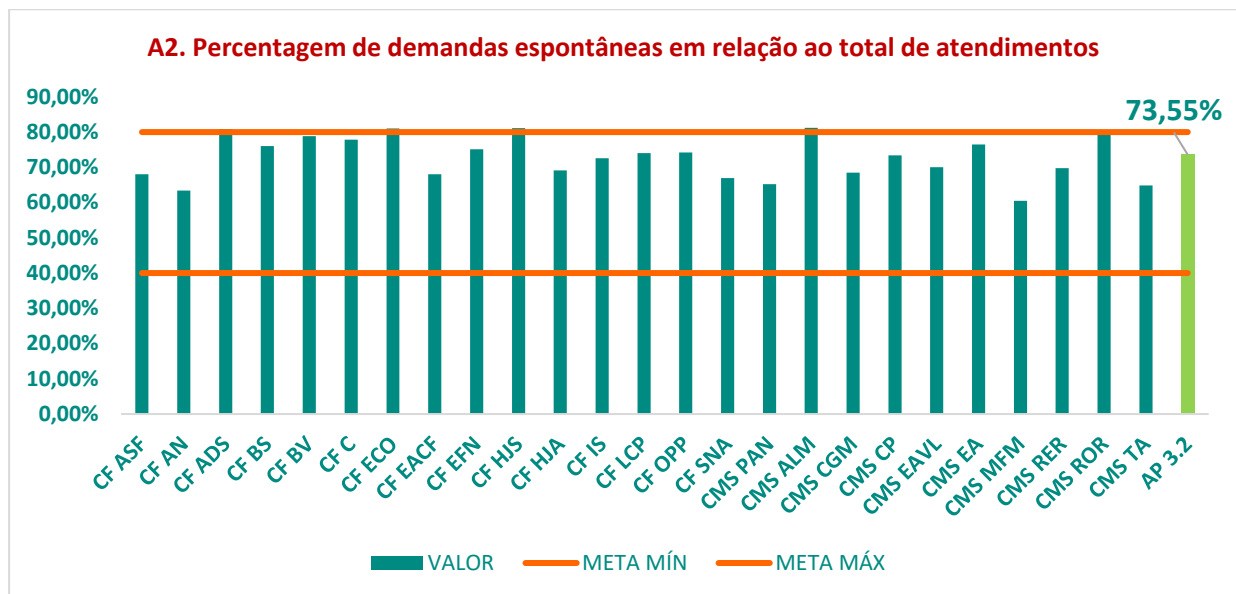


Gráfico 3

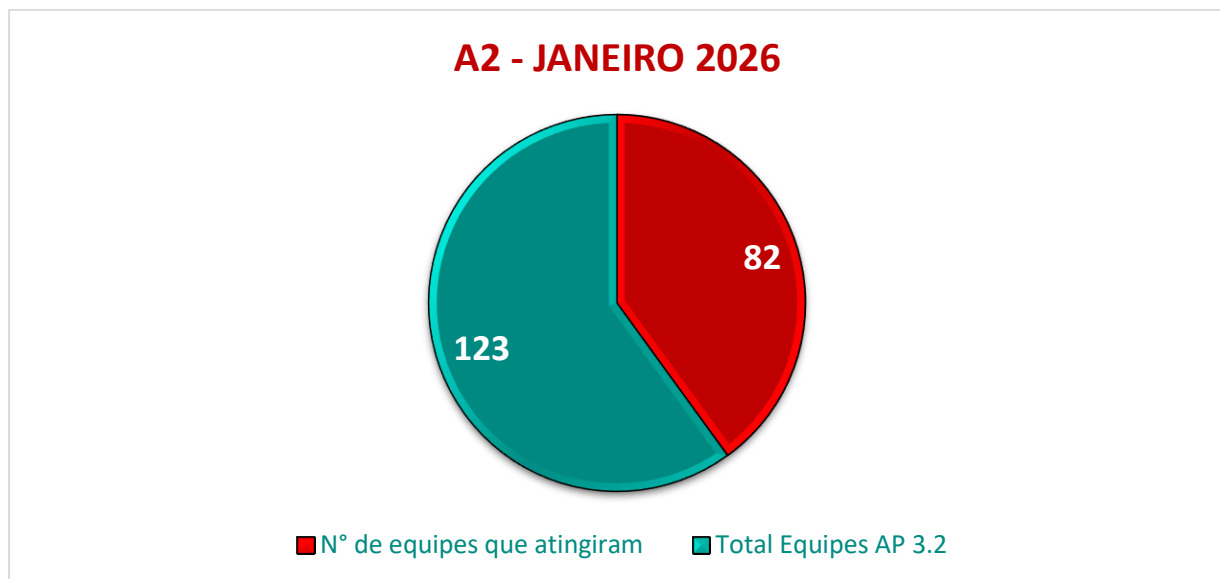


Gráfico 4

O indicador “**Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos**” apresentou média global de **73,55%** na CAP 3.2, resultado dentro da meta estabelecida, que preconiza o mínimo de 40% de demanda livre e o máximo de 80%.

Apesar do desempenho global satisfatório, a análise por equipe de Saúde da Família evidencia que apenas 82 das 123 equipes alcançaram o indicador, demonstrando heterogeneidade no equilíbrio entre demanda espontânea e atendimentos programados. As unidades que apresentaram maiores dificuldades para o alcance desse indicador foram: CF Anthídio Dias da Silveira, CF Edney Canazaro de Oliveira, CF Herbert José de Souza, CMS Ariadne Lopes de Menezes e CMS Rodolpho Rocco.

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

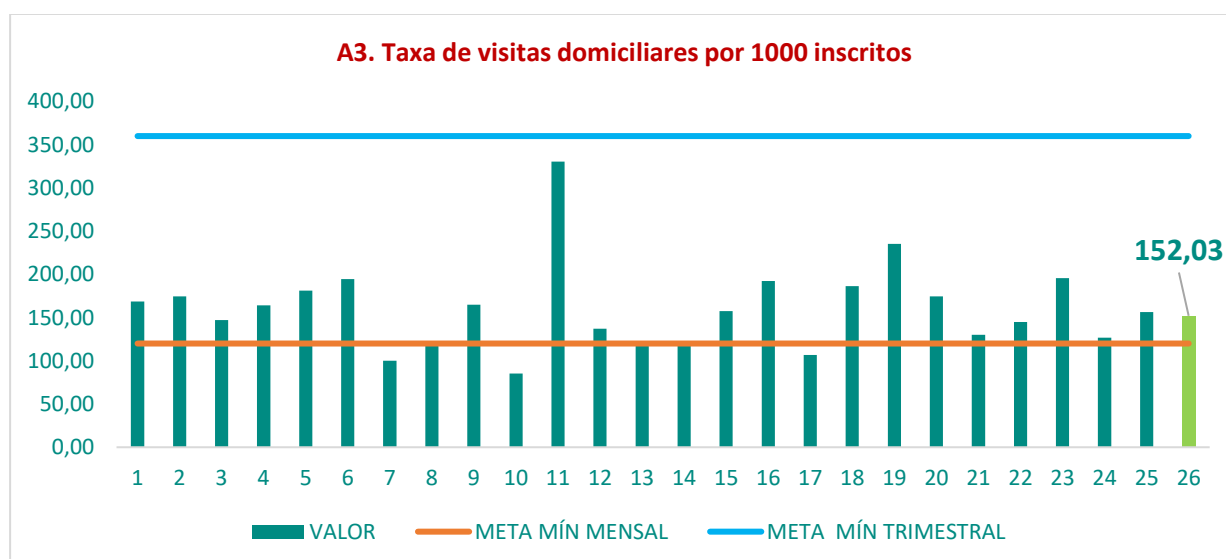


Gráfico 5

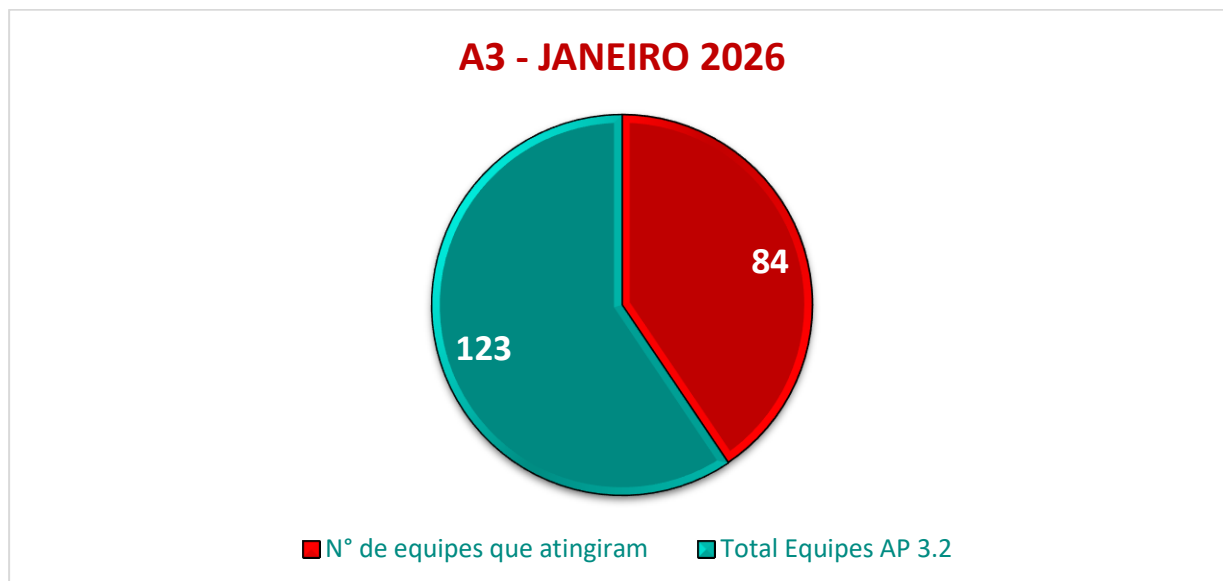


Gráfico 6

No mês de janeiro de 2026, o indicador “**Taxa de visitas domiciliares**” apresentou média global de **152** visitas domiciliares no território da CAP 3.2. Esse resultado, quando analisado exclusivamente em relação à meta trimestral estabelecida de 360 visitas domiciliares, encontra-se dentro do valor esperado para o fechamento do trimestre.

Entretanto, considerando que a meta trimestral de 360 visitas é distribuída proporcionalmente ao longo dos três meses que compõem o período de avaliação, estabelece-se como meta proporcional mensal o quantitativo de 120 visitas domiciliares. Sob essa perspectiva, a média global registrada em janeiro (120 visitas) encontra-se em conformidade com a meta proporcional esperada para o mês, indicando desempenho satisfatório no início do trimestre.

Na análise por equipe de Saúde da Família, considerando a meta trimestral fracionada de forma proporcional (120 visitas domiciliares por mês), observa-se que, das 123 equipes existentes, 84 equipes alcançaram quantitativo igual ou superior a 120 visitas domiciliares no mês de janeiro.

Apesar do resultado global positivo quando considerada a meta proporcional mensal, algumas unidades apresentaram fragilidades no alcance do indicador, permanecendo abaixo do quantitativo esperado de visitas domiciliares no período analisado. São elas: CF Edney Canazaro de Oliveira, CF Herbert José de Souza, CF Luiz Célio Pereira, CF Olga Pereira Pacheco e CMS Ariadne Lopes de Menezes.

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

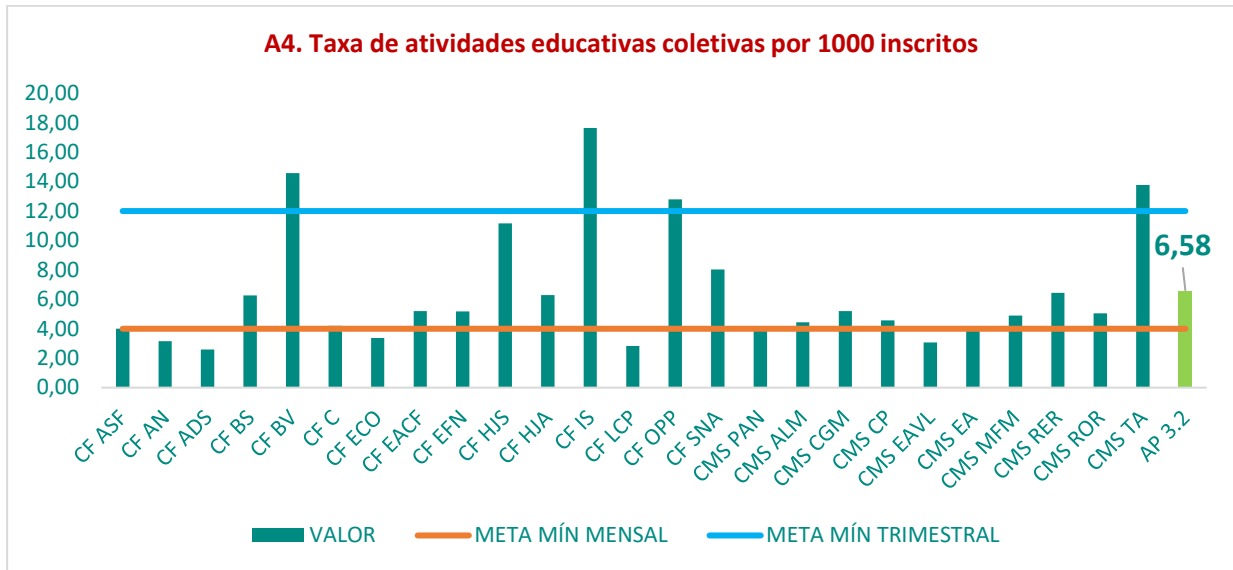


Gráfico 7

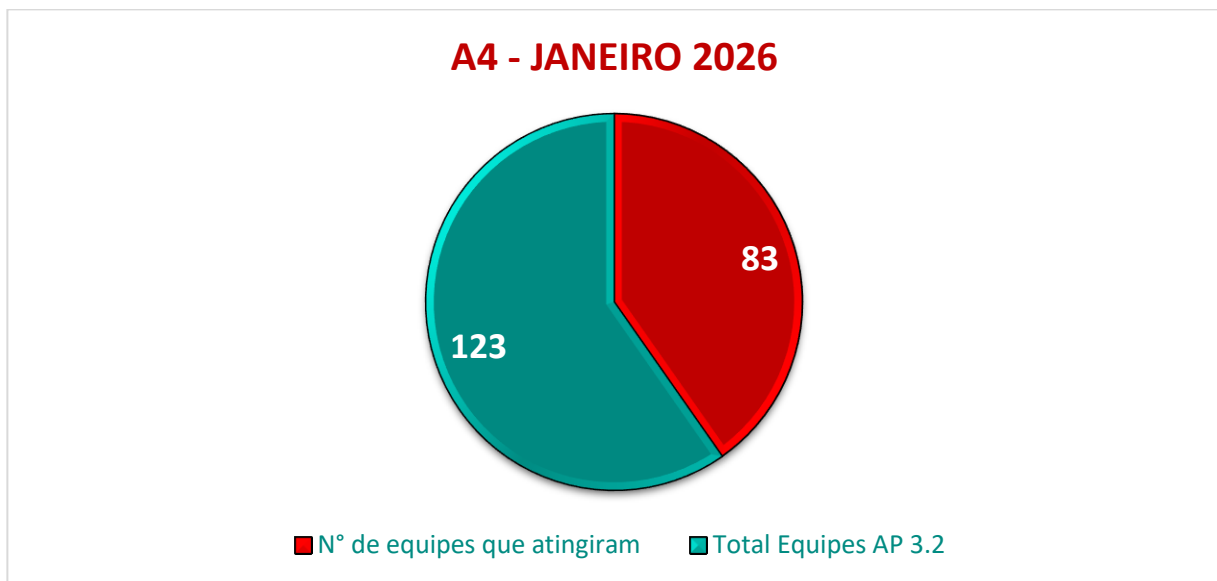


Gráfico 8

No mês de janeiro de 2026, o indicador “**Taxa de atividades educativas coletivas**” apresentou média global de **6,56%** do percentual de atividades educativas no território da CAP 3.2. Quando analisado exclusivamente em relação à meta trimestral estabelecida de mínimo 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 meta proporcional 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 janeiro encontra-se em conformidade com a meta proporcional esperada para o mês, indicando desempenho satisfatório no início do trimestre.

Na análise por equipe de Saúde da Família, considerando a meta trimestral fracionada de forma proporcional (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, **83** alcançaram o quantitativo igual ou superior a 4% no mês de janeiro.

Apesar do resultado global positivo quando considerada a meta proporcional mensal, algumas unidades apresentaram fragilidades no alcance do indicador, permanecendo abaixo do quantitativo esperado. São elas: CF Anna Nery, CF Anthídio Dias da Silveira, CF Edney Canazaro de Oliveira, CF Luiz Célio Pereira, CMS Antenor Nascentes e CMS Eduardo A. Vilhena.

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

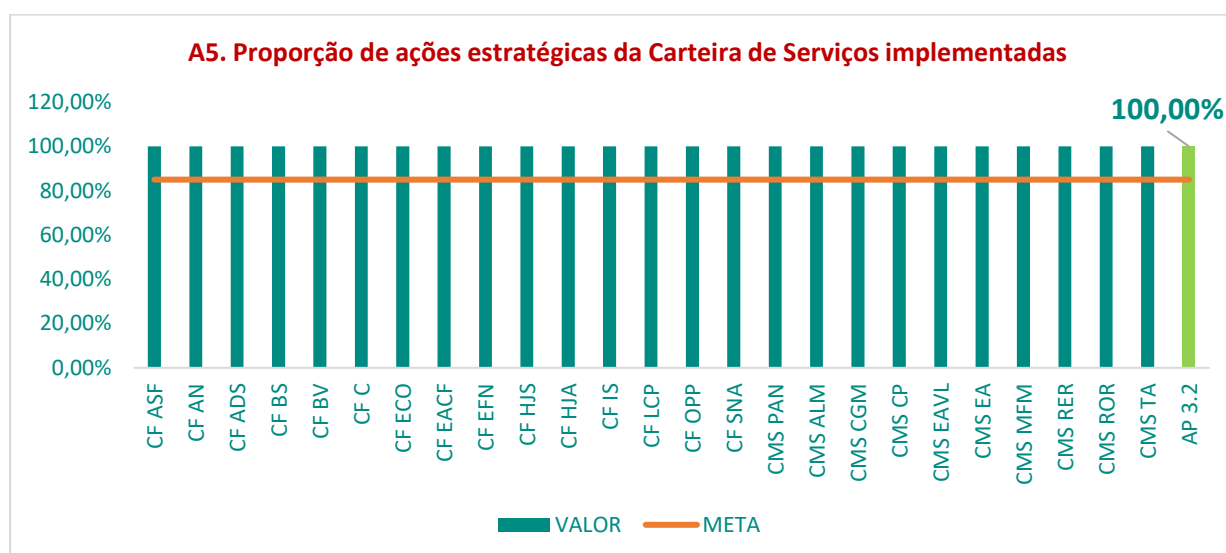


Gráfico 9

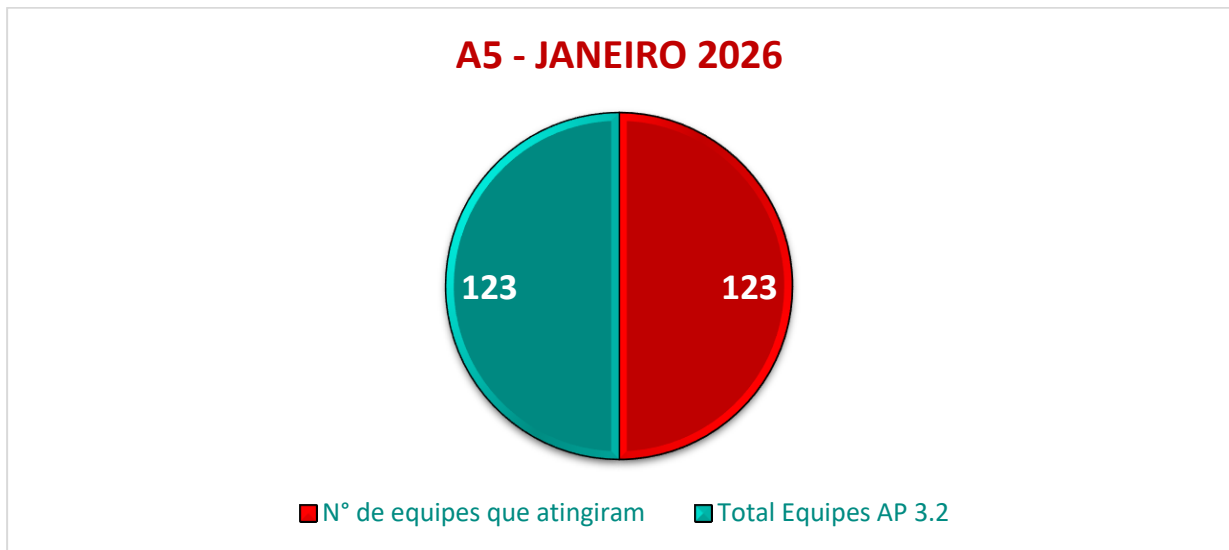


Gráfico 10

No mês de janeiro 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.

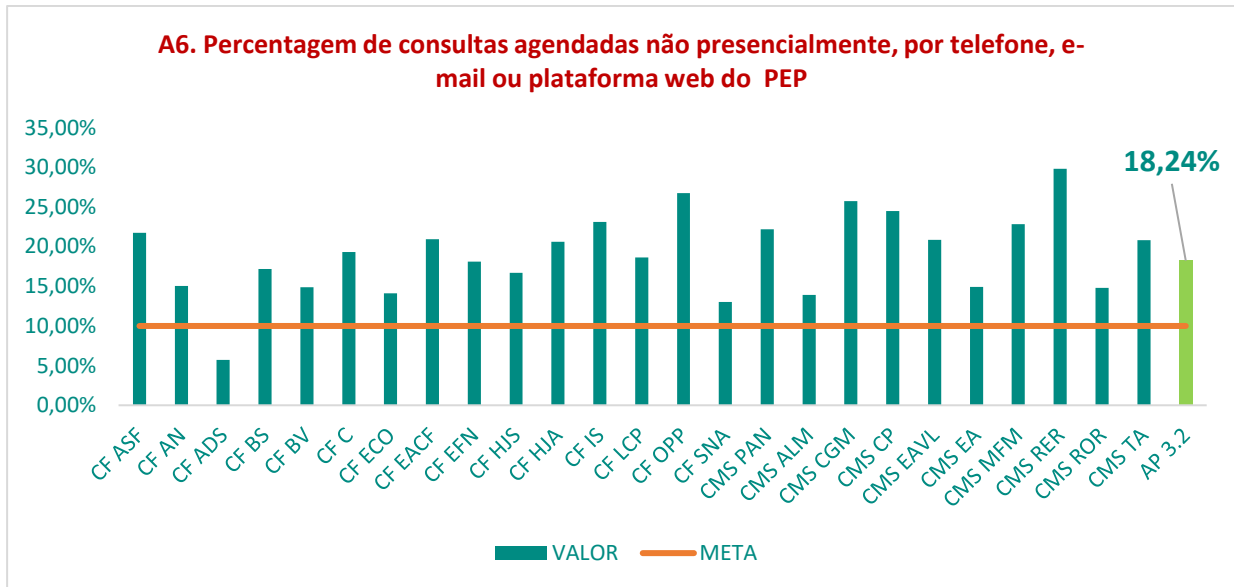


Gráfico 11

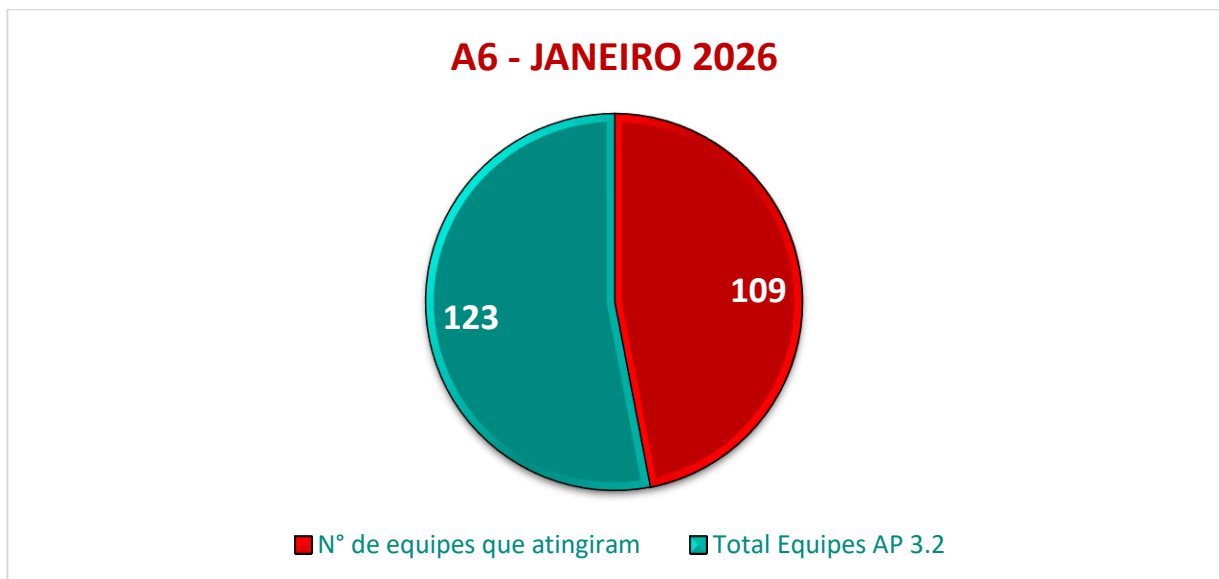


Gráfico 12

No mês de janeiro de 2026, o indicador “**Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico**” apresentou média global de **18,24%** nas unidades, resultado significativamente acima da meta estabelecida de 10%.

Ao analisar o desempenho das equipes de Saúde da Família de forma individual, observa-se que **109** das 123 equipes alcançaram a meta pactuada, demonstrando bom desempenho da maioria das equipes no uso de canais não presenciais para agendamento de consultas.

Apesar do resultado global positivo, ainda se identifica fragilidade em 14 equipes de Estratégia Saúde da Família, que não atingiram o percentual mínimo esperado. A unidade que apresentou maior fragilidade em relação a esse indicador foi o CF Anthídio Dias da Silveira, onde as seis equipes vinculadas não alcançaram a meta estabelecida.

2.1.7 Indicador A7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

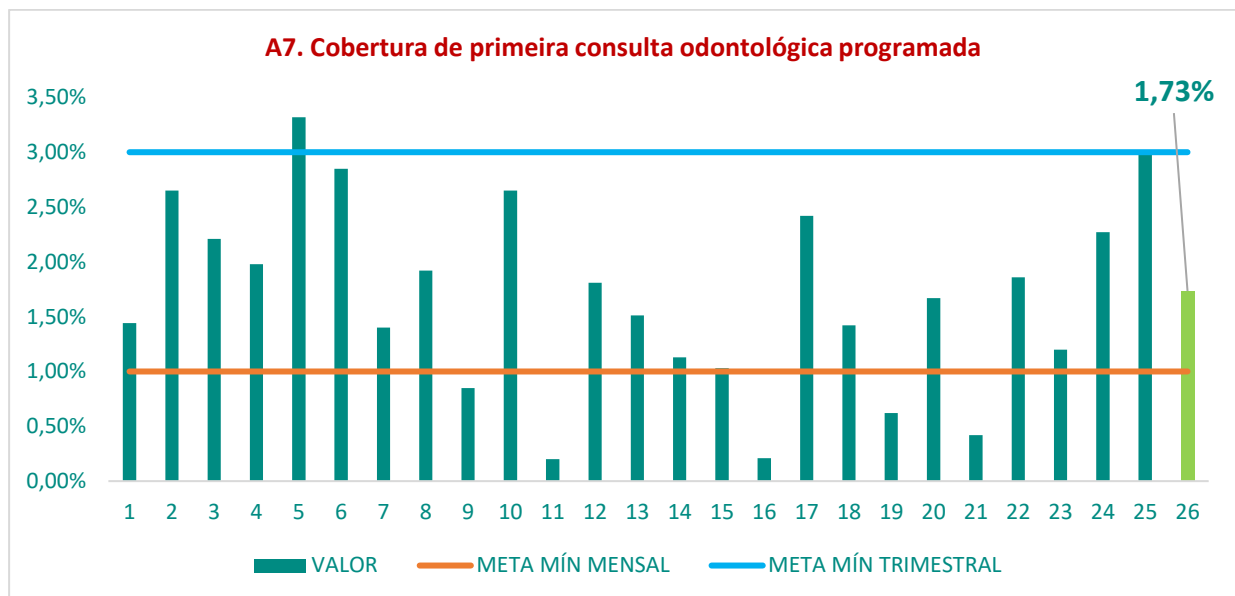


Gráfico 13

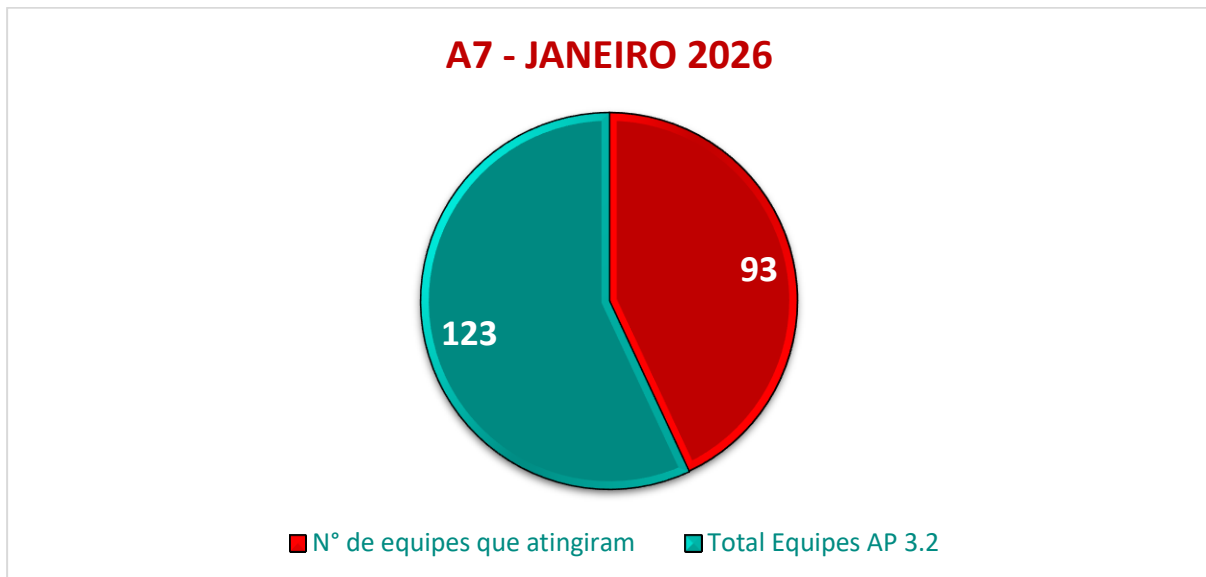


Gráfico 14

No mês de janeiro de 2026, o indicador “**Cobertura de primeira consulta odontológica programada**” apresentou média global de **1,73%** 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 de 3% é distribuída ao longo dos três meses que compõem o período de avaliação, tem-se como meta proporcional mensal o valor de 1%. Sob essa perspectiva, a média global registrada em janeiro (1,73%) mostra-se superior à meta proporcional esperada para o mês, indicando desempenho satisfatório no início do trimestre.

Na análise por equipe de Saúde da Família, considerando a meta trimestral fracionada de forma proporcional (1% ao mês), observa-se que, das 123 equipes existentes, **93** equipes alcançaram percentual igual ou superior a 1% no mês de janeiro, evidenciando que a maioria apresentou desempenho adequado em relação à meta mensal.

Apesar do resultado global positivo quando considerada a meta proporcional, algumas unidades apresentaram maiores fragilidades no alcance do indicador, permanecendo abaixo do percentual mínimo esperado de 1% no mês. São elas: CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Honório José de Andrade, CMS Antenor Nascentes, CMS César Pernetta e CMS Eliza Abrantes.

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

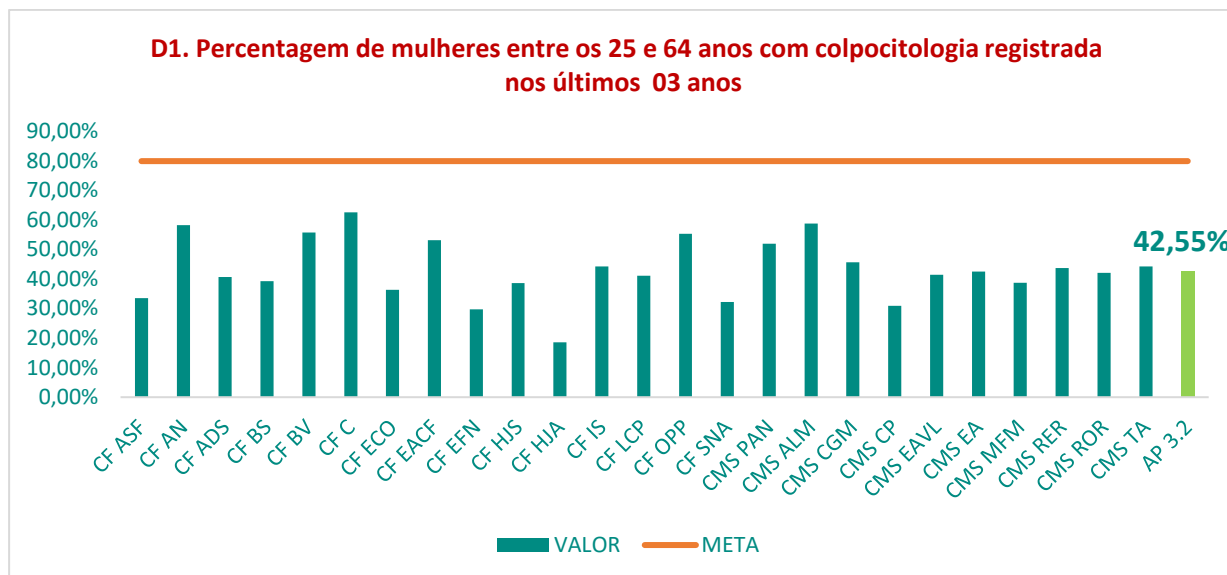


Gráfico 15

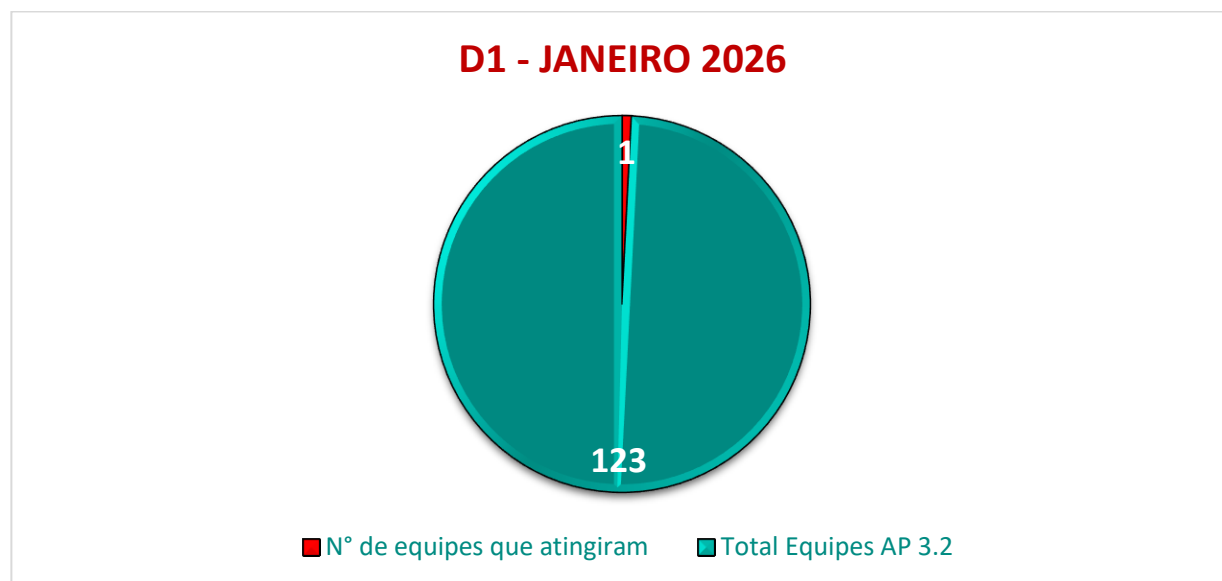


Gráfico 16

O indicador “**Percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos três anos**” apresentou média global de **42,55%** na CAP 3.2, ficando muito abaixo da meta estabelecida de 80%. A análise do desempenho por equipe evidencia que apenas uma, situada na unidade CF Emýgdio Alves Costa Filho, equipe Álvaro de Miranda, dentre as 123 equipes de Saúde da Família, conseguiu alcançar o indicador, o que demonstra fragilidades

importantes no desempenho da maioria das equipes no acompanhamento e registro da colpocitologia.

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

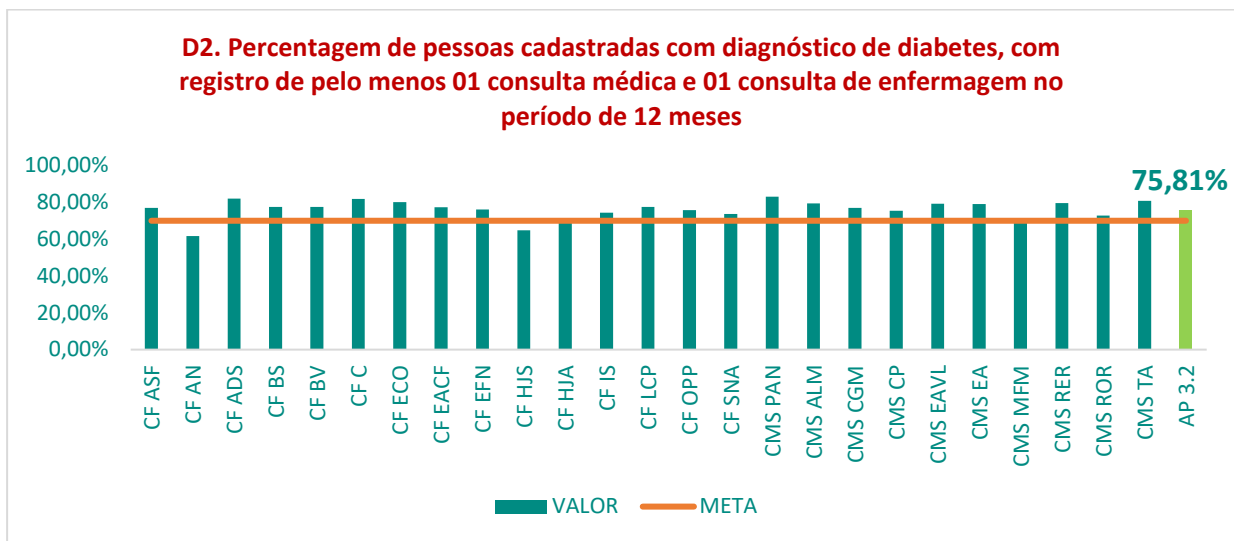


Gráfico 17

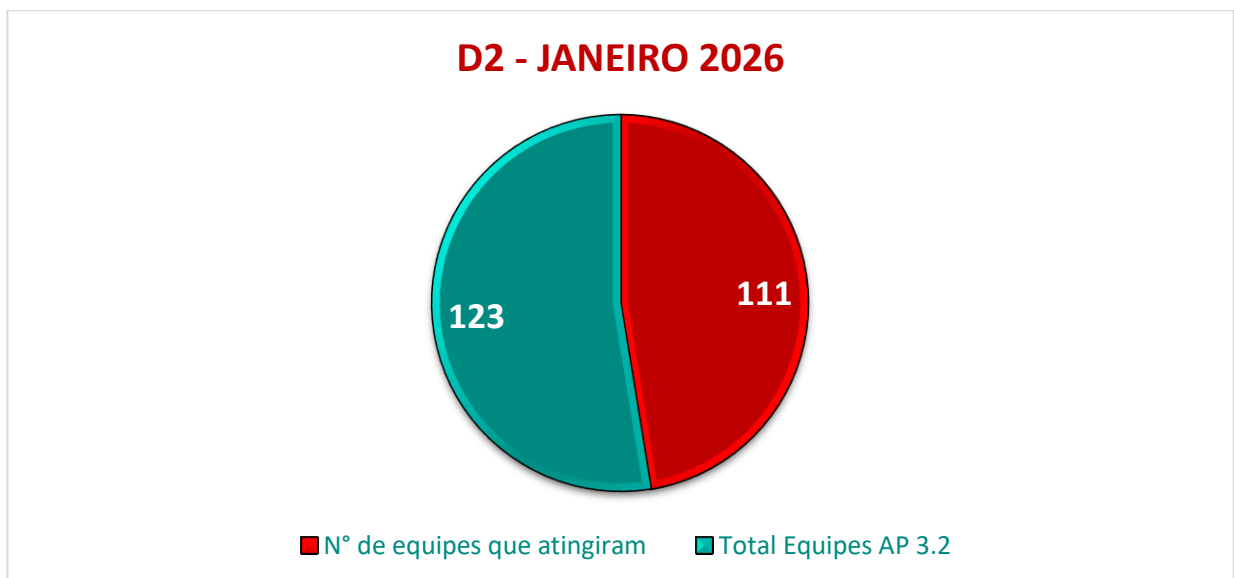


Gráfico 18

Em janeiro 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 **75,81%** na CAP 3.2, ficando acima da meta estabelecida de 70%. Apesar do resultado global satisfatório, a análise por equipe evidencia que **111** das 123 equipes de Saúde da Família alcançaram o indicador, demonstrando fragilidades no desempenho de parte das equipes. As unidades que apresentaram maiores dificuldades para o alcance desse indicador foram o CF Anna Nery, o CF Herbert José de Souza e o CF Honório José de Andrade.

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.

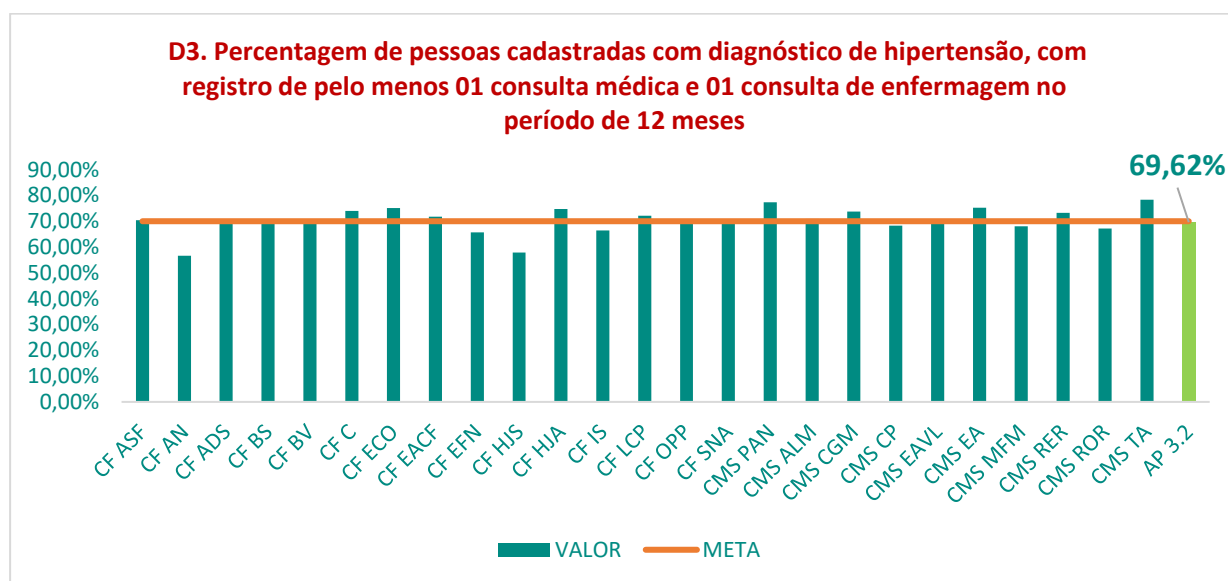


Gráfico 19

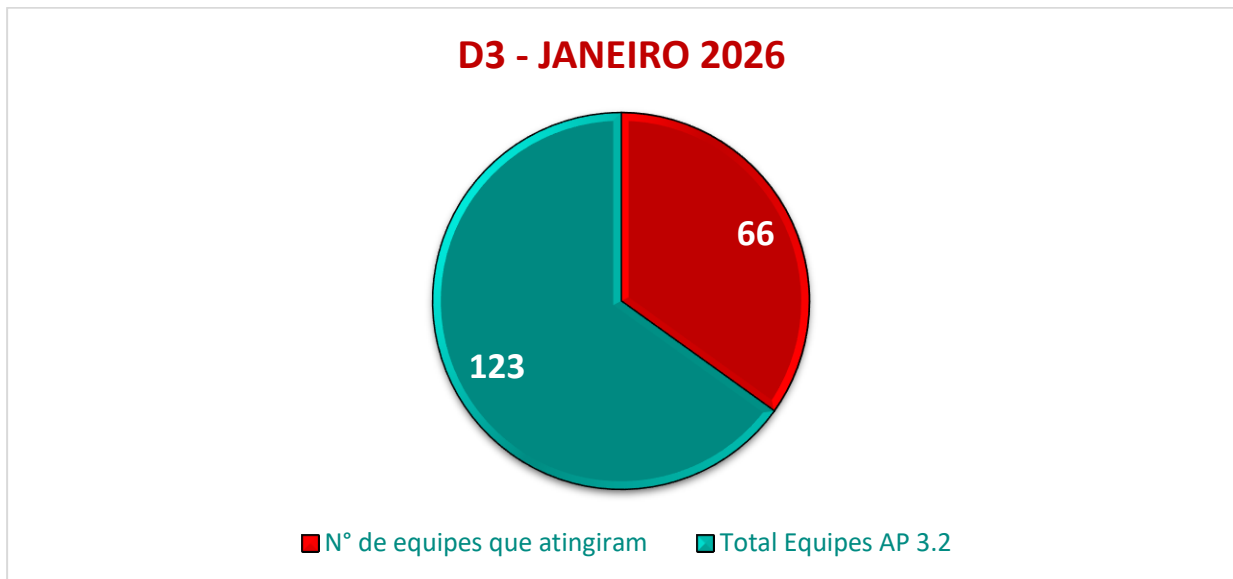


Gráfico 20

Em janeiro 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 **69,62%** 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 **66** 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 a esse indicador foram o CF Anna Nery, CF Bibi Vogel, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Herbert José de Souza, 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.

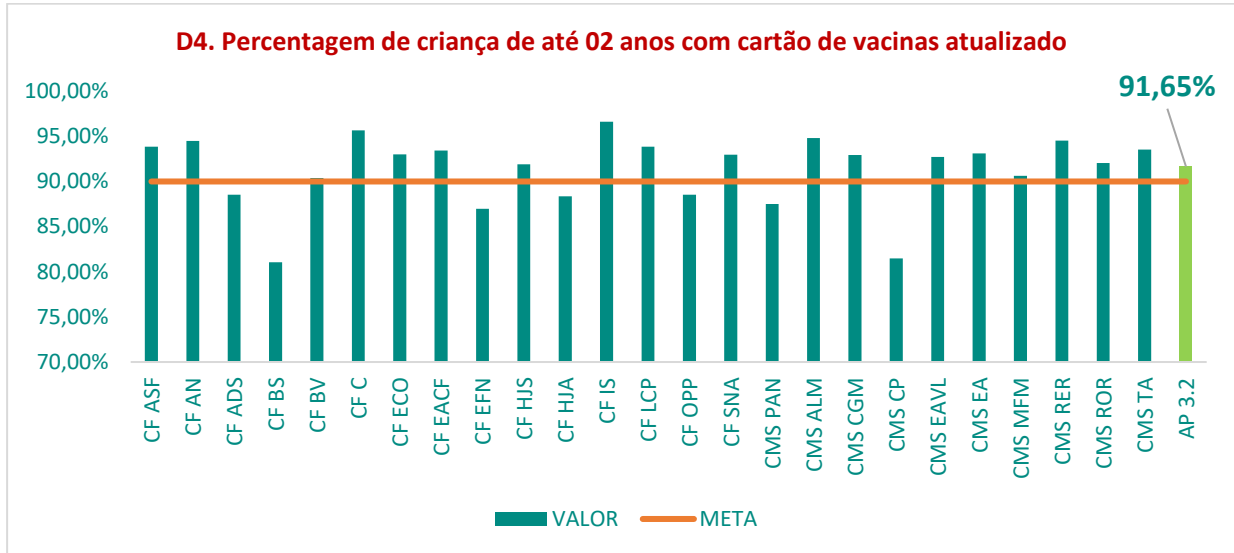


Gráfico 21

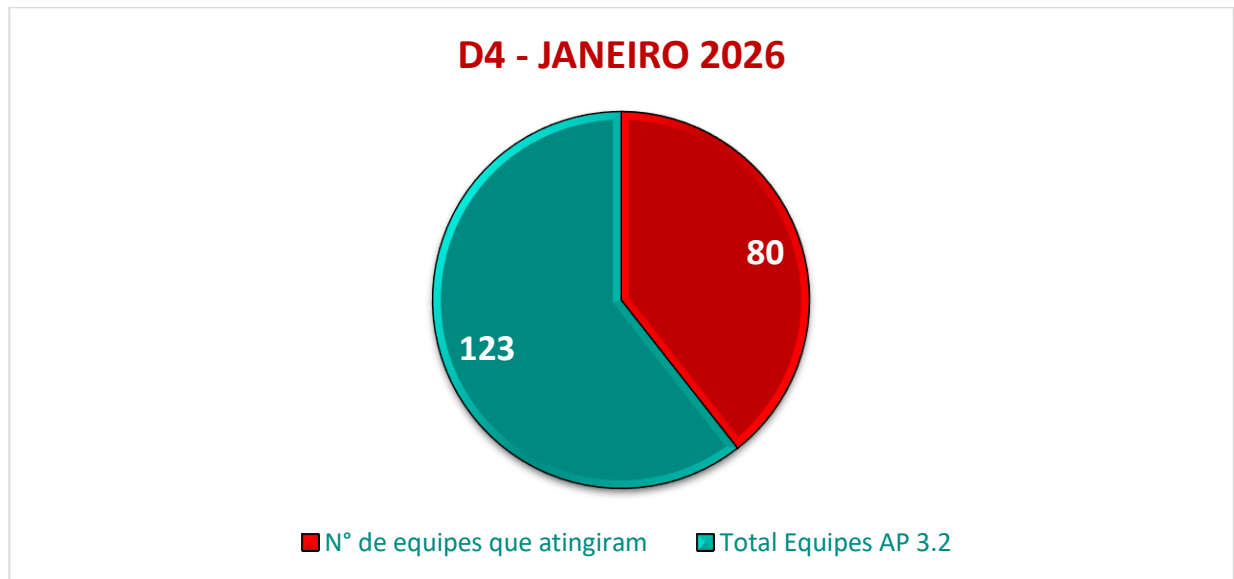


Gráfico 22

Em janeiro de 2026, o indicador “**Percentagem de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado**” apresentou média global de **91,65%** nas unidades, ficando acima da meta estabelecida de 90%.

Entretanto, ao analisar o desempenho das equipes de Saúde da Família de forma individual, observa-se que apenas **80** das 123 equipes conseguiram alcançar a meta pactuada,

evidenciando desigualdade no desempenho entre as equipes, apesar do resultado global satisfatório.

As unidades que apresentaram maiores fragilidades em relação a esse indicador foram o CF Anthídio Dias da Silveira, CF Barbara Starfield, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Honório José de Andrade, CF Olga Pereira Pacheco, CMS Antenor Nascentes e CMS Cesar Pernetta.

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

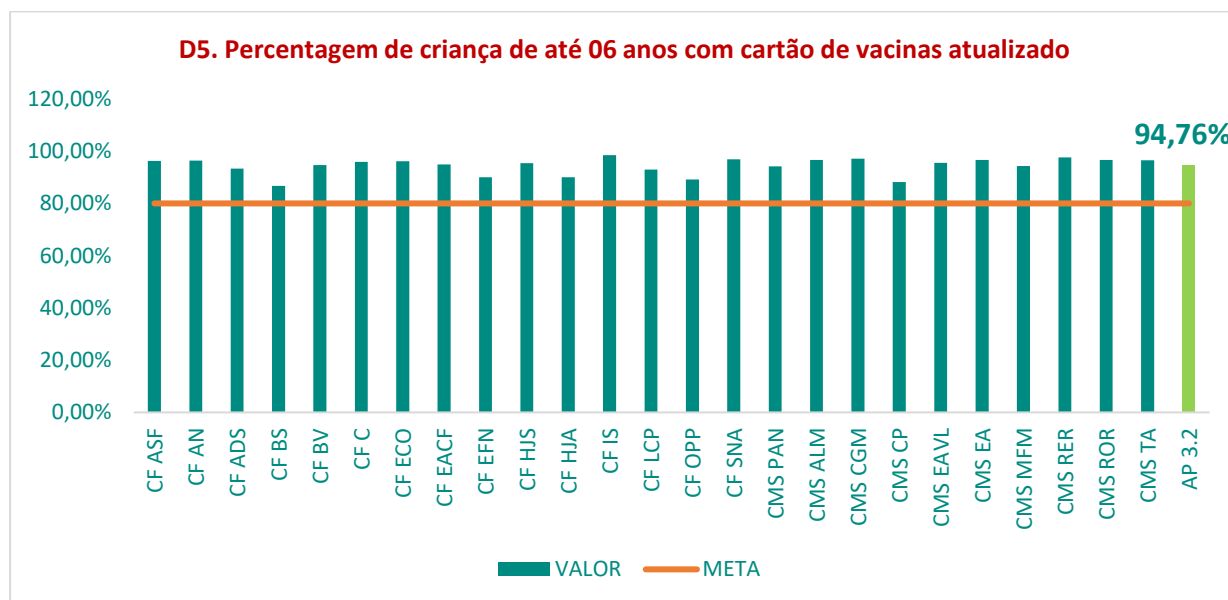


Gráfico 23

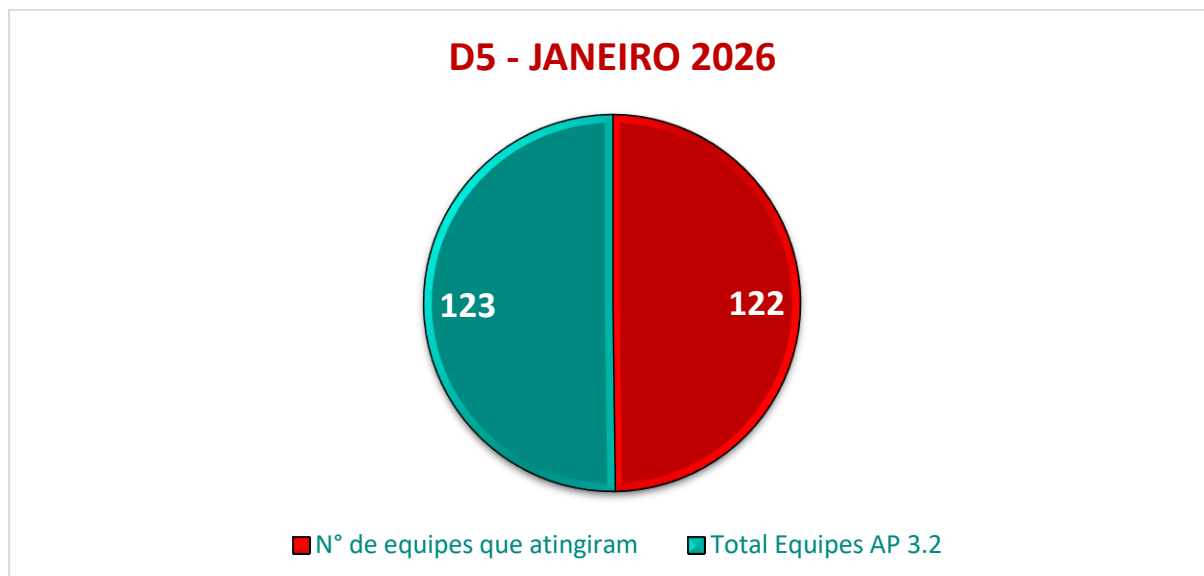


Gráfico 24

No mês de janeiro de 2026, o indicador “**Percentagem de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado**” apresentou média global de **94,76%** na Área Programática 3.2.

Apenas uma equipe de Saúde da Família não alcançou a meta do indicador, a equipe Visconde de Tocantins da CF Erivaldo Fernandes, que permaneceu abaixo de 80%.

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

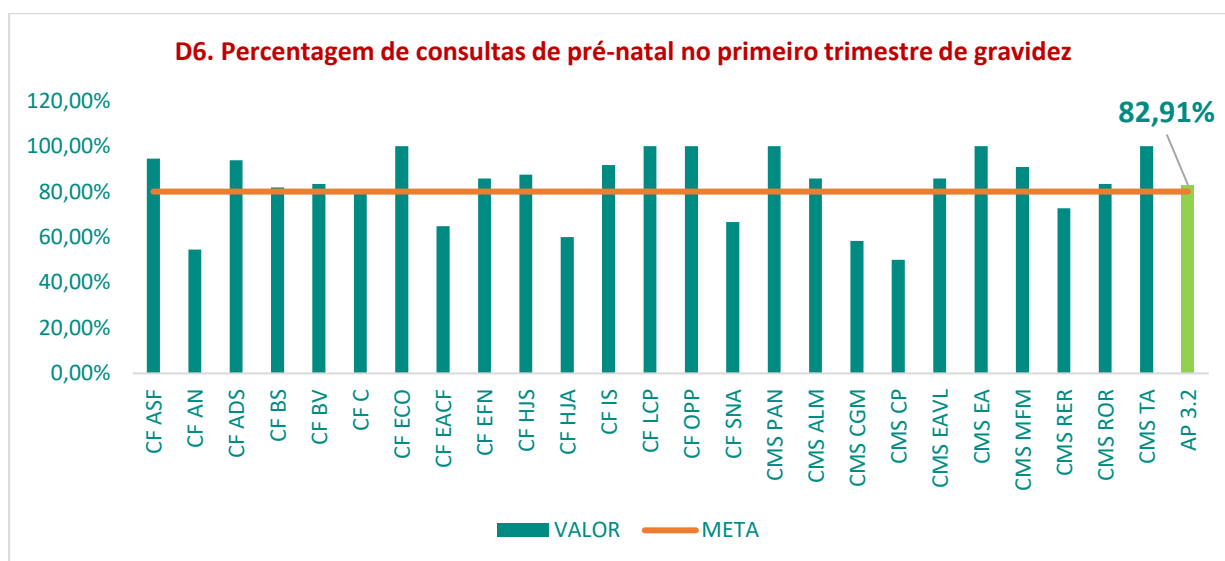


Gráfico 25

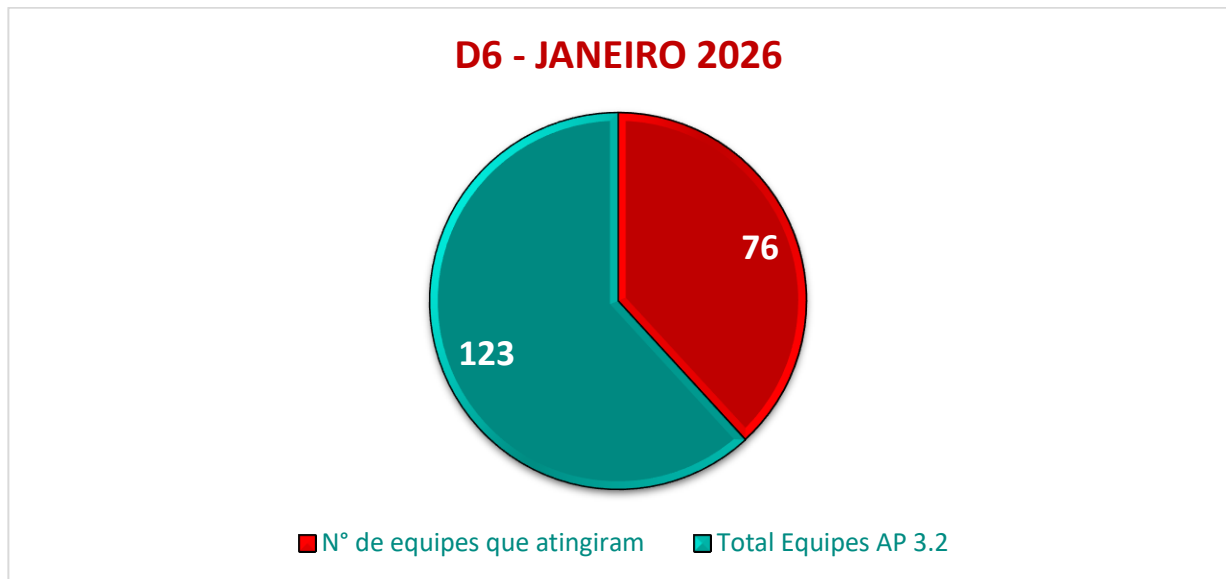


Gráfico 26

O indicador “**Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gestação**” apresentou, no mês de janeiro de 2026, média global de **82,91%** no território da CAP 3.2, mantendo-se acima da meta estabelecida de 80%.

No período analisado, foram identificadas 234 gestantes, das quais 194 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, permanecendo 40 gestantes que não realizaram o início do acompanhamento nesse período oportuno.

Na análise do desempenho das 123 equipes de Atenção Primária à Saúde, apenas **76** 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 Ana Nery, CF Emydio Alves da Costa Filho, CF Honório José de Andrade, CF Sérgio Nicolau Amin, CMS Carlos Gentile de Melo, CMS Cesar Pernetta e CMS Renato Rocco.

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

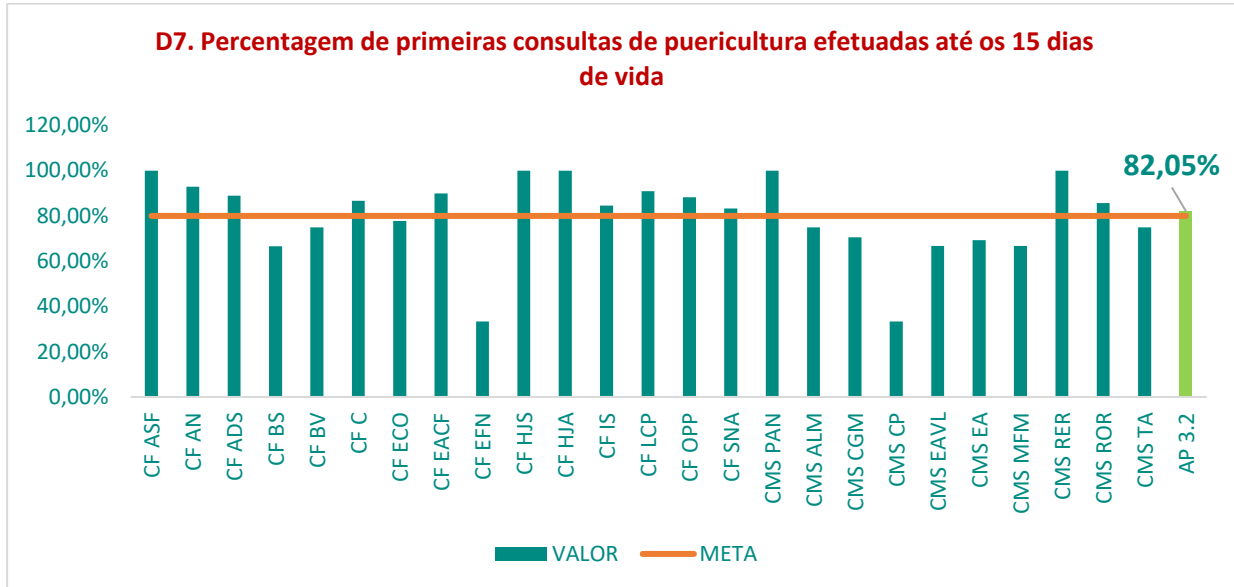


Gráfico 27

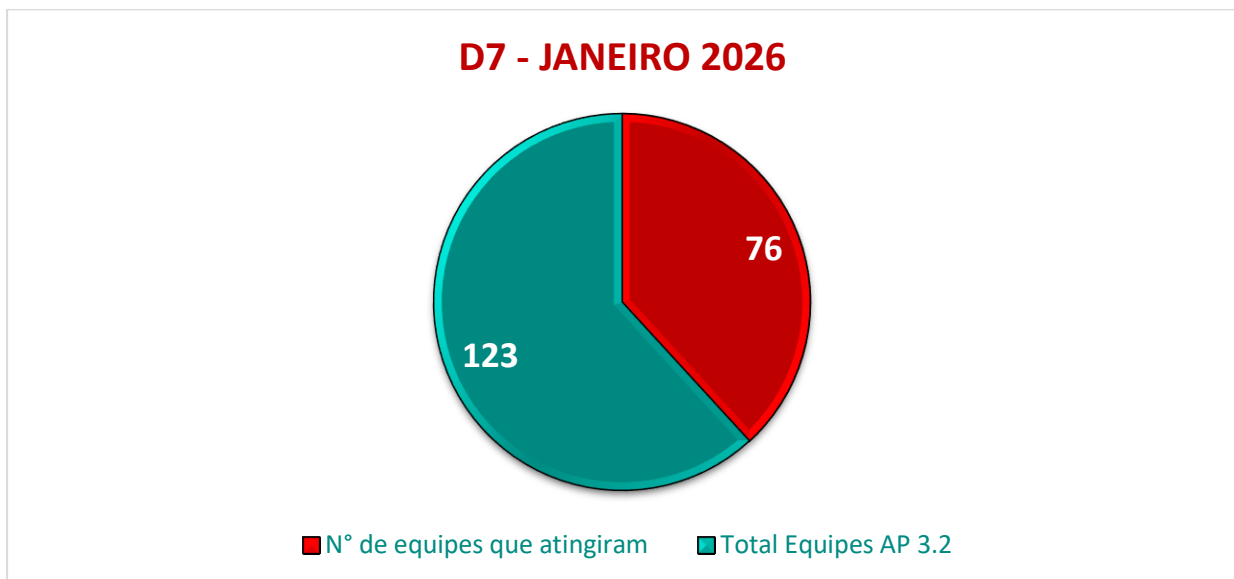


Gráfico 28

No mês de janeiro 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 **76** 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 Barbara Starfield, CF Bibi Vogel, CF Erivaldo Fernandes de Nóbrega, CMS Ariadne Lopes, CMS Carlos Gentile de Melo, CMS Cesar Pernetta, CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite, CMS Eliza Abrantes e CMS Milton Fontes Magarão.

Apesar das fragilidades pontuais, a média global do território da CAP 3.2 atingiu **82,05%**, permanecendo acima 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.

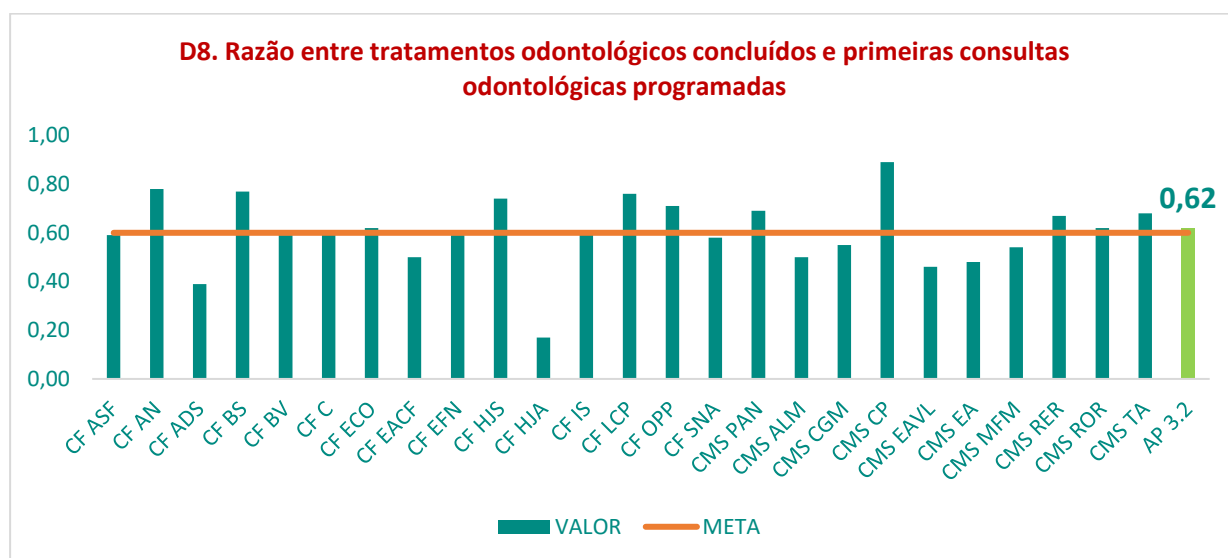


Gráfico 29

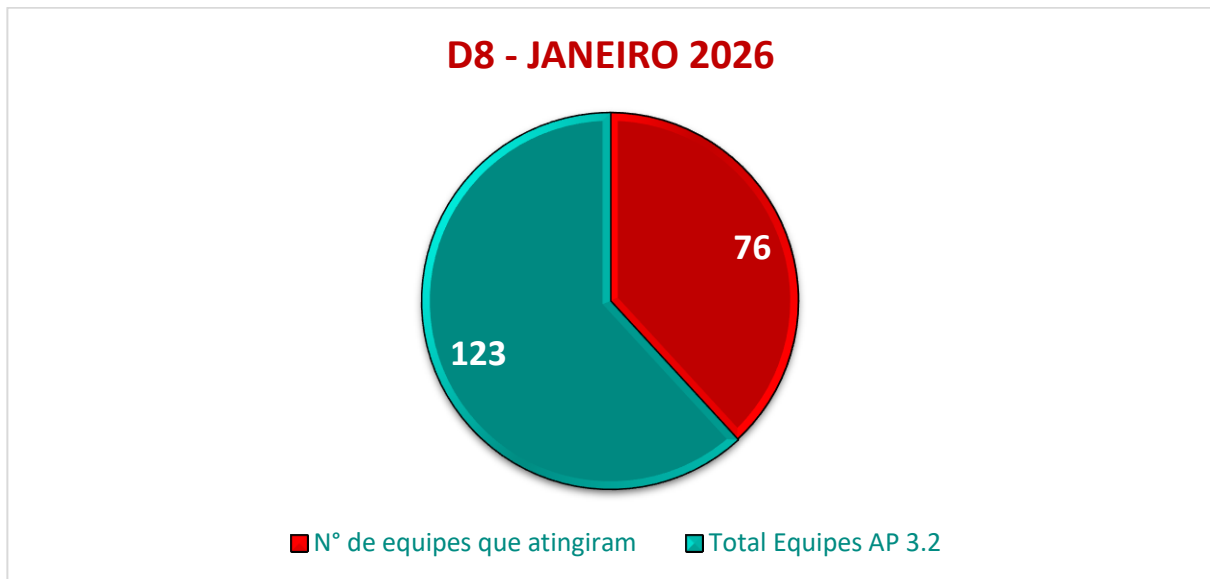


Gráfico 30

No mês de janeiro 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 Anthídio Dias da Silveira, CF Emygdio Alves Costa Filho, CF Honório José de Andrade, CMS Ariadne Lopes de Menezes, CMS Eliza Abrantes, CF Sérgio Nicolau Amin, 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 **0,62**.

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		
<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.

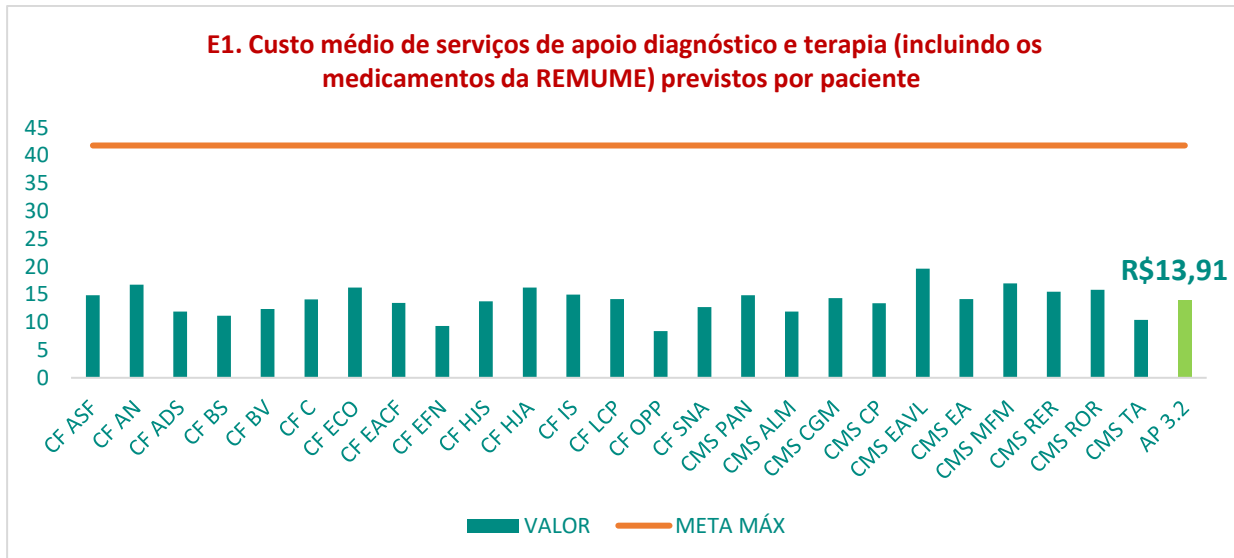


Gráfico 31

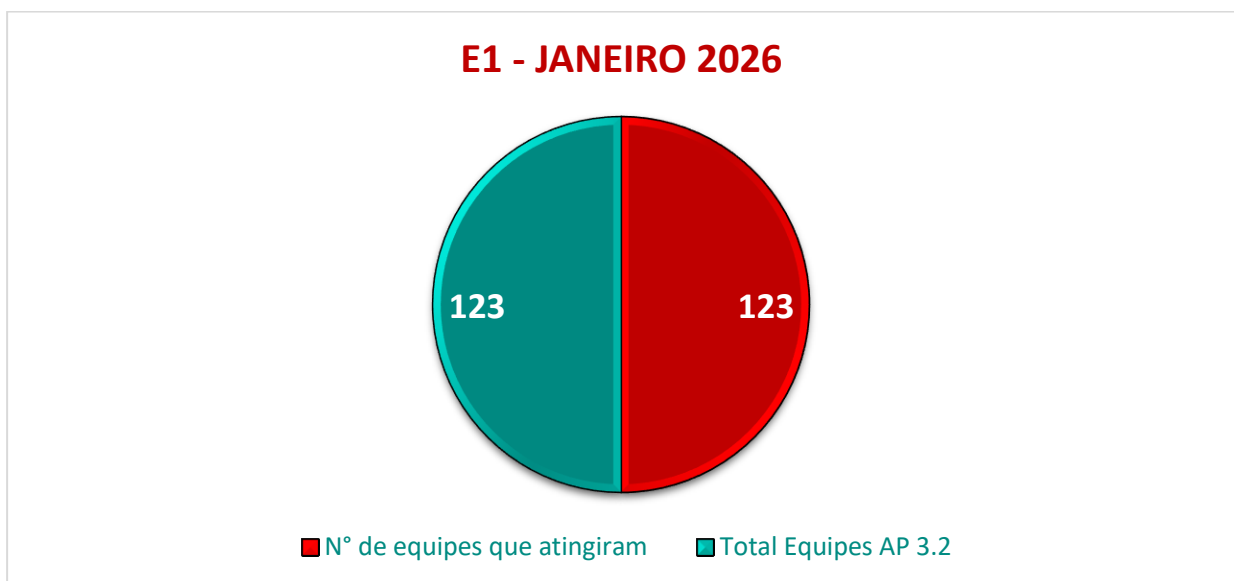


Gráfico 32

O indicador “Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário” apresentou, no mês de janeiro 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\$ 13,91**, 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.

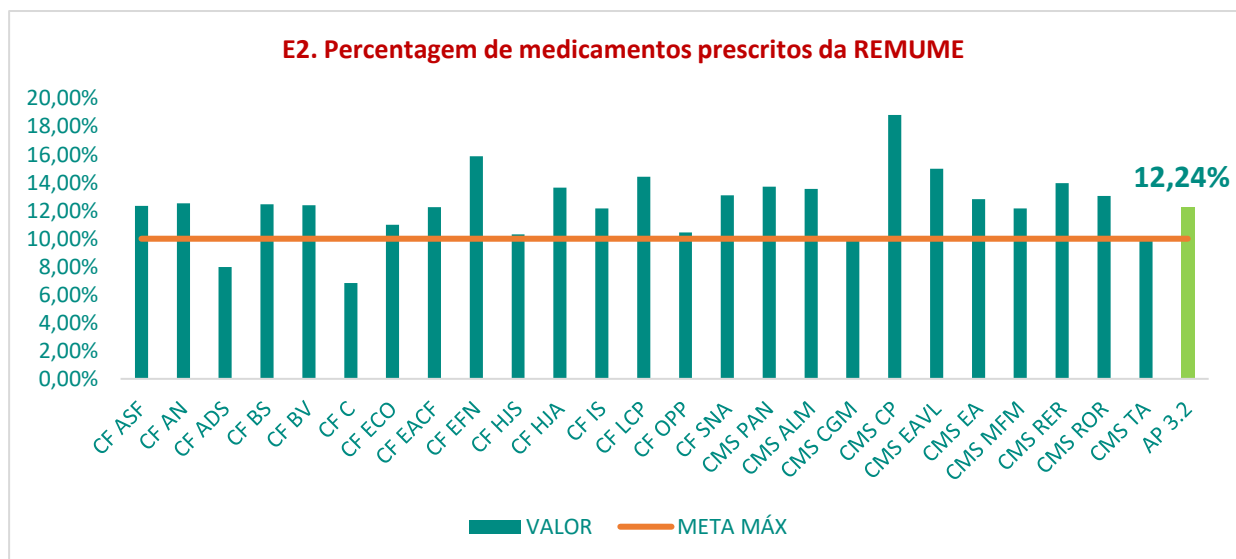


Gráfico 33

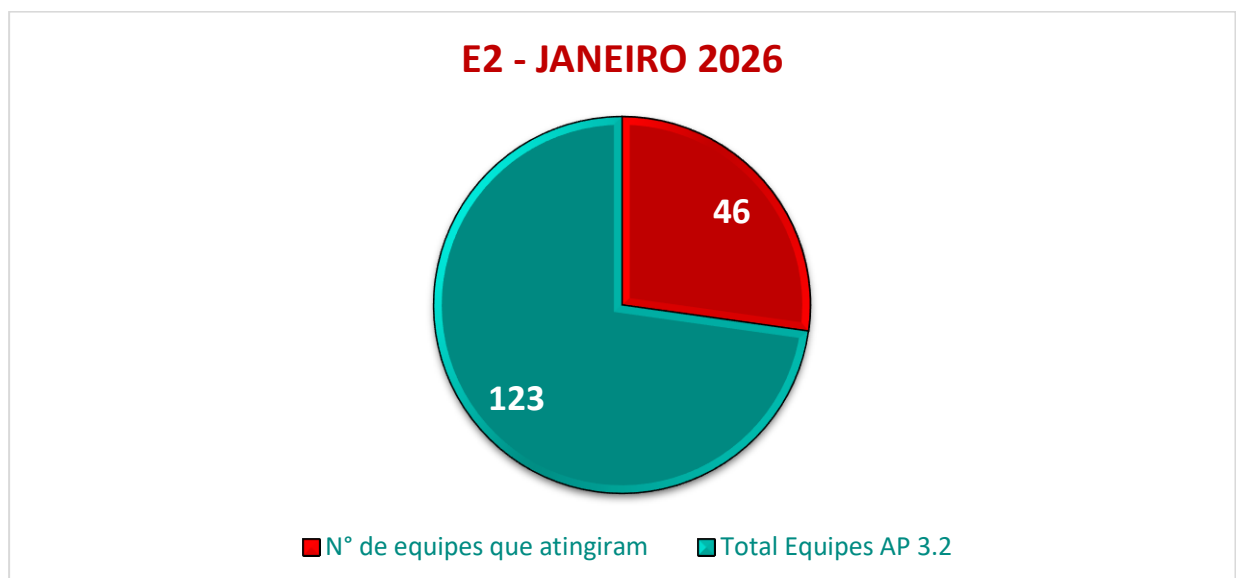


Gráfico 34

O indicador “**Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME**”, no mês de janeiro de 2026, apenas **46** 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 e CF Carioca.

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 **12,24%**.

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

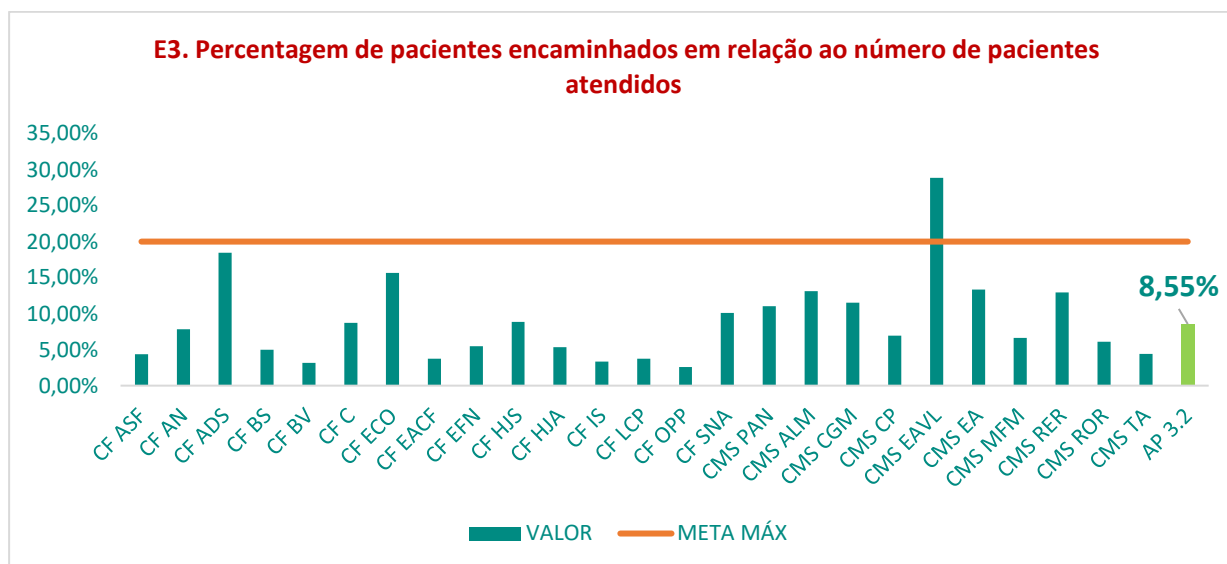


Gráfico 35

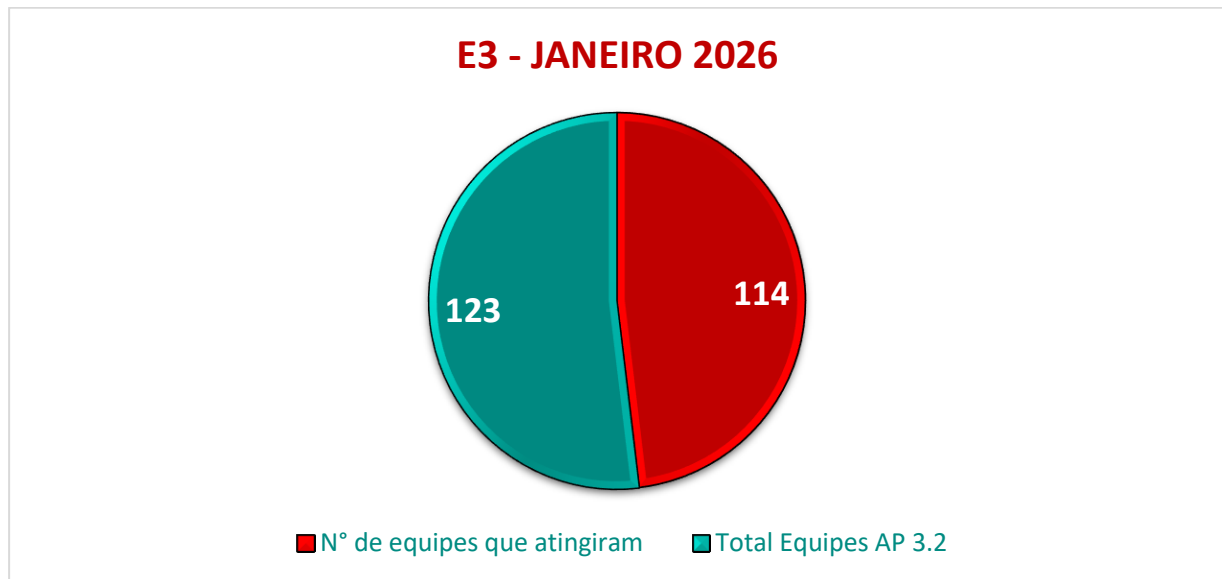


Gráfico 36

Em janeiro de 2026, 09 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 janeiro ainda não estão disponíveis.

Segue na planilha abaixo os dados informados até dezembro 2025.

UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF BARBARA STARFIELD	DARKE DE MATOS	35%	34%	32%	33%	32%	36%	35%	32%	31%	38%	36%	37%
	DOMINGOS DE MAGALHAES												
	FELIX FERREIRA												
	PIRES DE CARVALHO												
	VOLTA GRANDE												
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF SERGIO NICOLAU AMIN	BAMBORE	31%	33%	35%	34%	35%	36%	35%	32%	33%	38%	44%	48%
	CONFEDERACAO SUICA												
	MANET												
	VASCO DA GAMA												
	CHAVES PINHEIRO												
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	CONCORDIA	45%	42%	45%	44%	41%	46%	38%	40%	40%	42%	42%	47%
	DARCI VARGAS												
	FAZENDINHA												
	MIGUEL ANGELO												
	PONTILHAO												
	VIUVA CLAUDIO												
XV DE AGOSTO													
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	AGUIA DE OURO	42%	35%	38%	31%	35%	48%	42%	35%	40%	40%	41%	48%
	ALVARO DE MIRANDA												
	ENGENHO												
	MAJOR ADERBAL COSTA												
	MARIO BAHIA												
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF IZABEL DOS SANTOS	POLONIA	36%	38%	36%	36%	31%	38%	41%	36%	37%	40%	36%	40%
	CEU AZUL												
	DOIS DE MAIO												
	ENGENHO NOVO												
	VEIGA BASTOS												
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF ANNA NERY	ALMIRANTE ARY PARREIRA	46%	35%	35%	38%	38%	39%	37%	42%	38%	39%	45%	45%
	CAMBORIU												
	DR GARNIER												
	JOSE FELIX												
	MAGALHAES CASTRO												
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF CABO EDNEY	ALZIRA VALDETARO	37%	33%	36%	38%	37%	38%	36%	39%	27%	33%	34%	33%
	BELA VISTA												

CANAZARO DE OLIVEIRA	CERQUEIRA LIMA												
	CONSELHEIRO JOBIM												
	MANOEL MIRANDA												
	SAO PAULO												
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF CARIOCA	BERGAMO												
	ITAPOA	36%	40%	30%	34%	35%	38%	34%	34%	36%	36%	46%	40%
	MOGI MIRIM												
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF BIBI VOGEL	ADHEMAR BEBIANO												
	CANITAR												
	HORTOLANDIA												
	MALACACHETA												
	MANUEL MAURICIO	38%	34%	35%	37%	35%	40%	38%	35%	31%	40%	42%	45%
	MARECHAL CASTELO BRANCO												
	MOREIA												
	UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
CF HERBERT JOSÉ DE SOUZA	ENGENHO DO MATO												
	MACHADO SOBRINHO	40%	39%	40%	40%	38%	44%	44%	42%	37%	38%	44%	48%
	MARACA												
	PEREIRA PINTO												
	SILVA VALE												
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF ERIVALDO FERNANDES NÓBREGA	ENEAS GALVAO												
	ODILON ARAUJO												
	SALVADOR PIRES	33%	32%	35%	36%	34%	39%	35%	34%	38%	44%	33%	46%
	EQUIPE NOVA												
	JARDIM DO MEIER												
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	CAMILA BRAVO												
	FAGUNDES VARELA												
	FAZENDINHA												
	FRANCISCO FRAGOSO												
	MONTEIRO DA LUZ	35%	35%	36%	37%	35%	46%	36%	34%	37%	39%	43%	45%
	PAU FERRO												
	POCONE												
	SILVA BRAGA												
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF OLGA PEREIRA PACHECO	ARTUR VARGAS												
	CARDOSO QUINTAO	37%	39%	32%	33%	28%	32%	33%	36%	32%	41%	35%	43%

UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CF LUIZ CELIO PEREIRA	PARANAPIACABA												
	PAULO PIRES												
	SOLIMÕES												
	ABOLICAO	36%	33%	30%	38%	34%	39%	34%	36%	38%	38%	35%	39%
	CASEMIRO DE ABREU												
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	COIMBRA DA LUZ												
	FERNANDO SIMONI												
	MACEDO BRAGA												
	ARAUJO LEITAO	42%	36%	34%	39%	37%	47%	41%	38%	42%	42%	40%	47%
	BICUIBA												
CMS PROF ANTENOR NASCENTES	DONA ROMANA												
	MIGUEL GALVAO												
	BARÃO (NOVA)												
	ENCONTRO (NOVA)												
	PROF ANTENOR NASCENTES	33%	31%	33%	34%	36%	39%	42%	37%	49%	39%	40%	45%
CMS EDUARDO ARAUJO VILHENA LEITE	PIAUI												
	FERNAO CARDIM	31%	38%	33%	37%	30%	39%	34%	38%	35%	42%	37%	37%
	HENRIQUE SCHEID												
	ADOLFO BERGAMINI												
	SANTOS TITARA	37%	38%	38%	34%	41%	44%	39%	39%	42%	41%	37%	48%
CMS MILTON FONTES MAGARAO	EQUIPE NOVA(BORJA REIS)												
	EQUIPE NOVA												
	EMBOABA	41%	34%	36%	41%	30%	35%	39%	39%	39%	39%	44%	48%
	JOÃO RIBEIRO												
	LORENA												
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	TEOPHILO DIAS												
	AIRES CASAL												
	ALVARES DE AZEVEDO	41%	42%	43%	45%	34%	40%	40%	41%	35%	40%	39%	42%
	ESPERANÇA												
	JACARÉ												
CMS RENATO ROCCO	AREA DESCOBERTA												
	AMARO HAMATI	41%	37%	34%	36%	32%	39%	43%	37%	35%	37%	37%	41%
	LAGO VERDE												

CMS RODOLPHO ROCCO	PERIANTAM												
	SANTA LUZIA												
	TIMBO												
	TURIMA												
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CMS CESAR PERNETA	HERMENGARDA												
	LOPES DA CRUZ	32%	38%	39%	40%	40%	36%	41%	39%	39%	39%	41%	48%
	VENCESLAU												
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CMS TIA ALICE	24 DE MAIO												
	SÃO FRANCISCO XAVIER	29%	28%	34%	31%	31%	33%	35%	34%	32%	36%	29%	31%
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CMS ELIZA ABRANTES	BOCA DO MATO												
	LINS IMPERIAL												
	MARIA LUIZA	38%	34%	30%	37%	31%	39%	41%	30%	33%	37%	42%	40%
	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/1LMbLwechryoriGAZDRk1r9D_q_9-tYcAS7MuYT48zq0/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 rastreio oncológico feminino	07
03	Acompanhamento de uma gravidez	11
04	Acompanhamento anual de uma criança, no primeiro ano de vida	07
05	Acompanhamento anual de uma criança, no segundo ano de vida	05
06	Acompanhamento anual de uma pessoa diabética	05
07	Acompanhamento anual de uma pessoa hipertensa	03
08	Acompanhamento anual de uma pessoa idosa	03
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	11
10	Acompanhamento de uma pessoa tabagista	05
11	Equipes com Programa de Residência (docente assistencial) que aderiram ao Programa Saúde na Hora (modalidade 75h)	15

Tabela 25

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

Legenda do Indicador G1:

A - Sexo Feminino.

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

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

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

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

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

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

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	16914	8375	35	4452	3982	16876	0
CF ANNA NERY	9194	4657	26	3527	3422	9168	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	10905	6192	34	3969	3944	10857	1
CF BARBARA STARFIELD	13588	7238	54	3927	3216	13556	0
CF BIBI VOGEL	11880	6398	63	4629	4108	11808	2
CF CARIOCA	4306	2612	24	2095	1376	4281	1
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12069	6157	58	3540	3287	12026	2
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11674	5889	42	4000	2910	11651	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12604	5014	37	2281	2368	12585	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11656	6287	74	3687	3268	11616	7
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4323	2079	6	820	703	4322	0
CF IZABEL DOS SANTOS	11465	6213	47	4189	2887	11431	1
CF LUIZ CELIO PEREIRA	13229	5891	43	3404	3055	13196	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12587	6340	47	4320	3457	12552	3
CF SERGIO NICOLAU AMIN	10433	5269	22	2676	2053	10415	0
CMS ANTENOR NASCENTES	2191	974	7	655	527	2184	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8073	4143	37	3244	2611	8038	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	11714	6105	73	3947	3234	11691	0
CMS CESAR PERNETTA	7635	2632	10	1292	1205	7627	0
CMS EDUARDO A VILHENA	8668	4166	36	2320	1580	8652	3
CMS ELIZA ABRANTES	8203	3983	41	2456	2132	8168	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	13047	5782	24	3334	2659	13036	0
CMS RENATO ROCCO	7779	4223	46	2640	2645	7724	0
CMS RODOLPHO ROCCO	11847	6047	43	3723	2634	11817	1
CMS TIA ALICE	3919	1866	22	1095	914	3906	3
AP 3.2	249903	124532	951	76222	64177	249183	24

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	16914	1902	448	118	3982	16303	44
CF ANNA NERY	9194	1834	468	129	3422	8184	33
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	10905	1654	382	122	3944	10180	27
CF BARBARA STARFIELD	13588	2035	461	157	3216	12941	32
CF BIBI VOGEL	11880	2363	511	113	4108	10809	64
CF CARIOCA	4306	1033	125	24	1376	4015	5
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12069	1514	372	98	3287	11472	28
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11674	2089	381	83	2910	11147	35
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12604	1066	382	111	2368	12276	17
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11656	1613	182	28	3268	11135	26
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4323	238	75	32	703	4309	1
CF IZABEL DOS SANTOS	11465	1894	345	109	2887	10942	39
CF LUIZ CELIO PEREIRA	13229	1612	340	94	3055	12685	32
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12587	2131	453	79	3457	11921	29
CF SERGIO NICOLAU AMIN	10433	1185	221	64	2053	10114	24
CMS ANTENOR NASCENTES	2191	340	107	44	527	2084	8
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8073	1641	390	87	2611	7432	33
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	11714	1930	312	71	3234	11223	40
CMS CESAR PERNETTA	7635	632	155	57	1205	7437	10
CMS EDUARDO A VILHENA	8668	1200	384	101	1580	8377	17
CMS ELIZA ABRANTES	8203	1157	274	103	2132	7918	17
CMS MILTON FONTES MAGARAO	13047	1571	375	159	2659	12690	27
CMS RENATO ROCCO	7779	1163	302	89	2645	7186	12
CMS RODOLPHO ROCCO	11847	1707	316	96	2634	11424	21
CMS TIA ALICE	3919	579	128	40	914	3728	9
AP 3.2	249903	36083	7889	2208	64177	237932	630

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	16	11	14	15	13	8	14	15	13	16	3
CF ANNA NERY	10	7	5	7	10	5	9	8	7	10	1
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	15	12	14	13	13	8	11	12	11	14	5
CF BARBARA STARFIELD	10	7	7	10	9	8	8	10	9	10	3
CF BIBI VOGEL	15	11	11	13	10	11	14	12	12	15	2
CF CARIOCA	4	1	2	2	3	1	4	4	4	4	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	7	6	7	7	5	3	6	5	7	7	1
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	14	10	8	11	11	7	10	12	13	14	4
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	5	3	4	5	4	3	5	4	5	5	1
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	7	6	6	6	4	3	5	5	5	7	1
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	5	3	2	5	5	1	3	5	3	5	0
CF IZABEL DOS SANTOS	11	5	9	11	8	7	11	10	10	11	2
CF LUIZ CELIO PEREIRA	8	6	5	8	7	6	4	8	7	8	1

CF OLGA PEREIRA PACHECO	9	7	9	9	9	7	9	9	9	9	6
CF SERGIO NICOLAU AMIN	3	1	2	2	3	2	2	2	3	3	1
CMS ANTENOR NASCENTES	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	15	10	12	14	14	6	11	10	10	14	4
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	12	9	8	9	6	7	7	11	8	12	2
CMS CESAR PERNETTA	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	1
CMS EDUARDO A VILHENA	6	6	5	4	6	6	6	5	5	6	3
CMS ELIZA ABRANTES	5	3	5	5	4	5	5	5	4	5	2
CMS MILTON FONTES MAGARAO	11	7	9	10	6	4	10	10	10	11	3
CMS RENATO ROCCO	10	9	8	9	8	7	8	9	10	10	3
CMS RODOLPHO ROCCO	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	3
CMS TIA ALICE	3	2	3	3	1	2	3	3	3	3	1
AP 3.2	210	149	162	187	167	124	174	182	176	208	53

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	20	15	16	13	8	16	0	0	18	20	0
CF ANNA NERY	12	12	12	11	10	11	6	0	12	12	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	12	9	9	9	3	9	3	0	8	12	0
CF BARBARA STARFIELD	15	11	11	12	10	9	7	1	14	15	0
CF BIBI VOGEL	26	24	16	21	10	21	12	4	15	26	0
CF CARIOCA	8	6	6	6	4	7	1	1	7	8	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12	8	7	8	5	10	5	2	4	12	1
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	16	10	11	11	6	15	1	3	14	16	1
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	10	5	2	2	2	8	1	0	5	10	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	14	9	9	10	3	12	3	2	14	14	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	10	0	2	5	0	6	0	0	10	10	0
CF IZABEL DOS SANTOS	18	16	15	18	12	16	6	0	17	18	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	12	11	6	10	10	11	4	3	11	12	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	11	10	7	10	8	9	5	0	11	11	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	8	4	7	7	3	8	3	1	7	8	0
CMS ANTENOR NASCENTES	2	2	1	0	1	1	0	0	0	2	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	11	9	8	9	2	9	0	0	8	11	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	20	14	11	11	10	16	7	0	11	20	0
CMS CESAR PERNETTA	7	0	0	1	1	3	0	0	7	7	0
CMS EDUARDO A VILHENA	12	8	6	7	4	11	6	3	7	12	2
CMS ELIZA ABRANTES	10	8	8	9	4	7	3	2	10	10	1
CMS MILTON FONTES MAGARAO	13	8	7	7	4	10	4	0	7	13	0
CMS RENATO ROCCO	12	10	9	11	5	9	1	2	7	12	0
CMS RODOLPHO ROCCO	14	12	12	13	7	12	3	0	14	14	0
CMS TIA ALICE	5	4	3	3	2	3	1	2	4	5	0
AP 3.2	310	225	201	224	134	249	82	26	242	310	5

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	6	6	12	4	16	4	16	0
CF ANNA NERY	15	4	9	14	5	15	9	15	2
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	5	0	2	4	1	4	1	5	0
CF BARBARA STARFIELD	24	6	11	21	4	23	21	24	2
CF BIBI VOGEL	16	2	10	14	3	16	7	15	0
CF CARIOCA	10	4	6	9	2	10	9	10	1
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	23	6	8	14	2	19	6	23	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	14	3	5	13	4	13	8	14	2
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	8	1	1	2	1	7	2	8	1
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	10	3	2	6	1	9	9	10	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	9	2	4	3	2	8	9	9	0
CF IZABEL DOS SANTOS	16	3	8	13	2	16	14	16	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	12	5	5	7	1	12	8	12	0

CF OLGA PEREIRA PACHECO	9	3	6	8	2	9	9	9	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	12	1	5	11	1	12	4	12	0
CMS ANTENOR NASCENTES	3	1	1	2	0	3	1	3	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	6	3	2	6	0	6	1	6	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	12	5	3	8	3	12	7	12	0
CMS CESAR PERNETTA	2	0	0	0	0	1	2	2	0
CMS EDUARDO A VILHENA	6	0	5	5	3	6	2	5	0
CMS ELIZA ABRANTES	9	6	6	6	0	9	9	9	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	12	1	5	7	1	12	9	12	0
CMS RENATO ROCCO	10	4	7	10	2	10	4	10	0
CMS RODOLPHO ROCCO	12	2	6	4	2	12	9	12	0
CMS TIA ALICE	2	0	0	2	1	2	1	2	0
AP 3.2	273	71	123	201	47	262	165	271	8

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) + triglicérides (código 02.02.01.067-8), realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

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

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

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

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

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

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	2103	1766	1343	966	1452	1242	1120	91	503	2070	3
CF ANNA NERY	1173	964	571	488	941	646	581	92	255	1131	1
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	1257	1077	853	602	695	870	432	48	317	1246	0
CF BARBARA STARFIELD	1472	1260	1103	782	1361	912	661	236	844	1304	5
CF BIBI VOGEL	1571	1329	981	753	1158	945	706	115	463	1499	2
CF CARIOCA	500	444	324	257	438	344	270	29	191	493	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	1393	1155	829	737	766	905	402	18	192	1390	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	1446	1193	874	747	1011	899	732	57	403	1430	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	1278	983	708	609	619	769	666	76	230	1264	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	1250	993	632	470	811	713	495	40	295	1221	2
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	495	399	248	222	153	296	188	23	1	489	1
CF IZABEL DOS SANTOS	1176	946	606	548	849	697	529	37	785	1154	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	1720	1361	863	752	1220	983	832	52	190	1715	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	1669	1370	1029	794	966	1017	936	150	819	1608	1
CF SERGIO NICOLAU AMIN	975	842	625	478	792	599	459	17	249	967	0
CMS ANTENOR NASCENTES	302	262	223	168	223	209	216	0	1	301	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	1101	979	646	595	503	726	597	20	145	1094	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	1249	1073	712	638	807	850	721	458	246	1166	4

CMS CESAR PERNETTA	877	736	403	356	557	387	295	91	137	829	0
CMS EDUARDO A VILHENA	1083	919	652	485	754	616	632	205	418	1028	2
CMS ELIZA ABRANTES	1073	941	729	568	769	708	694	141	72	980	2
CMS MILTON FONTES MAGARAO	1893	1575	1082	977	1052	1230	997	229	285	1847	4
CMS RENATO ROCCO	1038	913	716	519	736	680	530	60	444	986	1
CMS RODOLPHO ROCCO	1665	1295	774	821	970	1028	508	24	691	1658	3
CMS TIA ALICE	460	407	359	257	327	314	329	7	190	454	0
AP 3.2	30219	25182	17885	14589	19930	18585	14528	2316	8366	29324	31

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) + triglicerídeos (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	5179	3977	2896	3419	2484	173
CF ANNA NERY	2656	2036	1235	1760	1434	69
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	3717	2819	2010	2687	1764	104
CF BARBARA STARFIELD	3970	3152	2367	2876	1723	119
CF BIBI VOGEL	3890	2982	2122	2602	1926	114
CF CARIOCA	1206	996	723	862	546	55

CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	3405	2646	1777	2348	1699	137
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	3762	2840	1884	2638	1869	141
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	3146	2193	1583	2097	1611	108
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	3088	2208	1391	1782	1859	83
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	1160	889	542	626	907	80
CF IZABEL DOS SANTOS	3119	2254	1461	2057	1703	117
CF LUIZ CELIO PEREIRA	4197	3060	1894	2608	2339	109
CF OLGA PEREIRA PACHECO	3864	2954	2140	2661	1809	124
CF SERGIO NICOLAU AMIN	2677	2219	1510	1936	1258	100
CMS ANTENOR NASCENTES	837	693	578	589	336	39
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3025	2441	1519	2246	1374	103
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	3050	2448	1666	2235	1364	69
CMS CESAR PERNETTA	1788	1372	819	945	1088	39
CMS EDUARDO A VILHENA	2505	1953	1359	1575	1304	76
CMS ELIZA ABRANTES	2315	1900	1439	1789	898	109
CMS MILTON FONTES MAGARAO	4081	3199	2118	2835	2100	156
CMS RENATO ROCCO	2632	2124	1547	1889	1163	79
CMS RODOLPHO ROCCO	4172	2990	1768	2581	2600	141
CMS TIA ALICE	1087	921	793	796	404	47
AP 3.2	74528	57266	39141	50439	37562	2491

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	7957	6133	2373	3232	3579	603	1210	7809	13
CF ANNA NERY	3979	3224	1038	2153	1550	625	810	3824	12
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	3381	3149	1494	1606	1845	417	384	3340	3
CF BARBARA STARFIELD	5855	4741	2066	2848	2850	716	1290	5676	13
CF BIBI VOGEL	4428	3858	1534	2460	2201	727	1171	4118	30
CF CARIOCA	976	839	430	657	574	80	308	947	12
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	5245	4002	1522	1882	2121	382	605	5205	6
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	5288	3996	1429	2009	2074	371	1767	5159	10
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	8112	5329	1549	1652	2364	744	1016	8029	5
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	4410	3365	1041	1186	1619	406	186	4378	3
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	2037	1314	492	678	1071	36	129	2037	1
CF IZABEL DOS SANTOS	4575	3533	1146	1585	1779	346	882	4513	8
CF LUIZ CELIO PEREIRA	7778	6090	1714	2876	2889	721	1671	7610	14
CF OLGA PEREIRA PACHECO	5605	4390	1656	1873	2480	409	1372	5520	8
CF SERGIO NICOLAU AMIN	5015	3409	1249	1888	1626	305	626	4963	8
CMS ANTENOR NASCENTES	1189	962	501	531	638	122	518	1131	5
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3297	2886	1131	892	1615	342	392	3275	2
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	4213	3203	1171	1962	1806	316	1159	4132	4
CMS CESAR PERNETTA	5805	3408	854	1728	1061	452	977	5725	8
CMS EDUARDO A VILHENA	4570	3213	1134	1670	1897	304	1219	4464	12
CMS ELIZA ABRANTES	3550	2473	1199	1399	1694	303	1555	3414	11
CMS MILTON FONTES MAGARAO	7129	5096	1834	2285	2846	542	1814	7028	10
CMS RENATO ROCCO	2876	2424	1169	1373	1517	508	453	2771	7
CMS RODOLPHO ROCCO	5206	4213	1388	2607	2062	231	1077	5154	7
CMS TIA ALICE	2087	1416	743	896	959	228	554	1995	8
AP 3.2	114563	86666	31857	43928	46717	10236	23145	112217	220

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	7	7	7	7	6	6	7	7	3	1
CF ANNA NERY	6	6	4	6	3	5	5	6	4	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	10	10	10	9	5	6	5	10	9	0
CF BARBARA STARFIELD	4	4	4	3	2	4	4	4	2	0
CF BIBI VOGEL	10	10	9	8	6	8	9	10	9	2
CF CARIOCA	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	5	5	5	5	3	5	2	5	5	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	3	3	3	2	2	3	3	3	2	1
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	5	5	5	4	4	4	5	5	3	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
CF IZABEL DOS SANTOS	4	4	4	3	2	3	4	4	4	1
CF LUIZ CELIO PEREIRA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

CF OLGA PEREIRA PACHECO	8	8	8	6	2	6	8	8	8	1
CF SERGIO NICOLAU AMIN	6	6	6	6	4	5	5	6	5	2
CMS ANTENOR NASCENTES	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	2	1	2	2	2	0	1	2	2	0
CMS CARLOS GENTILE DE MELLO	11	11	11	11	8	11	8	11	5	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	1	1
CMS ELIZA ABRANTES	5	5	4	3	3	4	1	5	5	1
CMS MILTON FONTES MAGARAO	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
CMS RENATO ROCCO	15	14	14	11	13	11	11	15	11	3
CMS RODOLPHO ROCCO	5	5	5	4	3	3	5	5	4	1
CMS TIA ALICE	3	3	3	3	2	3	3	3	1	0
AP 3.2	118	116	113	102	76	96	92	118	89	17

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	730	6	186	723	0
CF ANNA NERY	825	2	162	821	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	802	0	154	802	0
CF BARBARA STARFIELD	647	1	200	647	0
CF BIBI VOGEL	469	8	126	462	1
CF CARIOCA	328	0	228	328	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	841	5	135	840	1
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	830	2	175	826	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	532	0	80	532	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	395	0	104	395	0

CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	224	0	1	224	0
CF IZABEL DOS SANTOS	459	0	166	459	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	615	15	101	597	1
CF OLGA PEREIRA PACHECO	808	10	314	799	1
CF SERGIO NICOLAU AMIN	470	1	93	469	0
CMS ANTENOR NASCENTES	146	0	1	146	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	679	0	101	678	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	874	2	183	873	1
CMS CESAR PERNETTA	79	2	23	76	0
CMS EDUARDO A VILHENA	267	0	61	267	0
CMS ELIZA ABRANTES	719	1	34	719	1
CMS MILTON FONTES MAGARAO	779	3	85	779	3
CMS RENATO ROCCO	658	0	150	658	0
CMS RODOLPHO ROCCO	581	10	157	571	0
CMS TIA ALICE	364	8	105	353	0
AP 3.2	14121	76	3125	14044	9

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 Janeiro de 2026 pela Supervisão de Território e Analista do planejamento do IGEDES.

Reunião de Gestores			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CMS Rodolpho Rocco	Marianna/ Amanda	07/01/2026-manhã	Reunião de gestores
Monitoramento e avaliação de CNES			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
Reunião online	SIAP/ Marianna	07/01/2026	Monitoramento e avaliação de CNES
Reunião para planejamento 2026			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CMS Milton Fontes Magarão	Gerente /Amanda	08/01/2026	Reunião para planejamento 2026
Reunião para planejamento 2026			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CF Honorio José	Gerente /Amanda	13/01/2026	Reunião para planejamento 2026
Reunião para planejamento 2026			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CF Amelia dos Santos	Gerente/ Marianna	14/01/2026	Reunião para planejamento 2026
Reunião planejamento 2026 coordenação /DASPS/ Supervisão			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CAP 3.2	Todos/ Marianna, Amanda	19/01/2026	Reunião planejamento 2026 coordenação /DASPS/ Supervisão

Treinamento Comissão de Prontuário			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CMS Cesar Pernetta	Andressa/ Amanda	11/11/2025 as 16h	Treinamento para realização da comissão de prontuário
Treinamento Colegiado Gestor			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CF Sergio Nicolau Amin	Priscilla/ Amanda	13/11/2025 as 10h	Participação e avaliação do colegiado gestor da unidade
Treinamento Colegiado Gestor			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CMS Rodolpho Rocco	Thiago/ Marianna	26/11/2025 as 14h	Participação e avaliação do colegiado gestor da unidade
Retorno do Plano de Ação – Indicadores			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CF Emygdio Alves	Alisia/ Marianna	13/11/2025 as 14h	Discussão e Pactuação de indicadores frágeis
Retorno do Plano de Ação – Indicadores			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CF Bárbara Starfield	Flavia/ Rodrigo	27/11/2025 14h	Discussão e Pactuação de indicadores frágeis
Reunião Gestores			
Unidade	Gerente/ Supervisor	Data da Visita Técnica	Atividade
CAP 3.2	Todos/ Rodrigo, Marianna, Amanda	12/11/2025 14h	Reunião de gestores com premiação por performance na validação de cadastro
Reunião de alinhamento Processo de Trabalho			
Unidade	Supervisores	Data da Atividade	
CAP 3.2	Marianna, Rodrigo e Amanda	26/11/2025 às 13h	

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