IGEDES

INSTITUTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO

Gestão com propósito
para cuidar de vidas.

TEIAS 3.2

RELATORIO DE GESTAO



Contrato Nº 007/2021

Termo Aditivo N° 010/2023 e Nº 003/2025.

Referência: abril de 2026

EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Gerente Executivo de Projetos-Rio

Rodrigo Moraes

Gerente de Projeto

Priscilla Oliveira

Gerente de Planejamento

Mônica do Carmo

Analista 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
ATIVIDADES REALIZADAS 10
INDICADORES DO CONTRATO DE GESTÃO 19
1. PARTE VARIÁVEL 01 20
Resultado dos Indicadores da Variável 01: Incentivo à Gestão do TEIAS 22
INDICADOR 01: Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades 22
INDICADOR 02: Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) 23
INDICADOR 03: Estrutura para impressão de documentos assistenciais 24
INDICADOR 04: Abastecimento regular das unidades 25
INDICADOR 05: Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados 26
INDICADOR 06: Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO) 27
INDICADOR 07: Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3) 28
INDICADOR 08: Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos 29
INDICADOR 09: Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde 29
INDICADOR 10: Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados 30
INDICADOR 11: Proporção de cura de Tuberculose 31
INDICADOR 12: Acompanhamento de Sífilis na Gestação 33
INDICADOR 13: Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas. 34
INDICADOR 14: Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) 36
INDICADOR 15: Manutenção dos Colegiados Gestores 37
INDICADOR 16: Rotatividade de profissionais nas equipes de saúde 38
INDICADOR 17: Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca 39
INDICADOR 18: Percentagem de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de saúde 41
INDICADOR 19: Percentagem de famílias com entrega de kits de higiene oral 41
2. PARTE VARIÁVEL 02 43
Resultado dos Indicadores da Variável 02: Incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária 43
COMPLETUDE DE CADASTROS 43
INDICADOR A1: Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família. 45
INDICADOR A2: Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos. 46
INDICADOR A3: Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos. 47
INDICADOR A4: Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos. 49
INDICADOR A5: Proporção de itens da carteira de serviço implementados. 50
INDICADOR A6: Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico. 51
INDICADOR A7: Cobertura de primeira consulta odontológica programática. 53

INDICADOR D1: Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos. 54

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.....55

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.....57

INDICADOR D4: Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.....58

INDICADOR D5: Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.....59

INDICADOR D6: Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. 60

INDICADOR D7: Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida. ...61

INDICADOR D8: Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. 62

INDICADOR E1: Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário.....64

INDICADOR E2: Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.....65

INDICADOR E3: Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.66

INDICADOR E4: Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG.....67

3. PARTE VARIÁVEL 03 71

Resultado dos Indicadores da Variável 03: Incentivo institucional à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal (eSB).....71

GRUPO 01 (G1): Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU.....72

GRUPO 02 (G2): Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino 74

GRUPO 03 (G3): Acompanhamento de uma gravidez 75

Na análise parcial do indicador Grupo 03 (G3) – Acompanhamento de uma gravidez, observa-se que a AP 3.2 apresentou 203 gestantes com pré-natal encerrado no período de vigência.....77

GRUPO 04 (G4): Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano 77

GRUPO 05 (G5): Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano 79

GRUPO 06 (G6): Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano.....80

GRUPO 07 (G7): Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano. 82

GRUPO 08 (G8): Acompanhamento anual de uma pessoa idosa 84

GRUPO 09 (G9): Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose 85

GRUPO 10 (G10): Acompanhamento de uma pessoa tabagista 87

4. REFERÊNCIAS.....89

5. ANEXOS.....89

INTRODUÇÃO

O Instituto de Gestão e Desenvolvimento (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 1° 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 2° 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, Nº003/2025 que teve como objeto a prorrogação do contrato de gestão, Nº 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.

Tabela 1 - Relação de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal por Unidade de APS, AP 3.2

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 Gentille 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

Fonte: Prontuário Eletrônico (PEP)

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 abril de 2026, o Super Centro Carioca de Vacinação do Shopping Nova América realizou a aplicação de **15411** doses de imunizantes.

ATIVIDADES REALIZADAS NO MÊS DE ABRIL DE 2026

Durante o mês de abril, a Supervisão Técnica realizou visitas regulares às unidades de saúde, oferecendo suporte contínuo aos gestores na implementação e qualificação dos processos operacionais. Nesses espaços, foram promovidas discussões relacionadas à avaliação interna das equipes, planejamento de ações, análise das supervisões realizadas e alinhamento de fluxos administrativos e assistenciais, envolvendo gestores e profissionais das unidades.

Entre as atividades desenvolvidas, destacam-se o acompanhamento dos processos de remanejamento de profissionais, com adequação das alocações conforme as necessidades específicas de cada unidade, bem como a articulação junto aos setores responsáveis para viabilização das solicitações. Também foram realizadas visitas técnicas voltadas ao fortalecimento da responsabilidade institucional e da transparência das ações, promovendo debates sobre boas práticas e identificando oportunidades de aprimoramento nos processos de trabalho.

As visitas possibilitaram, ainda, a análise sistemática dos indicadores de saúde, permitindo identificar necessidades específicas de apoio técnico e fortalecer o alinhamento das equipes às diretrizes da SMS RJ. Nesse contexto, foram reforçadas orientações quanto à importância da alimentação adequada e qualificada dos sistemas de informação, destacando a necessidade de registros completos, precisos e atualizados, fundamentais para o monitoramento dos resultados e para a continuidade do cuidado prestado à população.

A avaliação contínua dos indicadores mostrou-se essencial para monitorar o desempenho das equipes, identificar fragilidades nos processos instituídos e propor intervenções oportunas. Esta também se dá por meio de análise de prontuários, que pode ser de forma remota ou presencial. A partir da análise realizada, quando identificado fragilidades no processo, são efetivadas intervenções in loco, em conjunto com o gestor e quando necessária junto as equipes. Esse acompanhamento favorece o alinhamento das práticas às metas estabelecidas, promovendo maior eficiência, organização e qualificação dos serviços ofertados à população.

Destaca-se também o apoio ao Colegiado Gestor das unidades, compreendido como espaço estratégico de construção coletiva, diálogo intersetorial e fortalecimento da participação social no território. Por meio de reuniões periódicas, o colegiado reuniu representantes das unidades de saúde, lideranças comunitárias, conselheiros locais, equipes técnicas e gestores,

favorecendo o debate qualificado das demandas da população, voltadas à melhoria da assistência.

No âmbito da qualificação dos processos assistenciais e gerenciais, ressalta-se a participação nas comissões de revisão de prontuários. A atuação dessas comissões na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para avaliar a qualidade da assistência, bem como a completude, organização e conformidade dos registros clínicos realizados pelos profissionais de saúde. Esse processo contribui para a continuidade do cuidado, fortalece a segurança do paciente, subsidia ações de planejamento e gestão, além de assegurar o cumprimento dos aspectos éticos, legais e normativos relacionados ao prontuário.
A Supervisão Técnica manteve atuação integrada às ações desenvolvidas pela Coordenadoria de Área, participando ativamente de processos institucionais estabelecidos, tal como: o Monitoramento de Indicadores de Saúde e Qualificação das Reuniões de Equipe, projetos que seguem em desenvolvimento e execução com acompanhamento contínuo.

Em todas as visitas técnicas, foi reforçada a importância da manutenção das unidades livres de itens inservíveis, observando os fluxos institucionais estabelecidos, de modo a assegurar a organização dos espaços, o adequado funcionamento das unidades e o cumprimento das normas sanitárias vigentes, prevenindo inconformidades e possíveis sanções dos órgãos fiscalizadores.

A Supervisão Técnica segue desempenhando papel fundamental em estreita articulação com a Coordenação de Área, oferecendo suporte especializado e intervindo de forma direcionada sempre que necessário, especialmente em situações de maior complexidade. Essa atuação colaborativa contribui para a melhoria contínua dos serviços de saúde, fortalecendo a qualidade da assistência e a segurança dos processos gerenciais desenvolvidos nas unidades.

Algumas das atividades descritas acima, estão apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 1 - Relação de atividades realizadas no mês de abril de 2026, AP 3.2.

Visita Técnica - Saúde Bucal
Unidade – CF Sérgio Nicolau Amin Supervisor – Nerusa Data da Visita Técnica – 06/04/2026

Atividade – Visita técnica para avaliação dos processos e indicadores de saúde bucal
Reunião - Colegiado Gestor
Unidade – CMS Ariadne Lopes de Menezes Supervisor(s) – Amanda Data da Visita Técnica – 07/04/2026 Atividade – Colegiado Gestor
Feedback - Gestor
Unidade – CAP 3.2 Supervisor(s) – Amanda e Rodrigo Data da Visita Técnica – 10/04/2026 Atividade – Feedback com a gestora Priscilla Costa da CF Erivaldo Fernandes Nóbrega
Feedback - Gestor
Unidade – CAP 3.2 Supervisor(s) – Amanda e Rodrigo Data da Visita Técnica – 10/04/2026 Atividade – Feedback com a gestora Angélica do CMS Milton Fontes Magarão
Projeto CAP - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões de Equipes
Unidade – CF Honório José de Andrade Supervisor(s) – Amanda e Marianna Data da Visita Técnica – 14/04/2026 Atividade – Monitoramento de indicadores com o gestor e participação nas reuniões das equipes
Reunião – Comissão de Prontuário
Unidade – CMS Carlos Gentile de Mello Supervisor(s) – Amanda Data da Visita Técnica – 16/04/2026 Atividade – Reunião comissão de discussão de prontuários
Projeto CAP - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões de Equipes
Unidade – CF Edney Canazaro de Oliveira Supervisor(s) – Rodrigo e Marianna Data da Visita Técnica – 16/04/2026 Atividade – Monitoramento de indicadores com o gestor e participação nas reuniões das equipes
Feedback - Gestor

Unidade – CAP 3.2 Supervisor(s) – Marianna, Amanda e Rodrigo Data da Visita Técnica – 17/04/2026 Atividade – Feedback com o gestor Douglas da CF Amélia dos Santos
Feedback - Gestor
Unidade – CAP 3.2 Supervisor(s) – Marianna, Amanda e Rodrigo Data da Visita Técnica – 17/04/2026 Atividade – Feedback com o gestor Daniel da CF Bibi Vogel
Feedback - Gestor
Unidade – CAP 3.2 Supervisor(s) – Amanda e Rodrigo Data da Visita Técnica – 17/04/2026 Atividade – Feedback com a gestora Gisele do CMS Carlos Gentille de Mello
Feedback - Gestor
Unidade – CAP 3.2 Supervisor(s) – Amanda, Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica – 24/04/2026 Atividade – Feedback com a gestora Amanda da CF Luiz Célio Pereira
Feedback - Gestor
Unidade – CAP 3.2 Supervisor(s) – Amanda, Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica – 24/04/2026 Atividade – Feedback com o gestor Hélio do CMS Rodolpho Rocco
Feedback - Gestor Feedback - Gestor
Unidade – CAP 3.2 Supervisor(s) – Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica – 24/04/2026 Atividade – Feedback com a gestora Alisia da CF Emygdio Alves Costa Filho
Projeto CAP - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões Feedback - Gestor
Unidade – CMS César Pernetta Supervisor(s) – Marianna

Data da Visita Técnica – 28/04/2026 Atividade – Monitoramento de indicadores de saúde com o gestor
Projeto CAP - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões de Equipes
Unidade – CF Luiz Celio Pereira Supervisor(s) – Rodrigo e Marianna Data da Visita Técnica – 28/04/2026 Atividade – Monitoramento de indicadores com o gestor e participação nas reuniões das equipes
Projeto CAP - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões de Equipes
Unidade – CF Erivaldo Fernandes Nóbrega Supervisor(s) – Amanda, Rodrigo e Marianna Data da Visita Técnica – 30/04/2026 Atividade – Monitoramento de indicadores com o gestor e participação nas reuniões das equipes

Fonte: elaboração própria

REGITROS FOTOGRÁFICOS DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Figura 1 - Reunião de Colegiado Gestor, CMS Ariadne Lopes de Menezes



Figura 2- Reunião Comissão de Prontuários, CMS Carlos Gentille de Mello



Figura 3 - Ação de Monitoramento de Indicadores de Saúde e Qualificação das Reuniões de Equipe, CMS César Pernetta.



Figura 4- Ação de Monitoramento de Indicadores de Saúde e Qualificação das Reuniões de Equipe, CF Honório José de Andrade.



Figura 5 - Ação de Monitoramento de Indicadores de Saúde e Qualificação das Reuniões de Equipe, CF Edney Canazaro de Oliveira.



Figura 6 - Ação de Monitoramento de Indicadores de Saúde e Qualificação das Reuniões de Equipe, CF Luiz Célio Pereira



Figura 7 - Ação de Monitoramento de Indicadores de Saúde e Qualificação das Reuniões de Equipe, CF Erivaldo Fernandes Nobrega.



Figura 8 - Reunião Semanal de Feedback aos Gestores, CAP 3.2.



INDICADORES DO CONTRATO DE GESTÃO

Este relatório visa a apresentação das principais ações na execução do contrato de gestão 07/2021, contendo os resultados de cada indicador referente às metas pactuadas, compreendendo as realizações institucionais contratualizadas para o mês de **ABRIL 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 VARIÁVEL 01

A variável 01 é composta por 19 indicadores e seus resultados são avaliados mensamente, 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.

Quadro-Síntese, reúne os resultados da variável 1 (um) referentes ao mês de abril de 2026.

Análise Assistencial Variável 1 – Competência ABRIL de 2026					
Indicador	Meta	Numerador / Denominador		RESULTADO	Alcançado (Sim/Não)
01 - Manutenção de comissões de prontuário	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
02 - Acompanhamento do Cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES)	95%	N	1258	95,81%	SIM
		D	1313		
03 - Estrutura para impressão de documentos assistenciais	95%	N	399	99,25%	SIM
		D	402		
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 - Proporção de equipes ESF que receberam mensalmente por e-mail pela OSS o resultado dos indicadores de desempenho (variável 2 e 3) de sua equipe	100%	N	1313	100,00%	SIM
		D	1313		
	≤ 1	N	TRIMESTRAL	-	NSA

08 - Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos		D	TRIMESTRAL		
09 - Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	95%	N	TRIMESTRAL	-	NSA
		D	TRIMESTRAL		
10 - Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	95%	N	634	97,99%	SIM
		D	647		
11 - Proporção de cura de Tuberculose	90%	N	43	91,49%	SIM
		D	47		
12 - Acompanhamento de Sífilis na Gestação	90%	N	10	40,00%	NÃO
		D	25		
13 - Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas	85%	N	169	87,56%	SIM
		D	193		
14 - Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	90%	N	447566	99,52%	SIM
		D	449747		
15 - Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
16 - Rotatividade de profissionais nas equipes	≤ 5	N	28	2,27	NSA
		D	1236		
17 - Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	40%	N	-	-	NSA
		D	-		
18 - Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pela eSF e eSB	90%	N	136	100,00%	SIM
		D	136		
19 - Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	100%	N	1905	16,10%	NSA
		D	11832		

Tabela 2 - Fonte: PEP/VitaCare, competência: 01/04/2026 a 30/04/2026.

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

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 **ABRIL de 2026**.

INDICADOR 01: Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades

1. PROPORÇÃO DE UAP COM COMISSÕES DE PRONTUÁRIOS MANTIDAS			
META	ABR	MAI	JUN
95%	100,00%		
Cálculo do Indicador: Nº de unidades com comissões em atividade mensal / Nº de unidades com equipes de saúde da família x 100. **Fonte:** PEP VITACARE + todas as unidades ativas conhecidas no sistema **Periodicidade da avaliação:** Trimestral **Nota:** meta alcançada no período em análise.			

Tabela 3

O presente indicador mensura a conformidade das unidades de atenção primária (UAP), sobre a manutenção das Comissões de Revisão de Prontuários (CRP). A 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 abril de 2026 alcançamos 100% manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades.

INDICADOR 02: Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

2. PROPORÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE CADASTRADAS NO SCNES			
META	ABR	MAI	JUN
95%	95,81%		
Cálculo do Indicador: Nº de profissionais das equipes de SF e AB cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES / Nº de profissionais das eSF e eSB cadastrados no prontuário x 100. **Fonte:** PEP + arquivo exportação do CNES. **Periodicidade da avaliação:** Trimestral			

Tabela 4

Este indicador tem como objetivo acompanhar o cadastro dos colaboradores e comparar se os profissionais registrados no sistema de prontuário eletrônico (PEP), correspondem aos profissionais atuantes nas Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Saúde Bucal (eSB), além de confirmar sua devida correspondência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (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 PEP, com foco na constante correção e atualização das informações.

A fim de mantermos em conformidade este indicador, 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. Possíveis divergências identificadas são direcionadas às UAP para correção. A partir desta ação é possível dar continuidade ao processo de criação de logins, necessários aos novos

profissionais, em conformidade com o CNES, que segue 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 abril alcançamos **95,81%** do acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

INDICADOR 03: Estrutura para impressão de documentos assistenciais

3. PERCENTUAL DE CONSULTÓRIOS COM IMPRESSORAS FUNCIONANDO			
META	ABR	MAI	JUN
95%	99,25%		
Cálculo do Indicador: Nº de consultórios assistenciais com impressora disponível e funcionando nas unidades da AP / nº de consultórios assistenciais nas unidades da AP x 100. **Fonte:** PEP VITACARE **Periodicidade da avaliação:** Trimestral **Nota:** meta alcançada no período em análise.			

Tabela 5

O presente indicador monitor a funcionalidade dos equipamentos de impressão nos consultórios, recurso considerado crítico para a resolutividade assistencial e a eficiência administrativa. O cuidado com os documentos gerados nos atendimentos, como receitas, solicitações de exames e orientações, é essencial para garantir uma comunicação clara e eficaz entre a instituição/profissional e o usuário do serviço, reduzindo possíveis dúvidas ou

imprecisões nessa relação. Isso está diretamente ligado aos princípios da Segurança do Paciente.

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

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

No mês de abril de 2026, foi reforçada a orientação quanto à necessidade de economia no consumo de papel, bem como à ampliação da informatização dos processos de trabalho nas unidades. Nesse contexto, o indicador atingiu o percentual de **99,25%**, evidenciando que praticamente todas as unidades dispõem de estrutura e qualidade adequadas para a impressão de documentos assistenciais.

INDICADOR 04: Abastecimento regular das unidades

4. PROPORÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE REGULARMENTE ABASTECIDAS			
META	ABR	MAI	JUN
95%	100,00%		

Cálculo do Indicador: Nº de declarações de abastecimento adequado / Nº de unidades recebendo apoio à gestão x 100.
Fonte: PEP VITACARE
Periodicidade da avaliação: Trimestral
Nota: meta alcançada no período em análise.

Tabela 6

Este indicador mensura regularidade do abastecimento e a adequada provisão de recursos, por meio de declaração formal mensal emitida pelos gestores das UAP. Seu desempenho demonstra impactos significativos nos serviços de saúde, bem como na percepção por parte dos profissionais e da população (Infante, 2007). Nesse contexto, o IGEDES atua de forma contínua para manter a qualidade do serviço prestado, aprimorando processos e reforçando o compromisso com a melhoria contínua das rotinas internas relacionadas ao abastecimento das Unidades de Atenção Primária da AP 3.2. O desfecho esperado dessas ações é a melhoria dos resultados assistenciais e das condições de cuidado ofertadas aos usuários, tendo sempre como foco central a qualidade da atenção à saúde.

No mês de abril de 2026, o indicador de abastecimento regular alcançou **100%** das unidades de saúde abastecida neste período.

INDICADOR 05: Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados

5. PROPORÇÃO DE UNIDADES QUE REALIZAM O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS			
META	ABR	MAI	JUN
95%	100,00%		
Cálculo do Indicador: Nº de unidades que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário / Nº total de unidades da área x 100. **Fonte:** PEP VITACARE **Periodicidade da avaliação:** Trimestral **Nota:** meta alcançada no período em análise.			

Tabela 7

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

No caso específico dos medicamentos controlados, a descentralização assume um papel ainda mais significativo, diante dos riscos relacionados ao uso inadequado, como intoxicações,

alterações cognitivas e desenvolvimento de dependência. Nesse cenário, o farmacêutico deve ultrapassar o papel tradicional da dispensação, atuando ativamente na orientação terapêutica, na recusa de prescrições que não estejam de acordo com os critérios clínicos e na promoção de informações seguras e baseadas em evidências. Essa atuação contribui diretamente para a segurança do paciente e para a qualificação do processo assistencial. Dessa forma, garantir a presença do profissional farmacêutico na dispensação de medicamentos controlados representa uma decisão estratégica da gestão em saúde. Na Área Programática 3.2, todas as unidades de saúde contam com farmácia, o que demonstra um avanço significativo na estruturação dos serviços e na consolidação da Atenção Farmacêutica de qualidade.

No mês de abril 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.

INDICADOR 06: Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)

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

Tabela 8

A equipe da Gerência de Planejamento do IGEDES acompanha a transmissão das informações originadas nas unidades de saúde da AP para o Ministério da Saúde, juntamente com o setor DICA da CAP 3.2. Este procedimento ocorre por meio de arquivos compactados pelo sistema VitaCare, abrangendo a produção das unidades, denominadas "*thrifts*", por meio do PEC e-SUS APS. Esse sistema é o Prontuário Eletrônico do Cidadão para a Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. Atualmente, a rotina está sendo executada semanalmente pelas UAP.

A equipe também mantém um fluxo de informação no qual recebe das Unidades de Atenção Primária, os arquivos de produção no primeiro dia útil de cada mês, realiza o faturamento dos

procedimentos e encaminha à DICA da AP 3.2 em tempo oportuno e adequado. As glosas são analisadas e é realizado um *feedback* às unidades com orientações para adequação.

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

INDICADOR 07: Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3)

7. PROPORÇÃO DE EQUIPES DE SF QUE RECEBERAM MENSALMENTE POR E-MAIL PELA OSS O RESULTADO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (VARIÁVEIS 2 e 3) DE SUA EQUIPE.			
META	**ABR**	**MAI**	**JUN**
100%	100,00%		
Cálculo do Indicador: Nº de equipes de SF que receberam mensalmente por e-mail pela OSS o envio do relatório contendo os quadros com os resultados dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua equipe / nº total de equipes de ESF da área **Fonte:** E-mails enviados para as equipes pela OSS **Periodicidade da avaliação:** Trimestral			

Tabela 9

O indicador de Regularidade no envio dos indicadores de desempenho, com um resultado de 100%, evidencia o comprometimento em promover a transparência dos resultados alcançados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e das Equipes de Saúde Bucal (eSB).

Esse processo envolvia a disseminação mensal dos indicadores de desempenho (V2 e V3) por meio do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), garantindo que todos os profissionais das equipes tivessem acesso às informações atualizadas sobre o desempenho de suas atividades. Contudo, em 15 de outubro de 2025 foi publicado pela Secretaria Municipal de Saúde o ofício **2025/41485,** onde altera a forma como esse indicador será contabilizado bem como sua nomenclatura.

A nova rotina de envio das informações às Unidades de Saúde passa a ser responsabilidade do IGEDES. Os arquivos com as Variáveis 2 e 3 são exportados pelo setor de Planejamento no 3º dia útil de cada mês e enviados por e-mail à todas as equipes de cada Unidade, garantindo que todos tenham acesso aos dados. Os e-mails das equipes e comprovantes de envio são anexados a este relatório.

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

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

INDICADOR 08: Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos

8. RAZÃO DO GASTO ADMINISTRATIVO EM RELAÇÃO AO TOTAL DE GASTO			
META	**ABR**	**MAI**	**JUN**
≤ 1	INDICADOR TRIMESTRAL		
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			

Tabela 10

INDICADOR 09: Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde

9. PROPORÇÃO DE ITENS ADQUIRIDOS COM VALOR ABAIXO DA MÉDIA DO BANCO DE PREÇOS DO MS OU SMS			
META	**ABR**	**MAI**	**JUN**
95%	INDICADOR TRIMESTRAL		
Cálculo do Indicador: Total de itens comprados abaixo da média de preços / Total de itens adquiridos x 100 **Fonte:** Prestação de contas **Periodicidade da avaliação:** Trimestral **Nota:** Este indicador é apresentado ao final do trimestre			

Tabela 11

INDICADOR 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	ABR	MAI	JUN
95%	97,99%		
Cálculo do Indicador: Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade do período de análise / Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise (D=32) x 100. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral			

Tabela 12

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

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

No mês de abril de 2026, a avaliação geral do indicador de qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados alcançou 97,99 %. Apesar do resultado satisfatório, algumas unidades de saúde sinalizaram fragilidades relacionadas à qualidade de determinados itens e serviços, conforme descrito abaixo:

- CF Amélia dos Santos Ferreira AP 3.2 – 80,00%
- CMS César Pernetta AP 3.2 – 90,00%
- CF Sérgio Nicolau Amin AP 3.2 – 95,24%

- CF Izabel dos Santos AP 3.2 – 95,83%
- CMS Antenor Nascentes AP 3.2 – 95,83%
- CF Bárbara Starfield AP 3.2 – 96,00%
- CMS Renato Rocco AP 3.2 – 96,15%

A partir deste resultado, poderão ser priorizadas ações de apoio às unidades que apresentaram maiores fragilidades na avaliação da qualidade dos itens e serviços, com foco na identificação das principais inconformidades e na articulação de intervenções junto às áreas responsáveis. Essas medidas visam promover a melhoria contínua, a qualificação dos insumos e o aprimoramento dos serviços ofertados. A estratégia busca, ainda, fortalecer os processos de monitoramento, ampliar a capacidade de resposta das equipes e garantir maior satisfação dos profissionais e usuários da rede de Atenção Primária.

INDICADOR 11: Proporção de cura de Tuberculose

11. PROPORÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE ENCERRADOS COMO CURA NO PERÍODO			
META	ABR	MAI	JUN
90%	91,49%		
Cálculo do Indicador: Nº de casos novos de tuberculose encerrados como cura na área no período de análise / Nº total de casos novos de tuberculose encerrados na área no período em análise X 100. **Fonte:** PEP Vitacare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral			

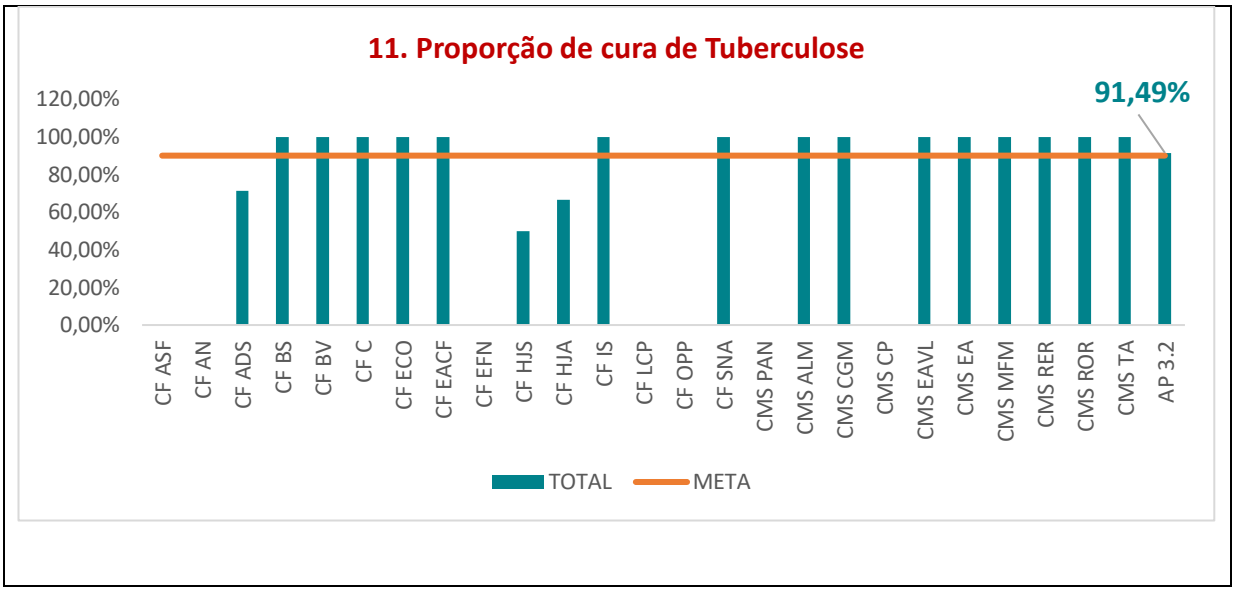


Tabela 13

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

No mês de abril de 2026, a AP 3.2 apresentou percentual de cura de tuberculose de 91,49%, resultado acima da meta pactuada de 90%. No período analisado, foram encerrados 47 casos de tuberculose, sendo 43 encerrados por cura e 4 com outros desfechos, demonstrando desempenho satisfatório do território, apesar das fragilidades identificadas em algumas unidades.

As unidades CF Amélia dos Santos Ferreira, CF Anna Nery, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Luiz Célio Pereira, CF Olga Pereira Pacheco, CMS Antenor Nascentes e CMS César Pernetta não apresentaram encerramento de casos de tuberculose no período avaliado.

As unidades que apresentaram impacto negativo no indicador foram a CF Anthídio Dias da Silveira, a CF Herbert José de Souza e a CF Honório José de Andrade, devido à ocorrência de encerramentos por abandono e óbito. A CF Anthídio Dias da Silveira apresentou percentual de cura de 71,43%, com dois casos encerrados por abandono. Na CF Herbert José de Souza, o indicador apresentou percentual de 50% de cura, com um caso encerrado por abandono. Já a CF Honório José de Andrade apresentou percentual de cura de 66,67%, com um caso encerrado por óbito.

Os quatro casos não encerrados por cura, foram avaliados de forma individual, a partir da análise do prontuário.

.

INDICADOR 12: Acompanhamento de Sífilis na Gestação

12. PROPORÇÃO DE NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO COM TRATAMENTO ADEQUADO			
META	ABR	MAI	JUN
90%	40,00%		

Cálculo do Indicador: Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para sífilis na gestação com tratamento adequado no período de análise / Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para sífilis na gestação no período em análise X 100.
Fonte: PEP VitaCare
Periodicidade da avaliação: Trimestral

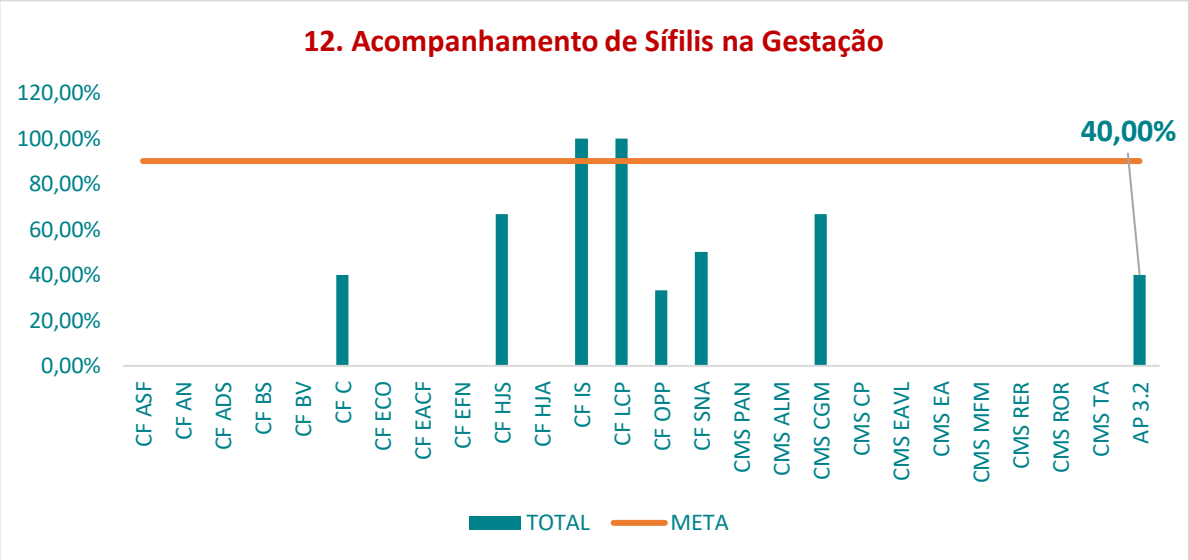


Tabela 14

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

Ao analisar o acompanhamento e tratamento adequado da sífilis na gestação, apresentou em abril de 2026 um total de 25 gestantes com encerramento de gestação e diagnóstico de sífilis na AP 3.2. Destas, apenas 10 gestantes foram consideradas tratadas adequadamente, resultando em um desempenho geral de 40% no indicador, enquanto 15 gestantes apresentaram tratamento classificado como inadequado pelo sistema.

As unidades que não apresentaram encerramento de gestantes em tratamento de sífilis no período foram a CF Bárbara Starfield AP 32, CF Bibi Vogel AP 32, CF Edney Canazaro de

Oliveira AP 32, CF Emygdio Alves Costa Filho AP 32, CF Erivaldo Fernandes Nobrega AP 32, CF Honorio José de Andrade AP 32, CMS Ariadne Lopes de Menezes AP 32, CMS César Pernetta AP 32, CMS Eduardo A. Vilhena AP 32, CMS Eliza Abrantes AP 32, CMS Renato Rocco AP 32 e CMS Tia Alice AP 32.

As unidades que alcançaram 100% das gestantes tratadas adequadamente no período foram a CF Izabel dos Santos AP 32 e a CF Luiz Célio Pereira AP 32, demonstrando adequado acompanhamento clínico e correto registro das informações no prontuário eletrônico.

As unidades que apresentaram diferenças no indicador foram a CF Amélia dos Santos Ferreira AP 32, CF Anna Nery AP 32, CF Anthídio Dias da Silveira AP 32, CF Carioca AP 32, CF Herbert José de Souza AP 32, CF Olga Pereira Pacheco AP 32, CF Sérgio Nicolau Amin AP 32, CMS Antenor Nascentes AP 32, CMS Carlos Gentille de Mello AP 32, CMS Milton Fontes Magarão AP 32 e CMS Rodolpho Rocco AP 32.

INDICADOR 13: Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas.

13. PROPORÇÃO DE GESTANTES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REGISTRADAS NO PEP			
META	**ABR**	**MAI**	**JUN**
85%	87,56%		

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

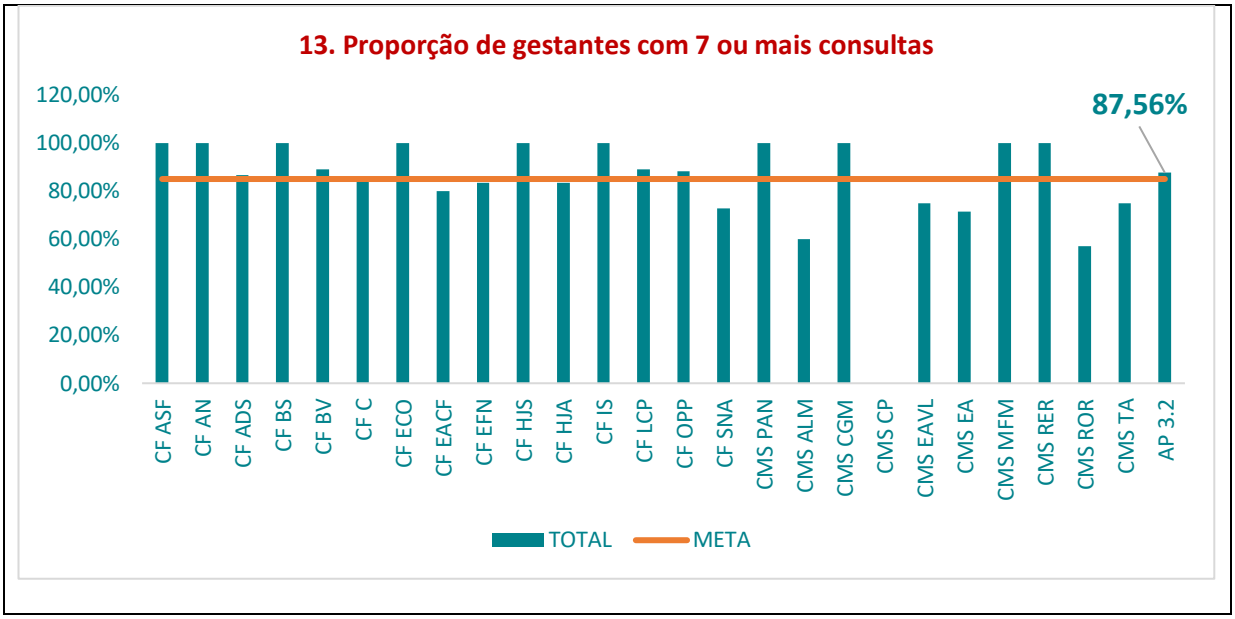


Tabela 15

Análise do Indicador 13 – Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal

No mês de abril de 2026, foram acompanhadas 193 gestantes com encerramento de gestação na AP 3.2, sendo que 169 realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, correspondendo a um resultado geral satisfatório do indicador. Entretanto, 24 gestantes encerraram a gestação com menos de 7 consultas registradas, demonstrando a necessidade de fortalecimento de estratégias de captação precoce, acompanhamento longitudinal e busca ativa das faltosas.

As unidades que apresentaram diferenças no indicador foram:

- CF Anthidio Dias da Silveira AP 32 – 86,67% (2 gestantes)
- CF Bibi Vogel AP 32 – 88,89% (1 gestante)
- CF Carioca AP 32 – 85,71% (1 gestante)
- CF Emygdio Alves Costa Filho AP 32 – 80,00% (1 gestante)
- CF Erivaldo Fernandes Nobrega AP 32 – 83,33% (1 gestante)
- CF Honório José de Andrade AP 32 – 83,33% (1 gestante)
- CF Luiz Célio Pereira AP 32 – 88,89% (1 gestante)
- CF Olga Pereira Pacheco AP 32 – 88,24% (2 gestantes)
- CF Sérgio Nicolau Amin AP 32 – 72,73% (3 gestantes)
- CMS Ariadne Lopes de Menezes AP 32 – 60,00% (2 gestantes)

- CMS César Pernetta AP 32 – 0,00% (1 gestante)
- CMS Eduardo A. Vilhena AP 32 – 75,00% (2 gestantes)
- CMS Eliza Abrantes AP 32 – 71,43% (2 gestantes)
- CMS Rodolpho Rocco AP 32 – 57,14% (3 gestantes)
- CMS Tia Alice AP 32 – 75,00% (1 gestante)

Por outro lado, algumas unidades alcançaram 100% do indicador, garantindo que todas as gestantes com encerramento da gestação no período realizassem 7 ou mais consultas de pré-natal, demonstrando importante organização do processo de cuidado e acompanhamento longitudinal:

- CF Amélia dos Santos Ferreira AP 32
- CF Anna Nery AP 32
- CF Barbara Starfield AP 32
- CF Edney Canazaro de Oliveira AP 32
- CF Herbert Jose de Souza AP 32
- CF Izabel dos Santos AP 32
- CMS Antenor Nascentes AP 32
- CMS Carlos Gentille de Mello AP 32
- CMS Milton Fontes Magarao AP 32
- CMS Renato Rocco AP 32

INDICADOR 14: Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)

14. PROPORÇÃO DE CADASTROS DEFINITIVOS COM N° ÚNICO EM RELAÇÃO AO TOTAL DE CADASTROS			
META	ABR	MAI	JUN
90%	99,52%		

Cálculo do Indicador: Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais / Nº total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais x 100. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral

Tabela 16

O indicador referente à Proporção de Cadastros Definitivos com CPF no mês de abril de 2026 alcançou resultado de **99,52%.** Esse percentual se manteve acima da meta estabelecida. Esse desempenho consistente ao longo do ano evidencia a efetividade das estratégias implementadas para a qualificação dos cadastros dos usuários no PEP VitaCare.

Entretanto, o processo de atualização e adequação dos cadastros permanece em curso. A manutenção das estratégias de sensibilização das equipes, aliada ao monitoramento contínuo, é essencial para garantir que o indicador alcance níveis cada vez mais próximos da completude total dos cadastros. Com o objetivo de qualificar o acompanhamento da completude dos cadastros, a equipe de Planejamento iniciou um levantamento mensal por meio dos relatórios disponibilizados pelo Prontuário Eletrônico VitaCare. Esse levantamento foi enviado às unidades da Atenção Primária como uma ferramenta de apoio pelo Google Drive, possibilitando a identificação de cadastros incompletos e orientando as equipes sobre os ajustes necessários.

Essa ação visa reforçar a importância do preenchimento do CPF nos cadastros, garantindo a integridade dos dados, a unificação das informações e a melhoria dos processos de identificação dos usuários no sistema, além de assegurar a continuidade do cuidado e a integração das informações em diferentes níveis de atenção.

INDICADOR 15: Manutenção dos Colegiados Gestores

15. PROPORÇÃO DE UAP COM COLEGIADOS GESTORES MANTIDOS			
META	**ABR**	**MAI**	**JUN**
95%	100,00%		
Cálculo do Indicador: Número de unidades com colegiados gestores com atividade mensal / Número de unidades com equipes de Saúde da Família X 100. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral			

Tabela 17

A manutenção dos colegiados gestores é um processo essencial para garantir uma gestão participativa, fortalecendo as ações e estratégias no território de atuação. Esse modelo de gestão compartilhada promove um espaço contínuo para a troca de ideias, construção conjunta de soluções e tomada de decisões colaborativas, contribuindo para a qualificação dos serviços prestados na Atenção Primária.

No contexto desse indicador, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) VitaCare desempenha um papel estratégico. Por meio do módulo de cadastro da unidade, os gerentes devem registrar a existência do colegiado gestor, a periodicidade das reuniões realizadas e anexar as atas correspondentes. Esse procedimento assegura o monitoramento contínuo da atuação dos colegiados, além de garantir maior transparência nas ações de gestão.

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

Essa iniciativa fortalece o vínculo entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para a construção de um modelo de gestão mais inclusivo, participativo e transparente.

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

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

INDICADOR 16: Rotatividade de profissionais nas equipes de saúde

16. ROTATIVIDADE (TURNOVER) DE PROFISSIONAIS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL			
META	ABR	MAI	JUN
≤5	2,26		

Cálculo do Indicador: [(Nº de profissionais substituídos + nº de profissionais admitidos) /2] / Nº total de profissionais ativos no período. **Fonte:** CNES **Periodicidade da avaliação:** Trimestral

Tabela 18

A rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família é um indicador fundamental para avaliar a permanência dos profissionais da equipe. A fixação dos profissionais nas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) está diretamente relacionada ao fortalecimento da longitudinalidade do cuidado, atributo essencial desse nível de atenção. A permanência dos profissionais favorece a construção de vínculo, confiança e conhecimento contínuo das necessidades de saúde dos usuários e territórios, contribuindo para um cuidado mais resolutivo, humanizado e coordenado ao longo do tempo.

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

O indicador de rotatividade é monitorado mensalmente e manteve-se dentro do parâmetro estabelecido de 5, apresentado respectivamente **1,73** no mês de fevereiro 2026 demonstrando melhoria contínua e eficácia das ações de retenção dos profissionais.

INDICADOR 17: Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca

17. PROPORÇÃO DE CRIANÇAS E GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO CARTÃO FAMÍLIA CARIOCA (CFC) ACOMPANHADAS			
META	**ABR**	**MAI**	**JUN**
Jan-Jul (20%); Fev-Ago (30%); Mar-Set (40%); Abr-Out (60%); Mai-Nov (80%); Jun-Dez (90%);	-		
Cálculo do Indicador: Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC acompanhados / Nº total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC. **Fonte:** Portal SUBPAV **Periodicidade da avaliação:** Trimestral			

Tabela 19

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

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família configura-se como um lócus privilegiado para o acompanhamento das condicionalidades de saúde dessas famílias. Com essa finalidade, a Gerência de Planejamento e Supervisão de Território do IGEDES elaborou e implementou instrumentos de monitoramento destinados a apoiar as unidades no acompanhamento e alcance deste indicador.

No mês de abril de 2026, não foi possível realizar a extração do relatório na plataforma, permanecendo a limitação para análise do indicador Durante o período correspondente à 2ª vigência de 2026, referente ao mês de abril, o indicador permaneceu com status “Indisponível”, devido à indisponibilidade técnica da Plataforma SUBPAV, sistema oficial responsável pela extração e consolidação das informações utilizadas no monitoramento do indicador.

A descontinuidade do dado pela plataforma impossibilitou a obtenção segura dos dados necessários para composição do cálculo, inviabilizando a identificação tanto do quantitativo de beneficiários acompanhados quanto do total de usuários elegíveis no período avaliado. Dessa forma, não houve condições técnicas adequadas para fechamento do indicador de maneira confiável.

Importante destacar que, mesmo diante da indisponibilidade sistêmica e da descontinuidade dos dados do indicador, as equipes das unidades de Saúde da Família mantiveram regularmente as ações assistenciais relacionadas ao acompanhamento das condicionalidades de saúde. As atividades de busca ativa, avaliação antropométrica, atualização vacinal e registros clínicos em prontuário eletrônico seguiram sendo realizadas rotineiramente pelas equipes, conforme os fluxos assistenciais estabelecidos no território.

Assim, a ausência de informação consolidada decorre exclusivamente de limitações operacionais do sistema oficial de monitoramento, não representando interrupção das ações de cuidado, falha assistencial ou ausência de acompanhamento das famílias beneficiárias pela rede de atenção primária da AP 3.2.

Cabe ressaltar que a responsabilidade pela manutenção, funcionalidade e disponibilidade das informações na Plataforma SUBPAV não está sob gestão direta do IGEDES, motivo pelo qual eventuais impactos no resultado do indicador não podem ser atribuídos à execução operacional da Organização Social.

Diante deste cenário, solicita-se a reavaliação da composição do Score de Desempenho referente ao período analisado, considerando a redistribuição do peso do indicador entre os demais componentes avaliativos ou sua desconsideração excepcional nesta vigência. Tal medida busca garantir equilíbrio contratual e assegurar que a avaliação institucional reflita adequadamente o desempenho efetivamente executado pelas equipes de saúde nas demais metas pactuadas.

INDICADOR 18: Percentagem de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de saúde

18. PROPORÇÃO DE ESCOLAS E CRECHES COBERTAS NA ÁREA DA UAP			
META	ABR	MAI	JUN
90%	100,00%		
Cálculo do Indicador: Nº de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde / Total de escolas da área x 100. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Mensal **Nota:** Em caso de mês não letivo, não será considerado para o trimestre.			

Tabela 20

No mês de abril de 2026 o indicador atingiu **100,00%,** demonstrando a adesão das unidades ao planejamento das ações de promoção e prevenção em saúde nas escolas e creches.

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

INDICADOR 19: Percentagem de famílias com entrega de kits de higiene oral

19. PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS COM ENTREGA DE KITS DE HIGIENE ORAL DENTRE AS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DE PROGRAMA DE INCENTIVO

META	ABR	MAI	JUN
100%	16,10%		

Cálculo do Indicador: Nº 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 acompanhamento criterioso por parte das unidades de Atenção Primária, a fim de 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 busca qualificar o processo de trabalho das equipes, direcionando as ações para os usuários ainda não contemplados, em substituição à utilização da listagem geral de famílias com divergências.

Cabe destacar que o indicador somente é contabilizado para a família quando todos os seus integrantes tiverem recebido o kit de higiene oral. Caso algum membro não seja contemplado, o indicador não será computado, o que reforça a importância de um controle rigoroso e preciso das entregas e dos registros realizados pelas equipes.

Ao avaliar o mês de abril de 2026, a área da Coordenação de Atenção Primária (CAP) 3.2 alcançou 16,10% na entrega dos kits odontológicos nas unidades, resultado abaixo da meta proporcional prevista para o período, de 33,33%. Entretanto, é importante destacar que esse indicador é contabilizado apenas no fechamento do trimestre, previsto para o final de junho de 2026. Dessa forma, cada unidade possui planejamento próprio para realização das entregas e registros dos kits dentro do prazo estabelecido, mantendo a possibilidade de alcance da meta ao término do ciclo trimestral.

2. PARTE VARIÁVEL 02

Resultado dos Indicadores da Variável 02: Incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária

A parte variável 02 dos indicadores do contrato de gestão Nº 007/201, possui 20 indicadores que estão distribuídos da seguinte forma: 07 indicadores de Acesso, 08 indicadores de Desempenho Assistencial, 01 indicador de Qualidade Percebida e 04 indicadores de desempenho econômico.

COMPLETUDE DE CADASTROS

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

Atingimento das metas pelas equipes de Saúde da Família:

- **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.

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

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

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

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

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

UNIDADE	Cadastros Abril	100% Abril	100% Completude Abril
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	30251	30143	**99,64%**
CF ANNA NERY	17162	16939	**98,70%**
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	19743	18798	**95,21%**
CF BARBARA STARFIELD	28275	23478	**83,03%**
CF BIBI VOGEL	21346	19574	**91,70%**
CF CARIOCA	8184	8109	**99,08%**
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	20915	20349	**97,29%**
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	21497	21011	**97,74%**
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	21384	20971	**98,07%**
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	20819	20180	**96,93%**
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	8023	7855	**97,91%**
CF IZABEL DOS SANTOS	20657	20288	**98,21%**
CF LUIZ CELIO PEREIRA	23923	22556	**94,29%**
CF OLGA PEREIRA PACHECO	22469	20876	**92,91%**
CF SERGIO NICOLAU AMIN	18544	17290	**93,24%**
CMS ANTENOR NASCENTES	3840	3755	**97,79%**
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	14385	11910	**82,79%**
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	20551	20307	**98,81%**
CMS CESAR PERNETTA	13131	12410	**94,51%**
CMS EDUARDO A VILHENA LEITE	15217	14550	**95,62%**
CMS ELIZA ABRANTES	14397	13602	**94,48%**
CMS MILTON FONTES MAGARAO	22495	21254	**94,48%**
CMS RENATO ROCCO	13780	13556	**98,37%**
CMS RODOLPHO ROCCO	21786	21332	**97,92%**
CMS TIA ALICE	7595	7014	**92,35%**
TOTAL AP 3.2	450369	435883	**96,78%**

Tabela 22

INDICADOR A1: Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.

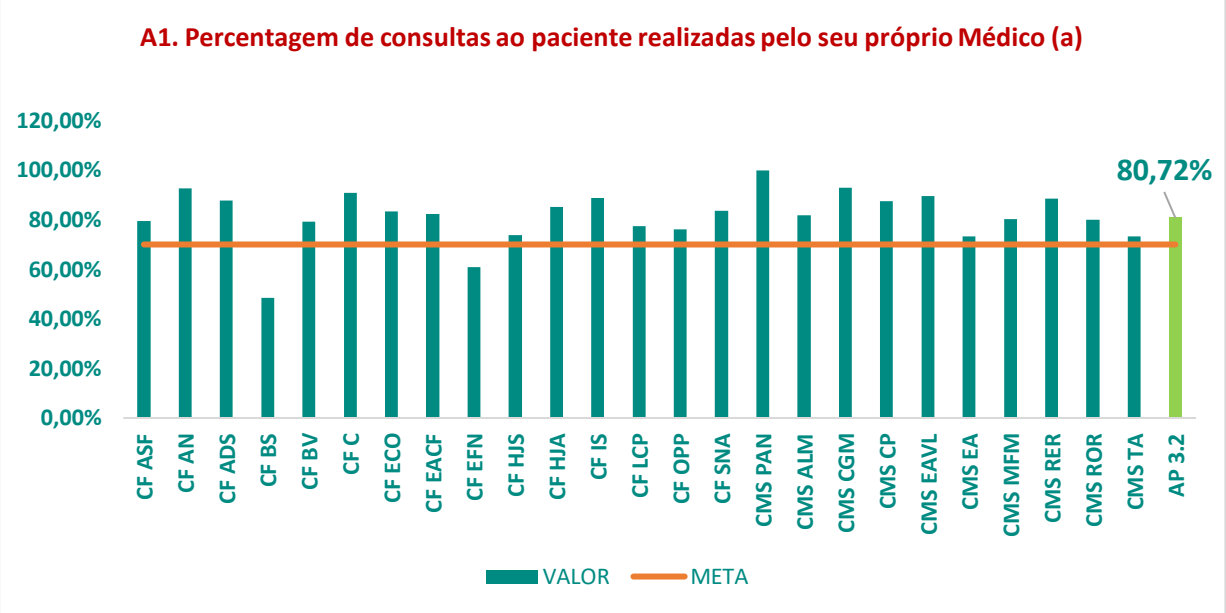


Gráfico 1

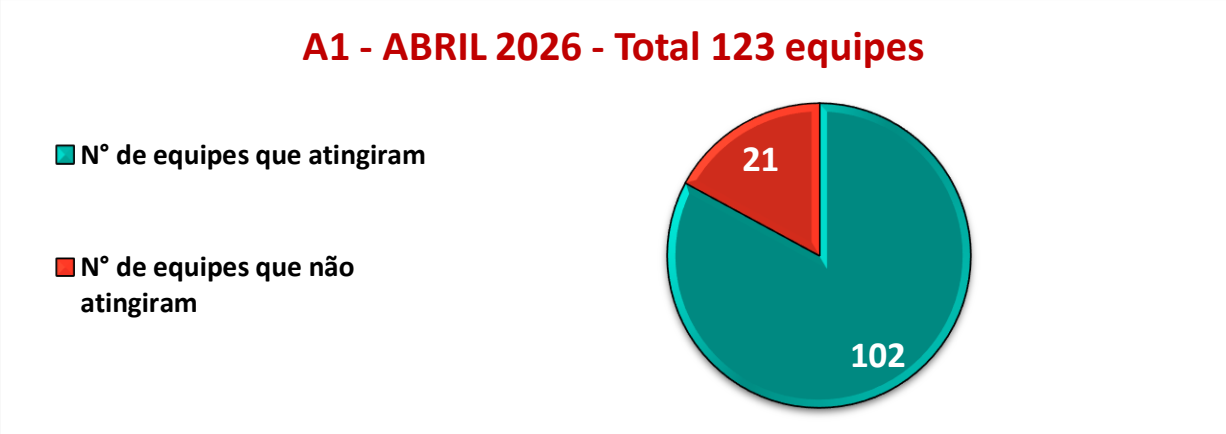


Gráfico 2

Análise anual CAP 3.2

Em abril de 2026, o Indicador A1, **que mede a porcentagem de consultas realizadas pelo próprio médico de família do paciente**, apresentou média global de **80,72%** 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 das 123 equipes, 102 alcançaram a meta do indicador, enquanto 21 não atingiram o resultado esperado. Dentre essas equipes, algumas

foram impactadas por vacância médica ou férias do profissional da categoria. As unidades que apresentaram maior fragilidade nesse indicador foram CF Barbara Starfield e CF Erivaldo Fernandes Nóbrega que permaneceram abaixo da meta de 70% de consultas realizadas pelo próprio médico de família.

INDICADOR A2: Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.

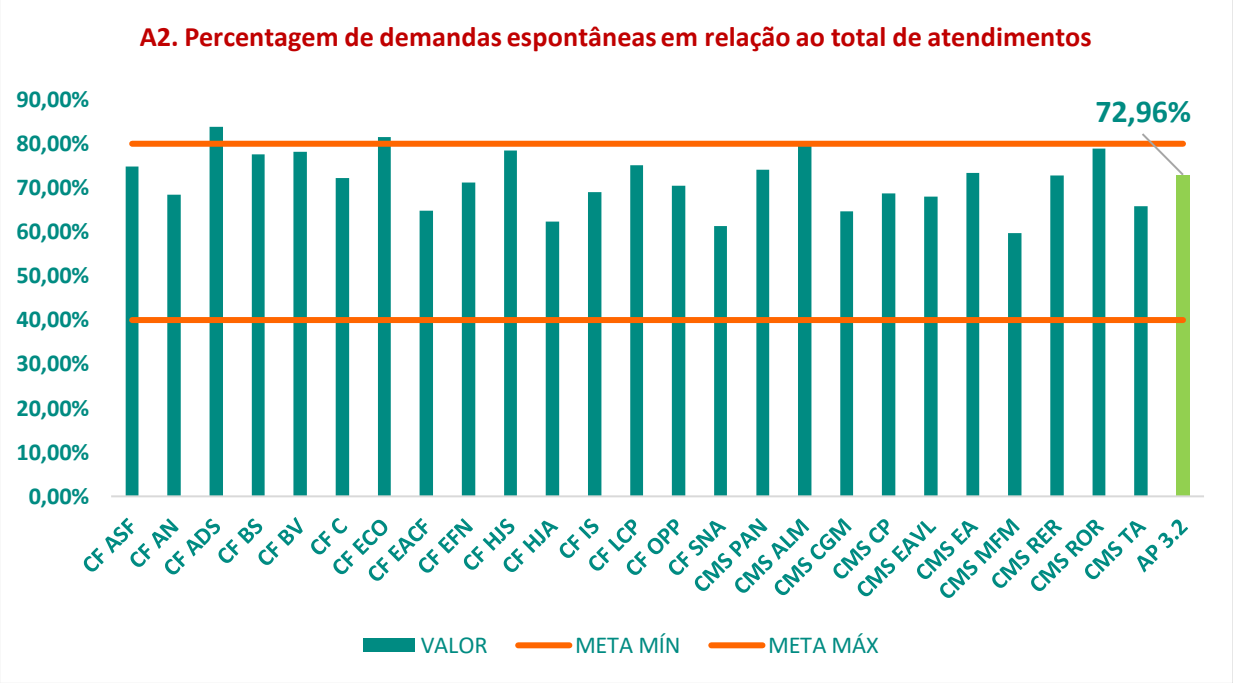


Gráfico 3

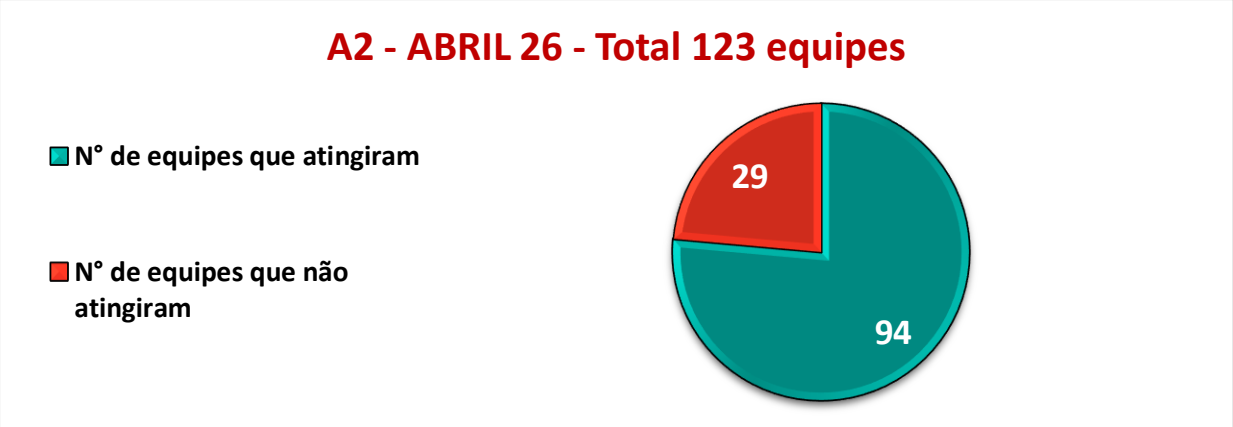


Gráfico 4

No mês de abril de 2026 o indicador **"Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos"** apresentou média global de **72,96%** na CAP 3.2, resultado dentro da meta estabelecida, que preconiza o mínimo de 40% e o máximo de 80% de atendimentos por demanda espontânea.

Apesar do desempenho global satisfatório, a análise por equipe de Saúde da Família evidencia heterogeneidade no equilíbrio entre demanda espontânea e atendimentos programados. Das 123 equipes, 94 alcançaram o indicador, enquanto 29 não atingiram a meta estabelecida.

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

Cabe destacar que, a desmarcação de agendas em decorrência da paralisação médica nos meses anteriores, contribuiu para o aumento da procura por atendimento sem agendamento prévio, elevando a demanda espontânea em algumas equipes e, em determinados casos, ultrapassando o limite máximo de 80% preconizado para o indicador.

INDICADOR A3: Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.

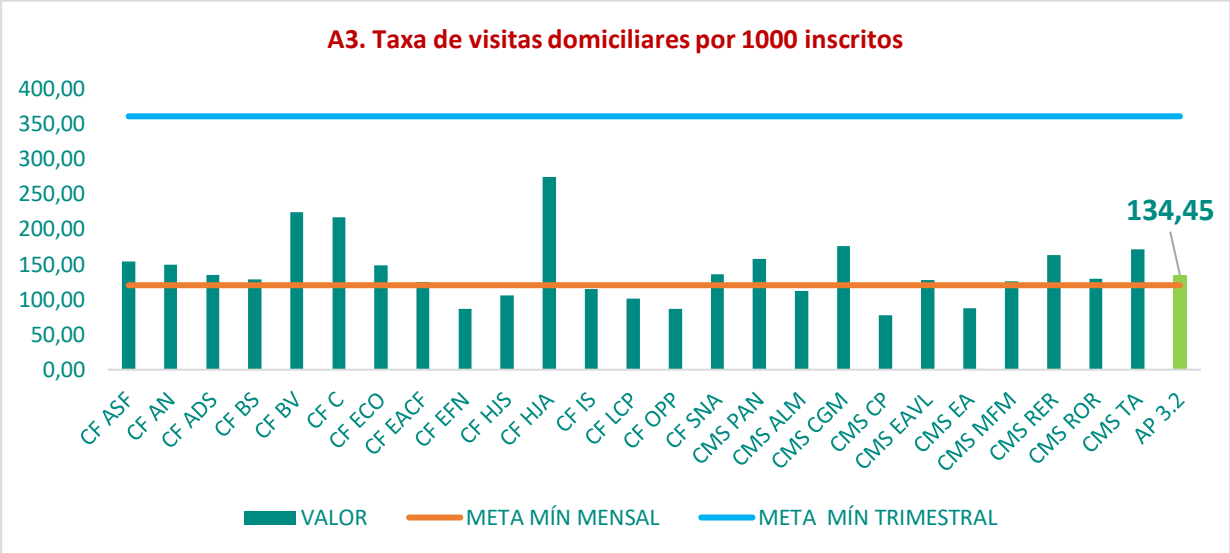


Gráfico 5

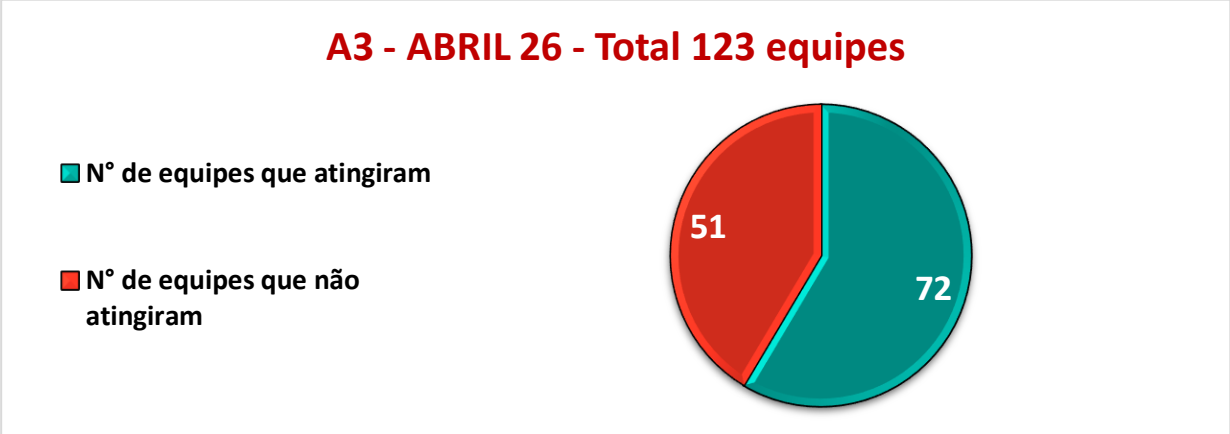


Gráfico 6

No mês de abril de 2026, o indicador **"Taxa de visitas domiciliares"** apresentou média global de **134,45** no território da CAP 3.2.

Esse resultado, quando analisado em relação à meta trimestral estabelecida de 360 visitas domiciliares há cada 1.000 usuários inscritos, encontra-se dentro do valor proporcional esperado para o trimestre, pois a meta é distribuída proporcionalmente ao longo dos três meses do período de avaliação, tendo como referência mensal a taxa de 120 visitas domiciliares há cada 1.000 usuários. Nesse sentido, a média global registrada no mês de abril demonstra desempenho satisfatório, mantendo-se acima da meta proporcional esperada para o período.

Na análise por equipe de Saúde da Família, considerando a meta proporcional, observa-se que, das 123 equipes existentes, apenas 72 alcançaram quantitativo igual ou superior a meta proporcional, enquanto 51 equipes permaneceram com média inferior ao esperado.

Apesar do resultado global positivo, algumas unidades apresentaram fragilidades no alcance do indicador, permanecendo abaixo do quantitativo esperado de visitas domiciliares no período analisado.

INDICADOR A4: Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.

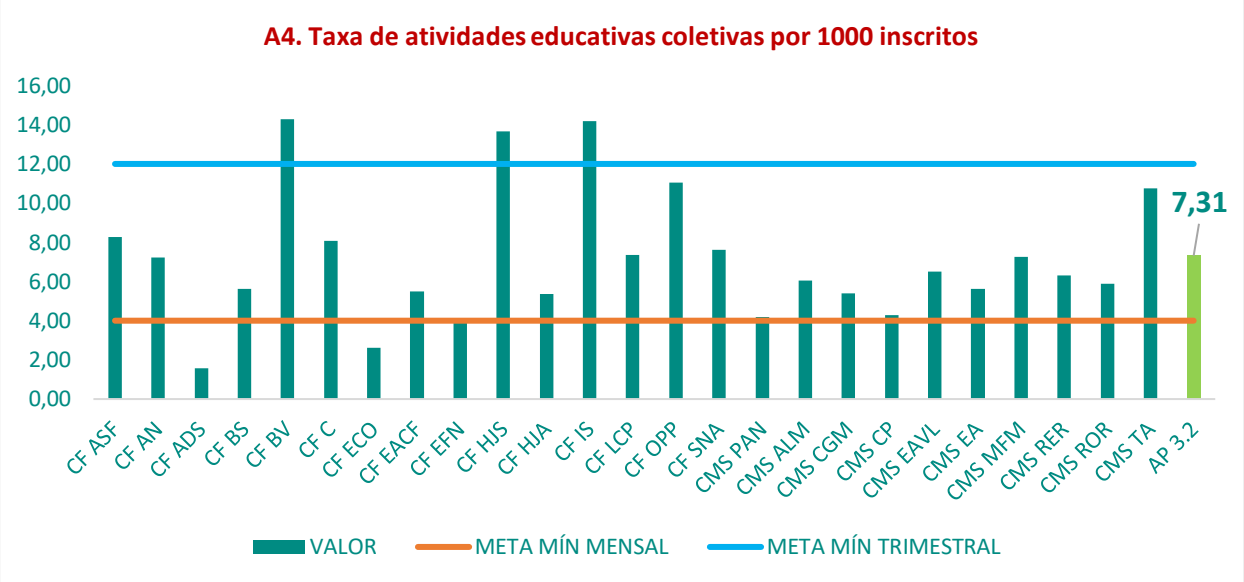


Gráfico 7

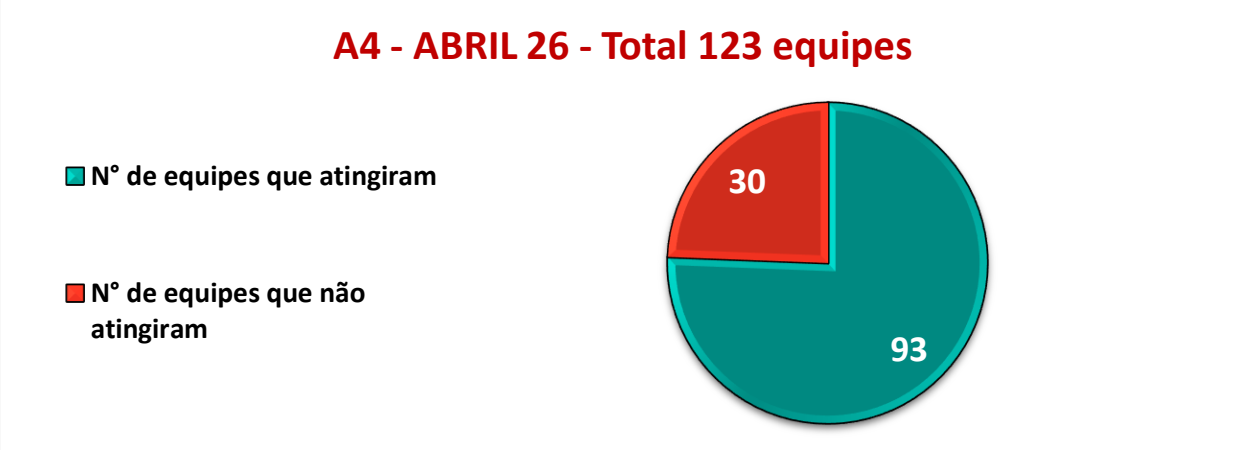


Gráfico 8

No mês de abril de 2026, o indicador **"Taxa de atividades educativas coletivas"** apresentou média global de **7,31** no território da CAP 3.2. Quando analisado em relação à meta trimestral estabelecida — mínimo de 6/1000 atividades educativas para unidades sem saúde bucal ou 12/1000 para unidades com saúde bucal — considerando que a meta trimestral é distribuída proporcionalmente ao longo dos três meses que compõem o período de avaliação, estabelece-se como referência mensal o quantitativo de 2/1000 para unidades sem saúde bucal e 4/1000 para unidades com saúde bucal. Sob essa perspectiva, a média global registrada em abril encontra-se em conformidade com a meta proporcional esperada para o mês, indicando desempenho satisfatório no período.

Na análise por equipe de Saúde da Família, considerando a meta proporcional mensal (2/1000 para unidades sem saúde bucal ou 4/1000 — equivalente a 4% — para unidades com saúde bucal), observa-se que, das 123 equipes existentes, 93 alcançaram quantitativo igual ou superior a 4% no mês de abril, enquanto 30 equipes permaneceram abaixo da meta proporcional estabelecida.

Apesar do resultado global positivo quando considerada a meta proporcional mensal, algumas unidades apresentaram fragilidades no alcance do indicador, permanecendo abaixo do quantitativo esperado.

INDICADOR A5: Proporção de itens da carteira de serviço implementados.

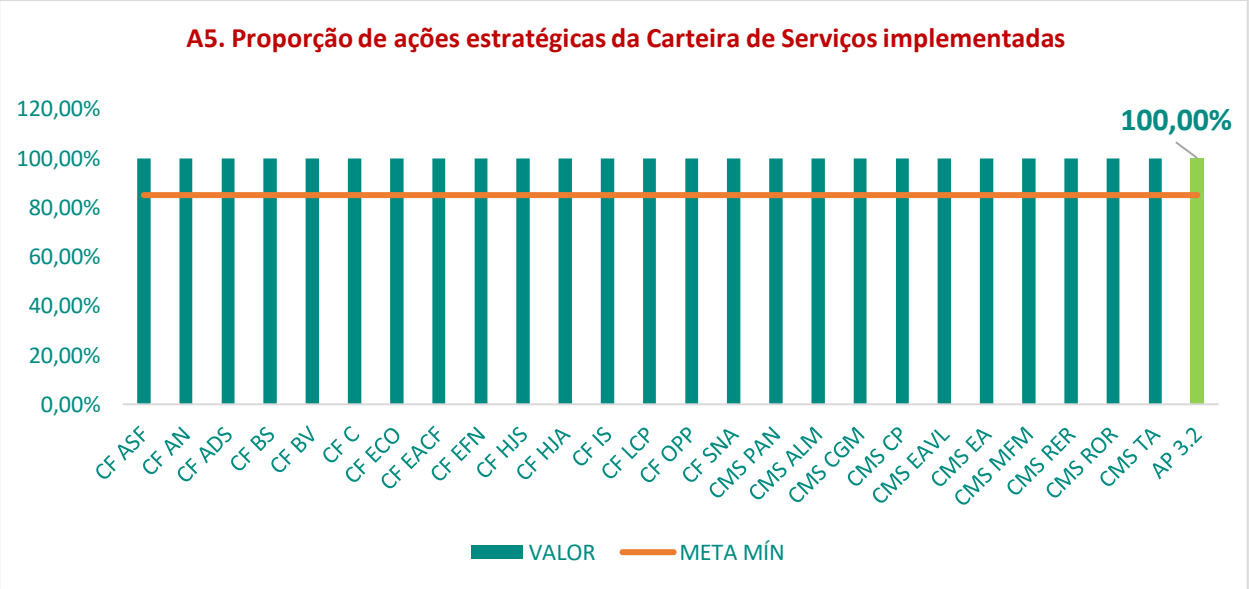


Gráfico 9

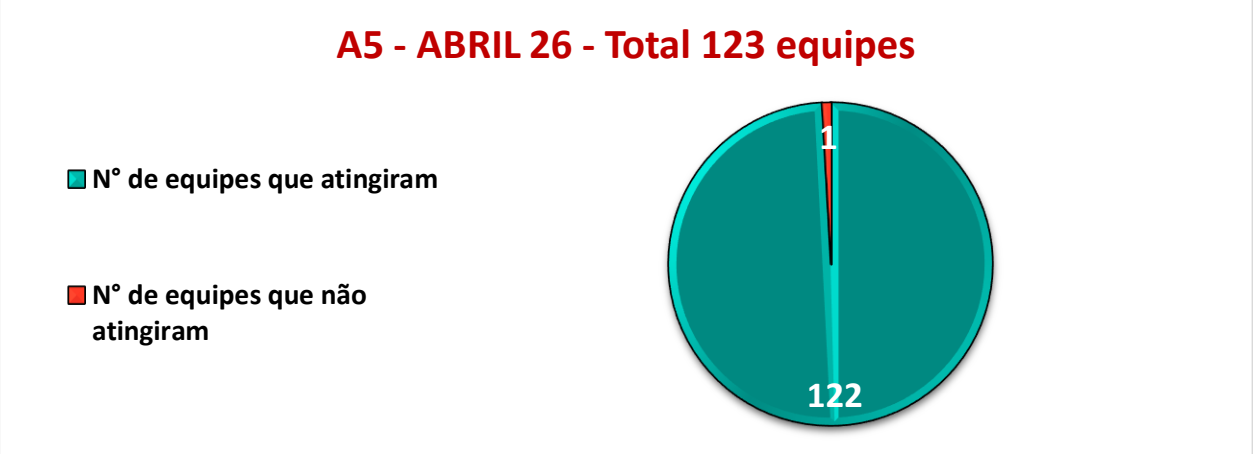


Gráfico 10

A Carteira de Serviços, desenvolvida pela SAP/SMS, constitui um instrumento orientador das ações e procedimentos ofertados na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. O documento estabelece os serviços que devem ser disponibilizados à população e permite acompanhar o percentual de itens efetivamente executados pelas unidades de saúde ao longo do período avaliado.

Nesse contexto, a taxa de implementação da Carteira de Serviços é utilizada como indicador para monitorar o nível de execução e cobertura das ações previstas, demonstrando a proporção de serviços ofertados em relação ao total estabelecido para cada unidade, programa ou sistema de saúde.

No mês de abril 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 122 do total de 123 equipes, ofertaram integralmente os serviços previstos na carteira de serviços, garantindo a implementação completa das ações estratégicas pactuadas no período. Observa-se que equipe Manet não alcançou a meta, da CF Sérgio Nicolau Amin.

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

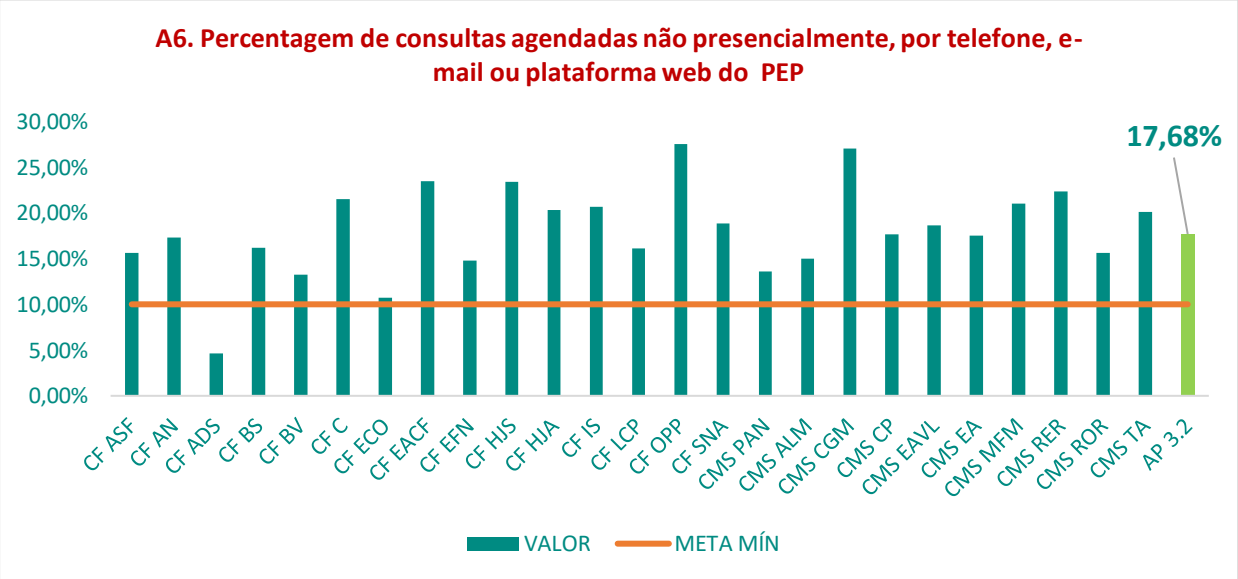


Gráfico 11

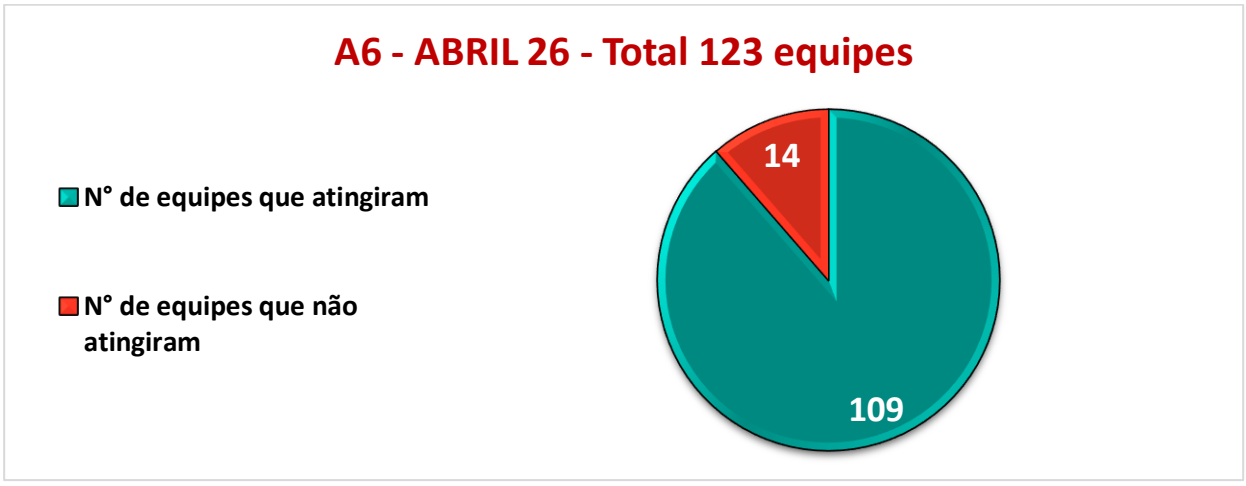


Gráfico 12

No mês de abril de 2026, o indicador **"Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico"** apresentou média global de **17,68%** nas unidades da CAP 3.2, resultado significativamente acima da meta estabelecida de 10%.

O bom desempenho deste indicador fortalece o atributo do acesso na Atenção Primária à Saúde (APS), ao ampliar as formas de entrada do usuário no sistema de saúde e reduzir barreiras relacionadas ao deslocamento, tempo de espera e organização da demanda. Essa estratégia contribui para tornar o cuidado mais oportuno, acolhedor e acessível, favorecendo a utilização dos serviços de forma mais ágil e equitativa pela população.

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, de modo geral, um bom desempenho da maioria das equipes na utilização de canais não presenciais para o agendamento de consultas, refletindo em ampliação de acesso aos usuários.

INDICADOR A7: Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

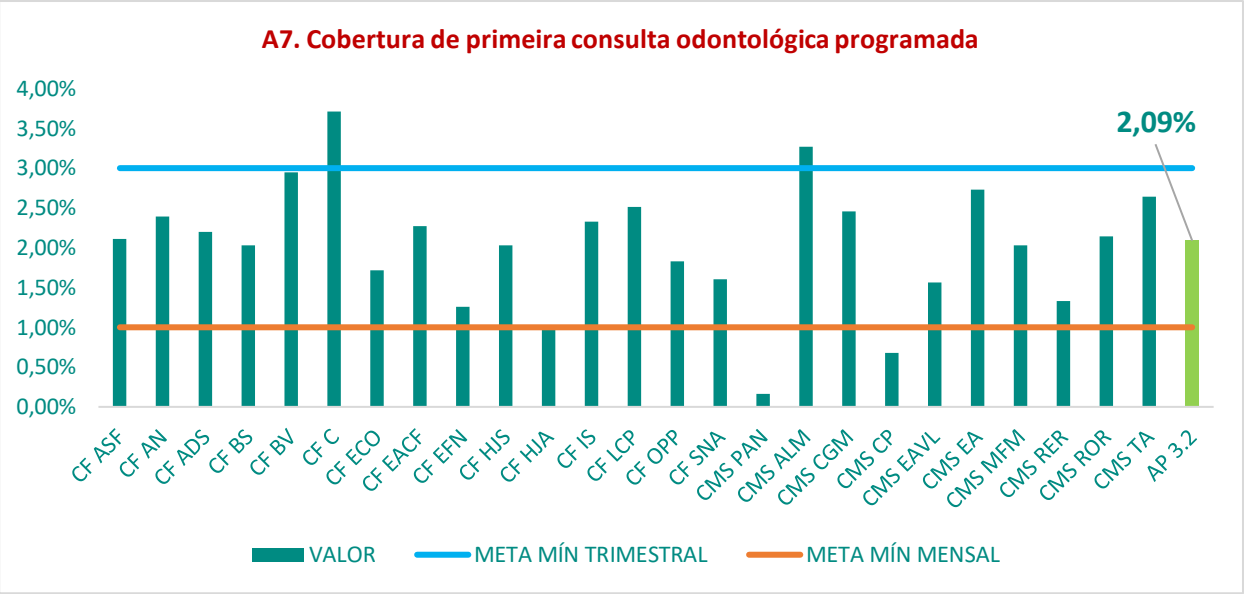


Gráfico 13

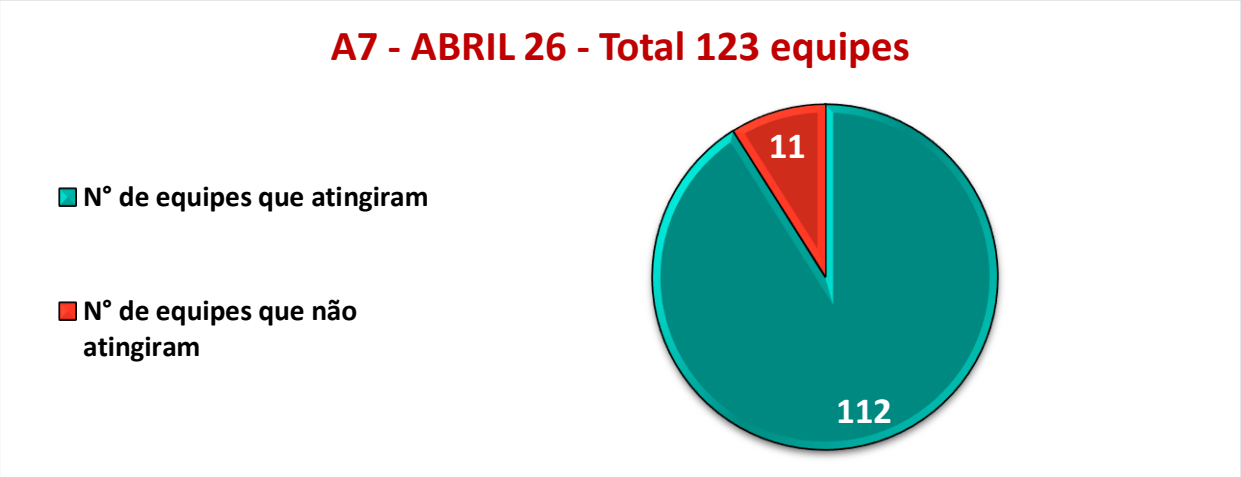


Gráfico 14

No mês de abril de 2026, o indicador **"Cobertura de primeira consulta odontológica programada"** apresentou média global de **2,09%** na CAP 3.2.

Considerando que a meta trimestral de 3% é distribuída ao longo dos três meses que compõem o período de avaliação, estabelece-se como meta proporcional mensal o percentual de 1%. Sob essa perspectiva, a média global registrada em abril (2,09%) mostra-se superior à meta proporcional esperada para o mês, indicando desempenho satisfatório no período.

Na análise por equipe de Saúde da Família, considerando a meta proporcional mensal de 1%, observa-se que, das 123 equipes existentes, 112 alcançaram percentual igual ou superior a esse valor no mês de abril, evidenciando um desempenho satisfatório em relação à garantia de acesso à primeira consulta de saúde bucal aos usuários do território da AP 3.2.

INDICADOR D1: Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.

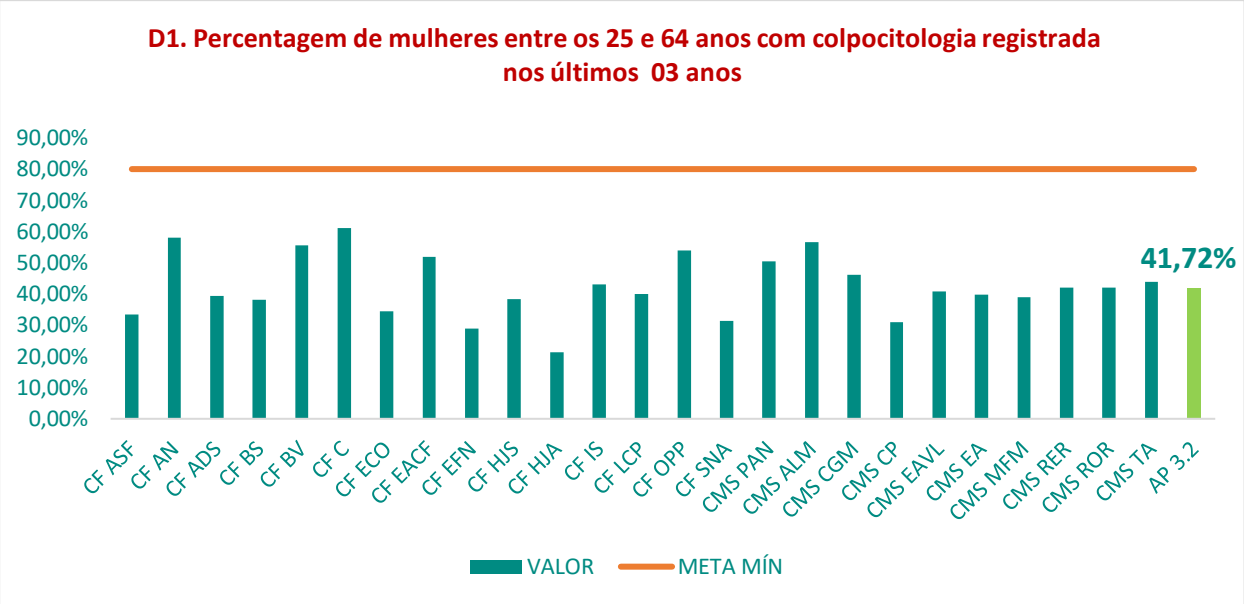


Gráfico 15

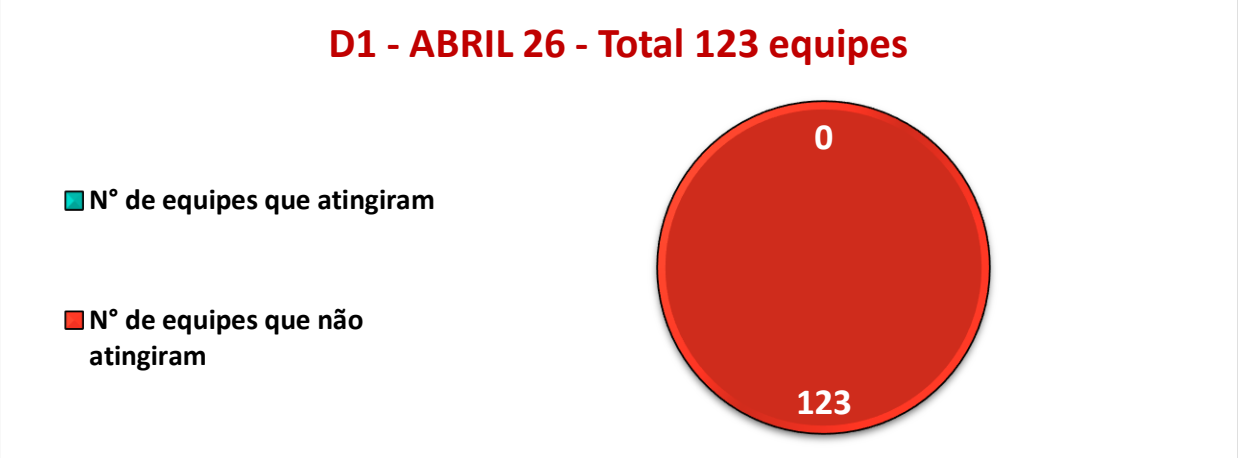


Gráfico 16

O indicador **"Percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos três anos"**, no mês de abril, apresentou média global de **41,72%** na CAP 3.2, ficando muito abaixo da meta estabelecida de 80%. Esse cenário sinaliza a necessidade de fortalecimento das estratégias de acompanhamento, realização e registro da colpocitologia, bem como de aprimoramento das ações de busca ativa e captação das usuárias.

A percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos constitui um indicador importante de acesso e efetividade de programas de saúde da mulher, especialmente no que se refere à prevenção de câncer cervical ***(câncer do colo do útero)***.

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

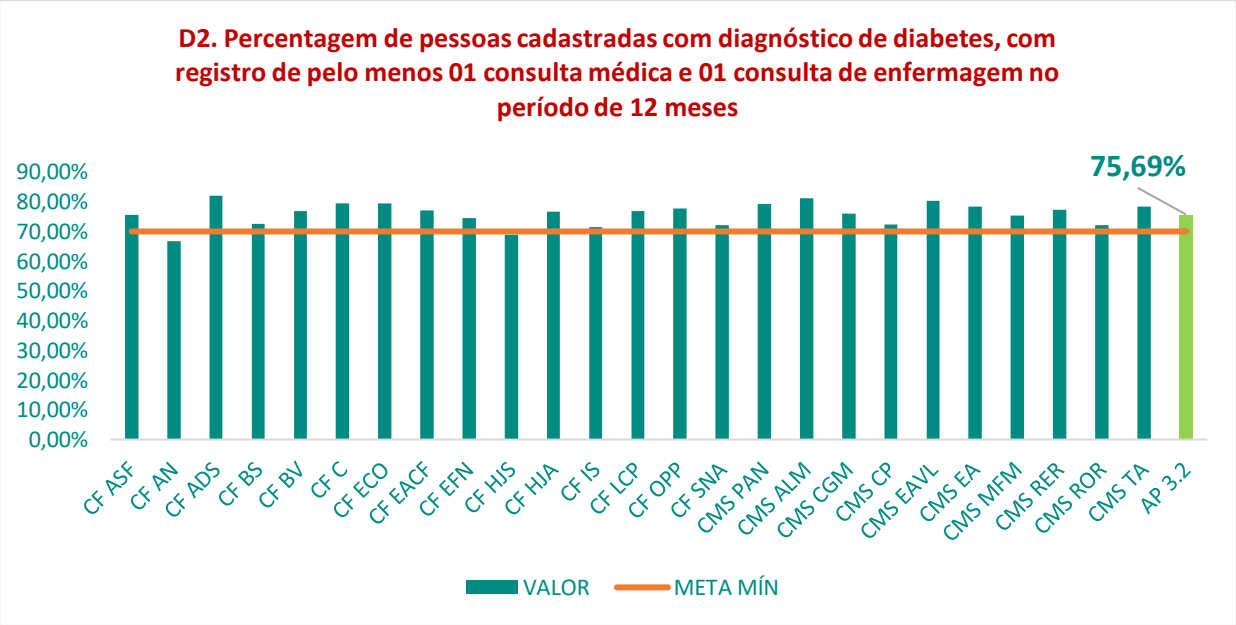


Gráfico 17

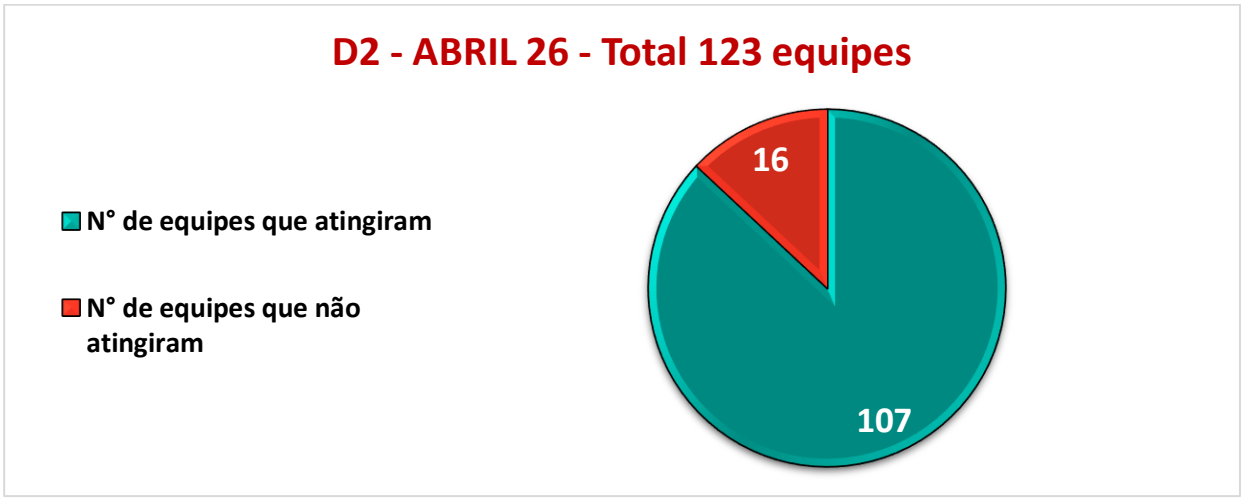


Gráfico 18

Em abril 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 **75,69%** na CAP 3.2, ficando acima da meta estabelecida de 70%. O resultado global satisfatório e análise por equipe evidenciam que **107** das 123 equipes de Saúde da Família alcançaram o indicador, com 16 equipes ainda demonstrando fragilidades no desempenho de organização das agendas para acompanhamento dos usuários com diagnóstico de diabetes.

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.

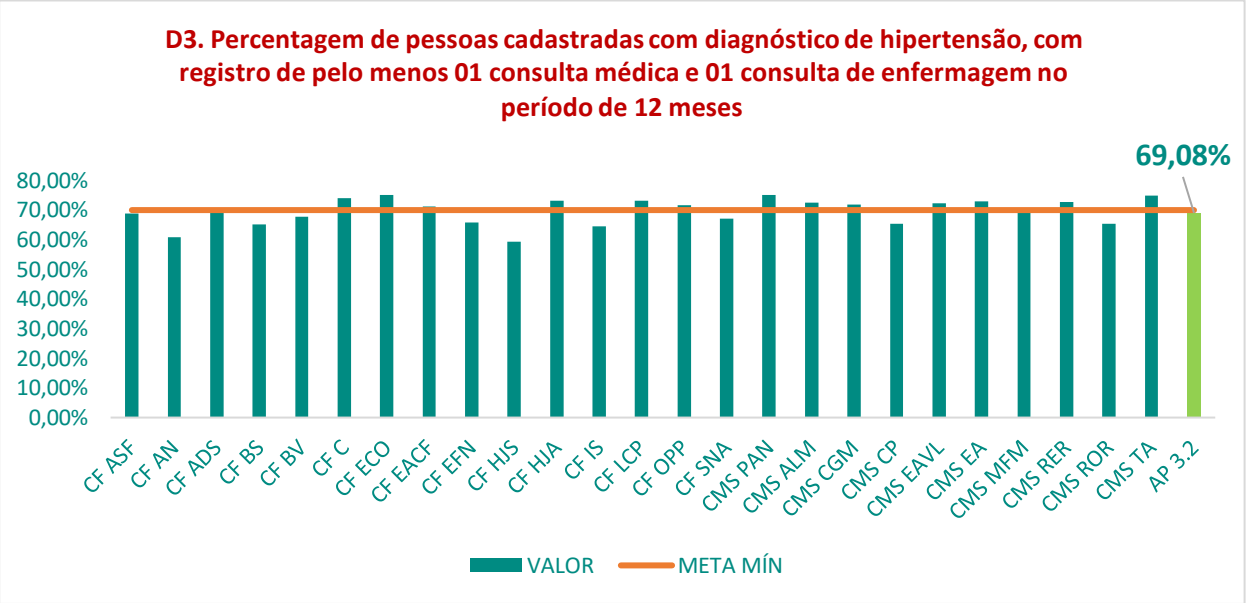


Gráfico 19

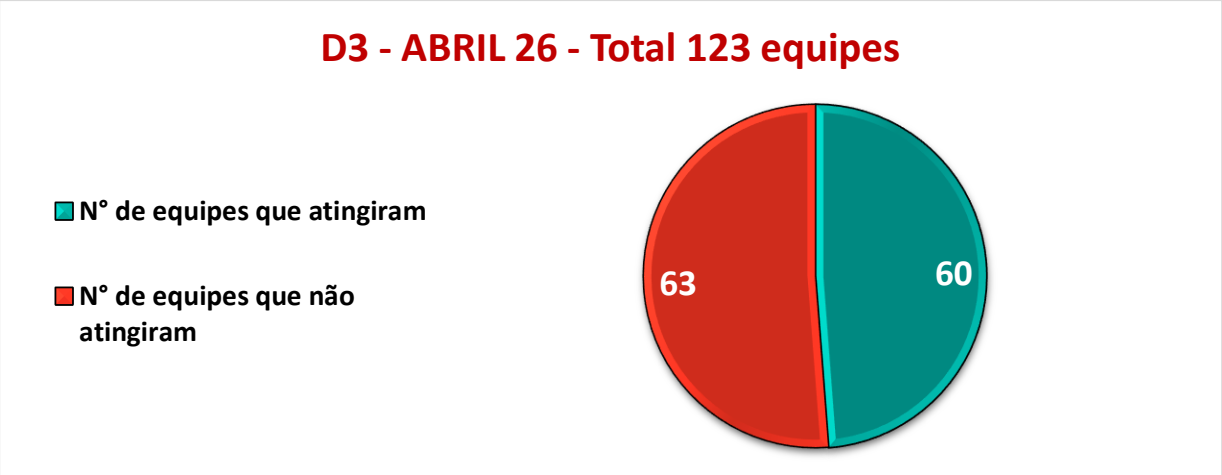


Gráfico 20

Em abril 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 **69,01%** 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 **60** das 123 equipes conseguiram alcançar a meta pactuada, evidenciando uma fragilidade importante no acompanhamento longitudinal das pessoas com hipertensão.

INDICADOR D4: Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.

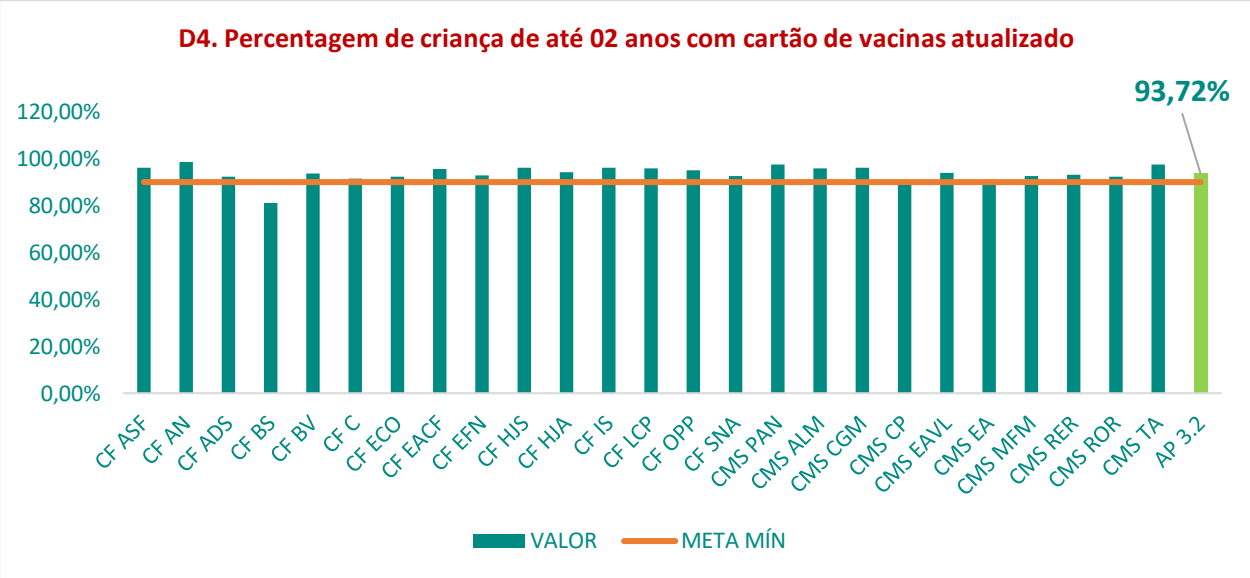


Gráfico 21

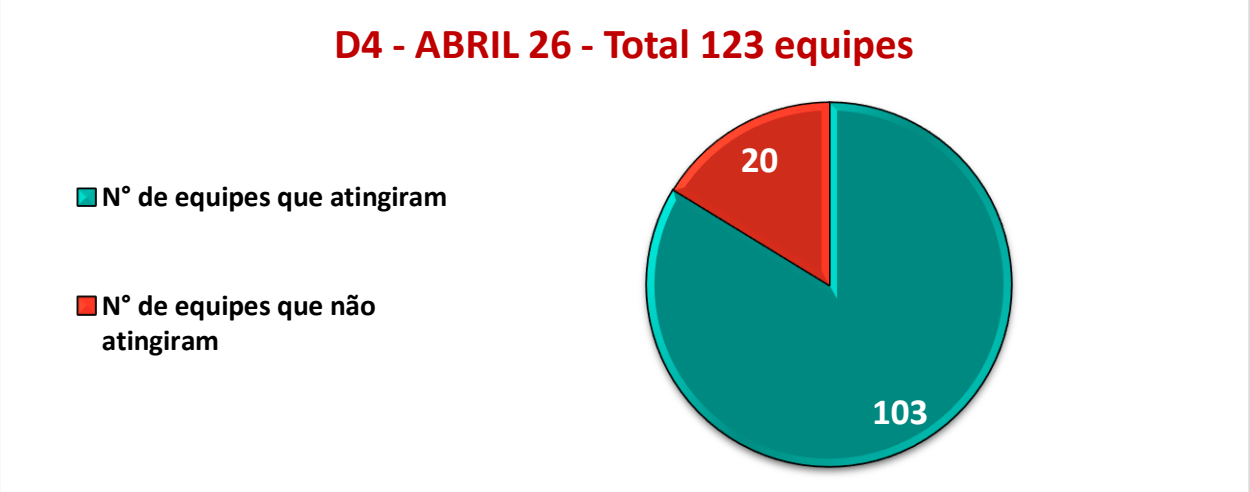


Gráfico 22

Em abril de 2026, o indicador **"Percentagem de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado"** apresentou média global de **93,72%** nas unidades, ficando acima da meta estabelecida de 90%.

Ao analisar o desempenho das equipes de Saúde da Família de forma individual, observa-se que **103** das 123 equipes conseguiram alcançar a meta pactuada, evidenciando um bom desempenho na área e direcionando sobre a necessidade de reforço e/ou reformulação das estratégias de cuidado nas 20 equipes que não alcançaram.

INDICADOR D5: Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.

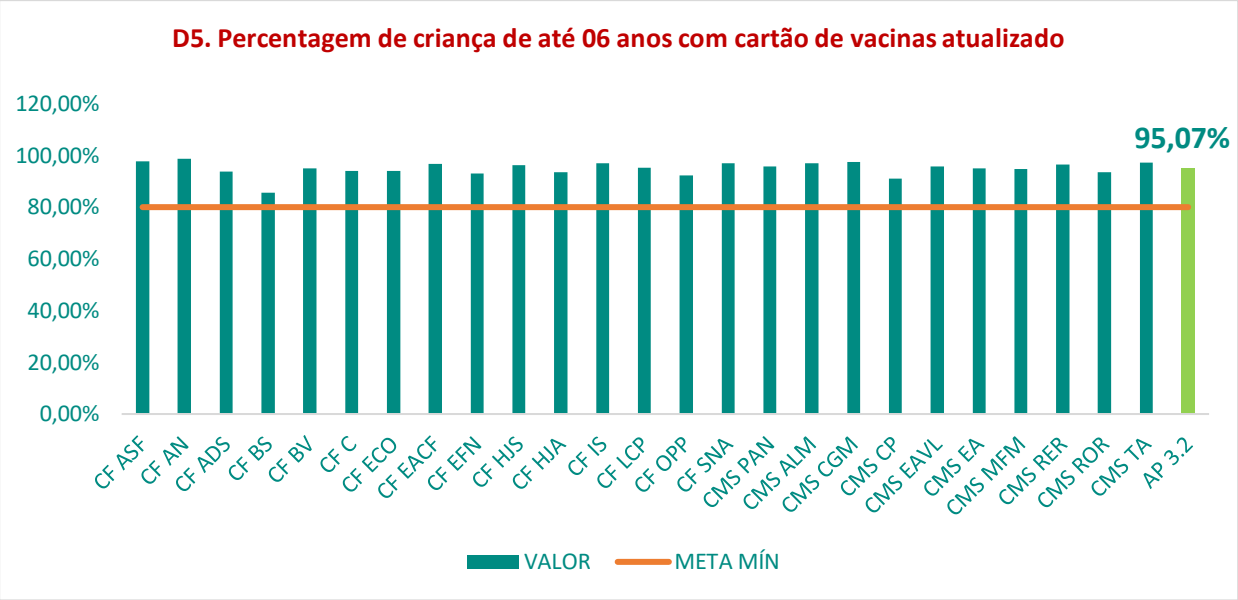


Gráfico 23

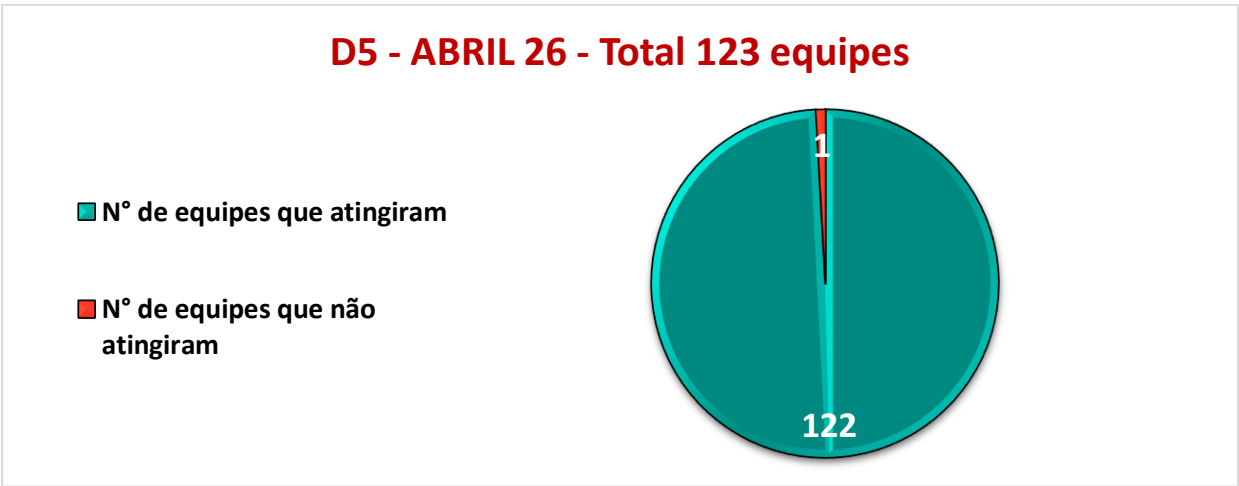


Gráfico 24

No mês de abril de 2026, o indicador **"Percentagem de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado"** apresentou média global de **95,07%** na Área Programática 3.2, com 122 equipes de saúde dentro desse alcance.

INDICADOR D6: Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.

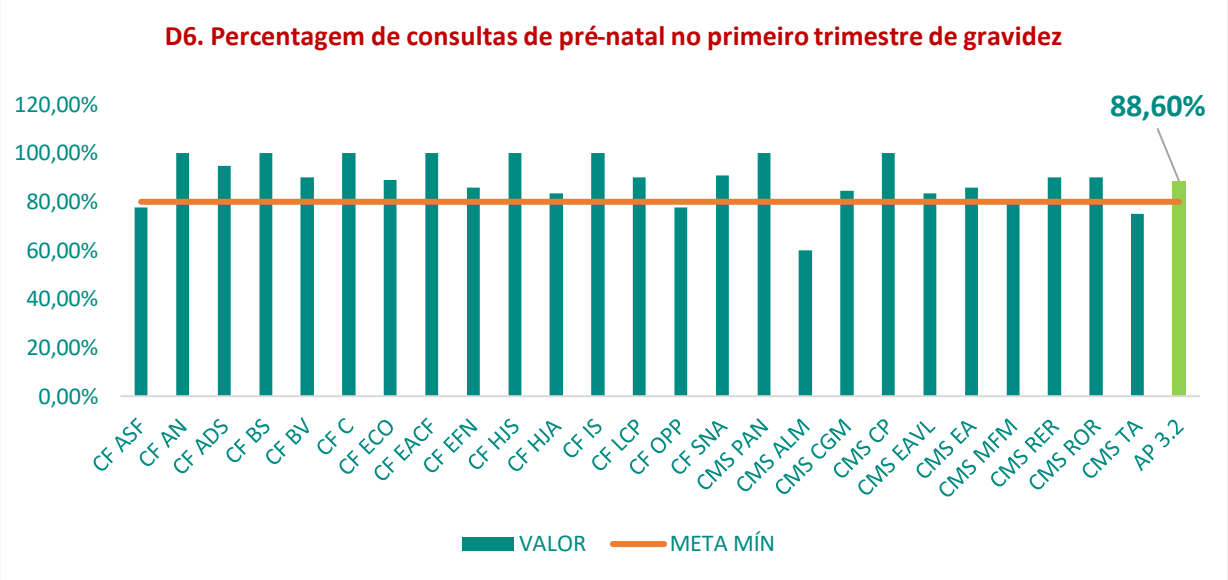


Gráfico 25

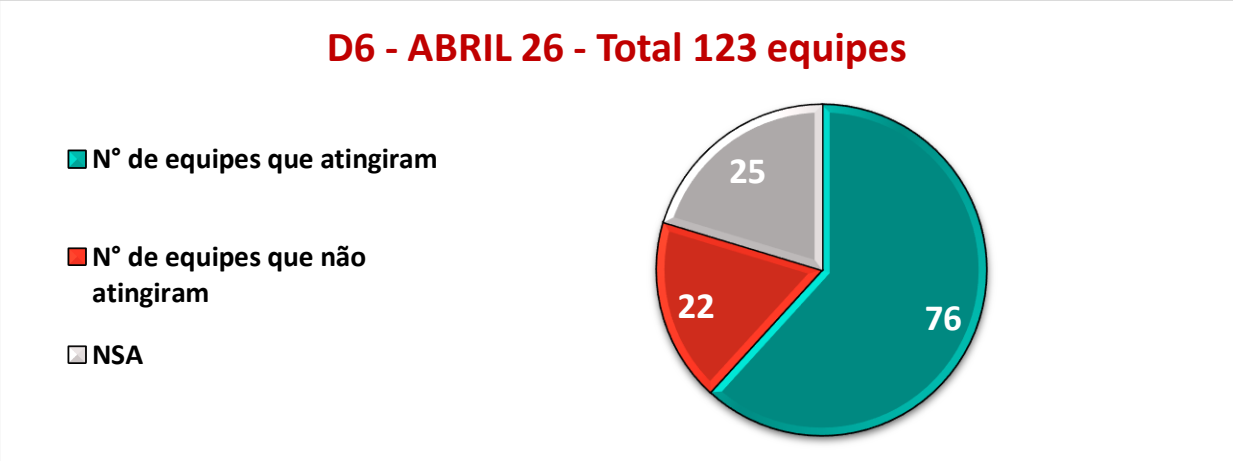


Gráfico 26

O indicador **"Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gestação"** apresentou, no mês de abril de 2026, média global de **88,60%** no território da CAP 3.2, mantendo-se acima da meta estabelecida de 80%.

No período analisado, foram identificadas 228 gestantes, das quais 202 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, permanecendo 26 gestantes que não realizaram o início do acompanhamento nesse período oportuno.

Na análise do desempenho das 123 equipes de Atenção Primária à Saúde, **76** equipes alcançaram percentual igual ou superior a 80% no referido indicador, 25 não alcançaram a meta preconizada e 22 equipes não tiveram gestantes com encerramento da referida gestação no período em análise.

INDICADOR D7: Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.

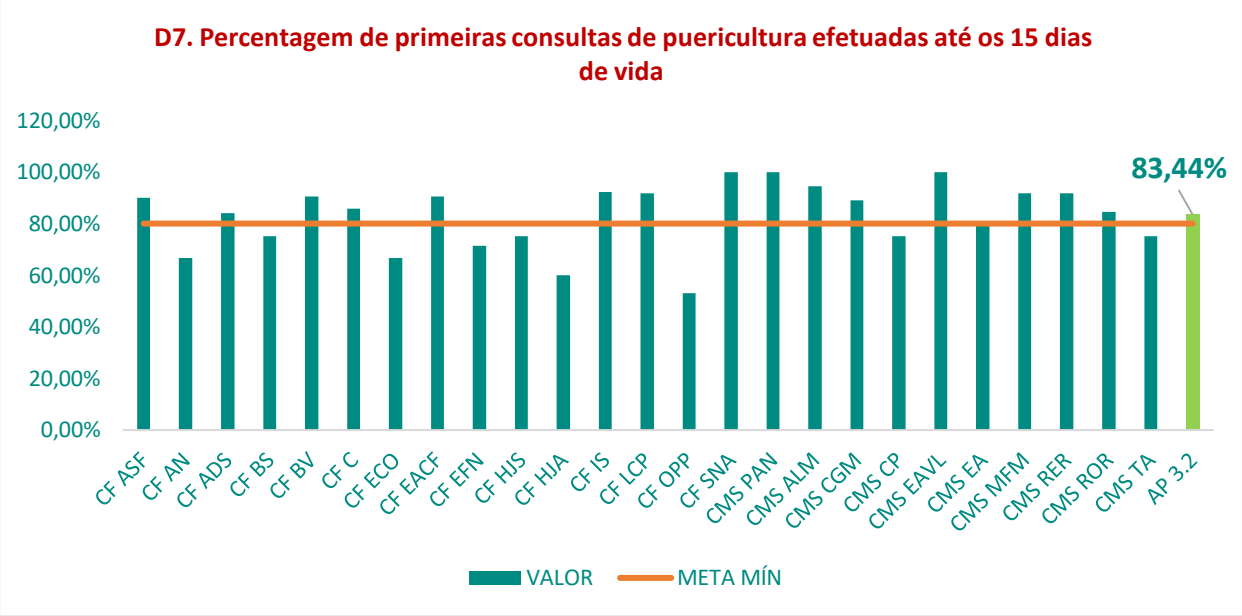


Gráfico 27

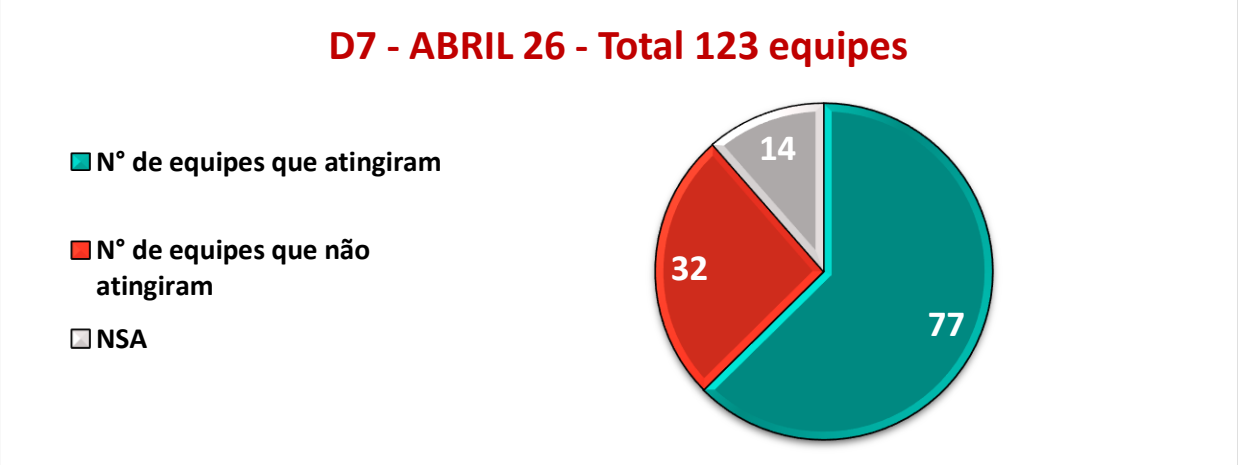


Gráfico 28

No mês de abril 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, **77** alcançaram percentual igual ou superior a 80%, conforme meta estabelecida, 32 equipes não atingiram a meta pactuada e 14 não tiveram crianças contabilizadas no denominador no referido período.

INDICADOR D8: Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

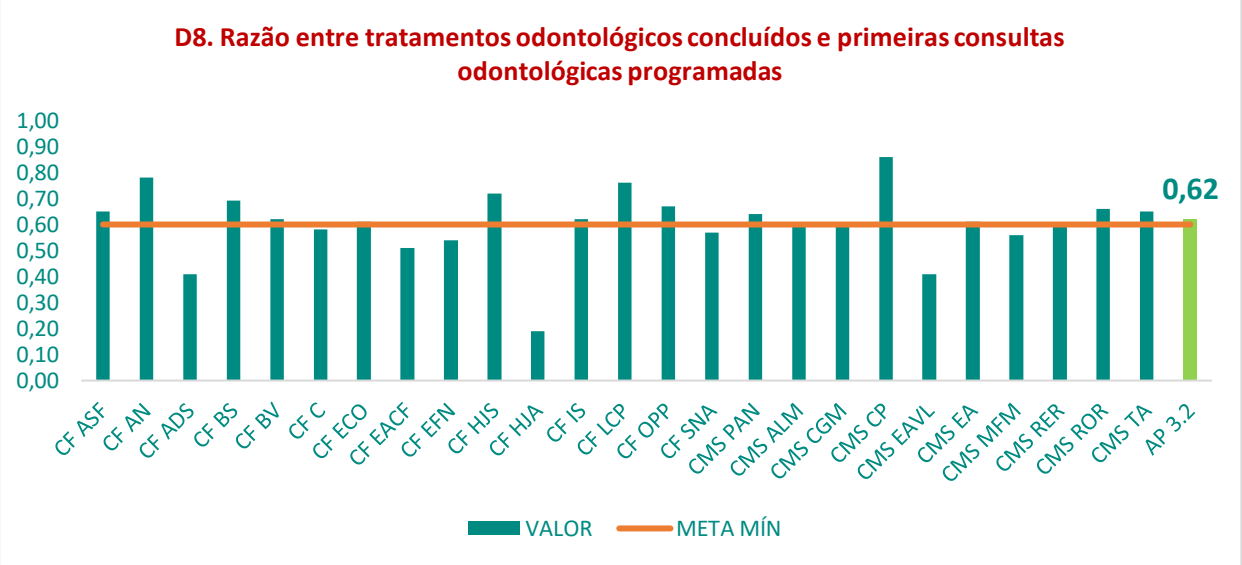


Gráfico 29

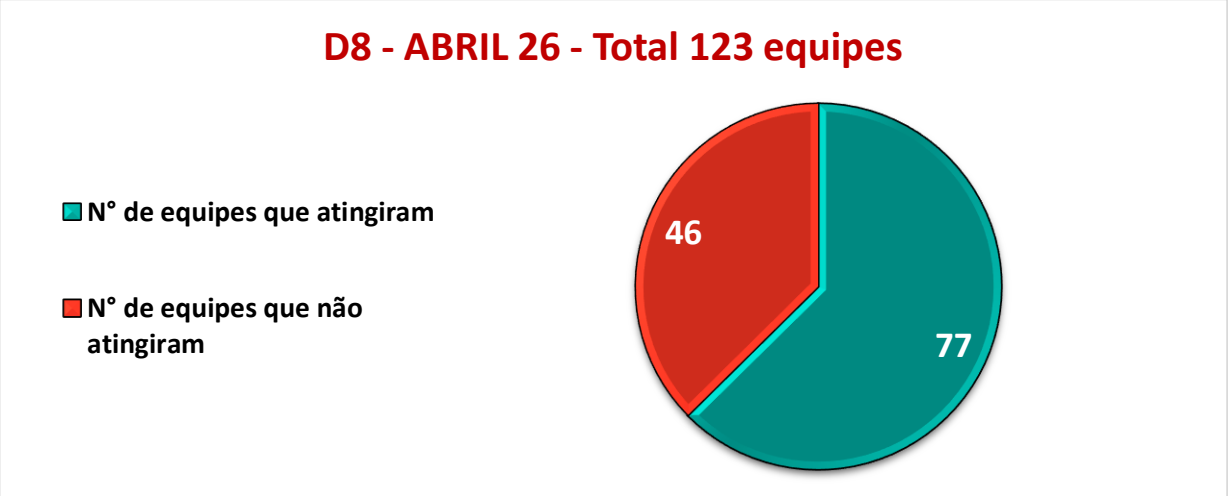


Gráfico 30

No mês de abril 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 **77** alcançaram razão igual ou superior a **0,6**, conforme meta estabelecida.

INDICADOR S1: Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos.

S1. PERCENTAGEM DE USUÁRIOS SATISFEITOS/ MUITO SATISFEITOS			
META	**ABR**	**MAI**	**JUN**
90%	INDICADOR TRIMESTRAL		
Cálculo do Indicador: O numerador, contabiliza o total de inquéritos com resposta satisfeitos/muito satisfeitos, no período em análise e o denominador, contabiliza, todos os atendimentos ao paciente realizados por profissionais das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal da unidade de saúde, no período em análise. Fonte: PEP Vitacare Periodicidade da avaliação: Esse indicador é avaliado no final do trimestre			

Tabela 23

Percentual de usuários satisfeitos/ muito satisfeitos voltou a ser contabilizado na AP 3.2, após um período de suspensão. Conforme estabelecido no Ofício nº 124/2023, a meta para este indicador é de 90% de avaliações classificadas como "satisfeito" ou "muito satisfeito". Para que o indicador seja considerado válido, é necessário alcançar pelo menos 5% de adesão à pesquisa de satisfação dos atendimentos realizados no período, cuja avaliação ocorre ao final de cada trimestre.

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

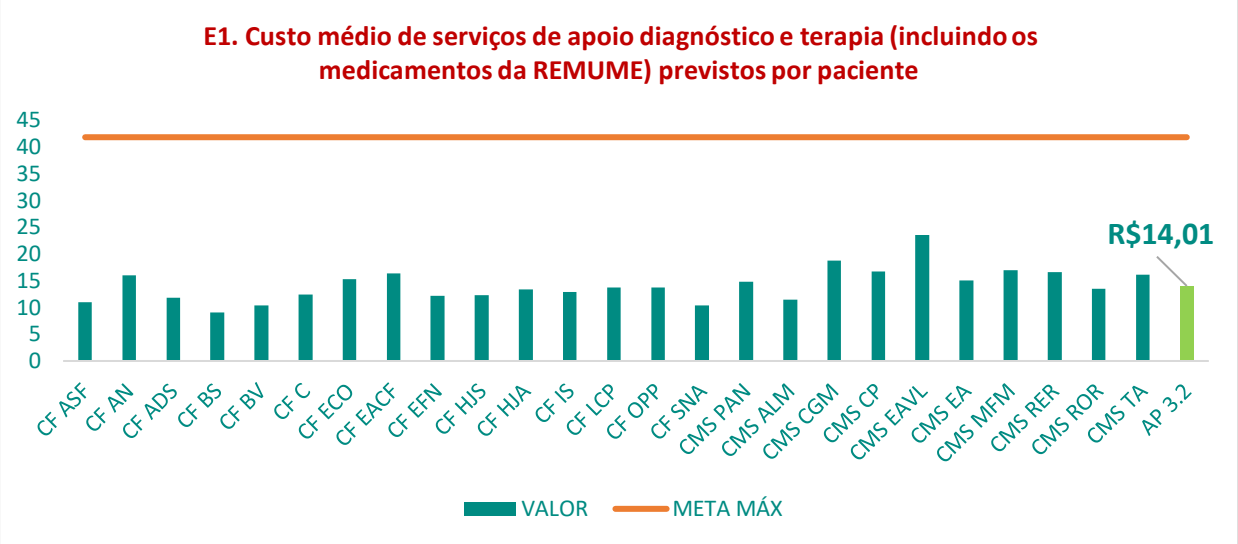


Gráfico 31

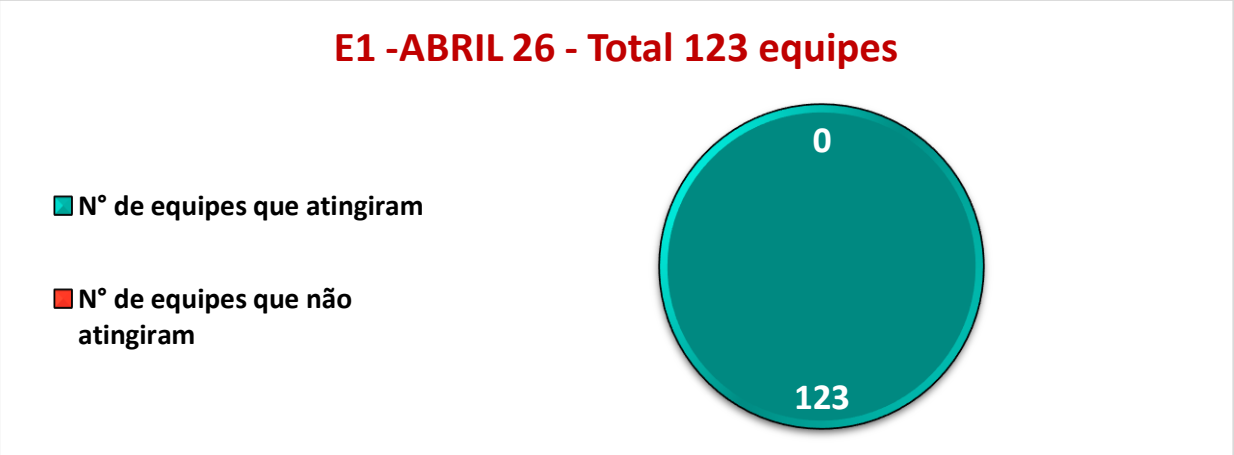


Gráfico 32

O indicador **"Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário"** apresentou, no mês de abril 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$ 14,01**, valor significativamente inferior ao limite máximo de gasto definido, de R$ 41,80, evidenciando adequada gestão dos recursos necessários ao cuidado em saúde de cada usuário e conformidade com os parâmetros financeiros pactuados.

INDICADOR E2: Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.

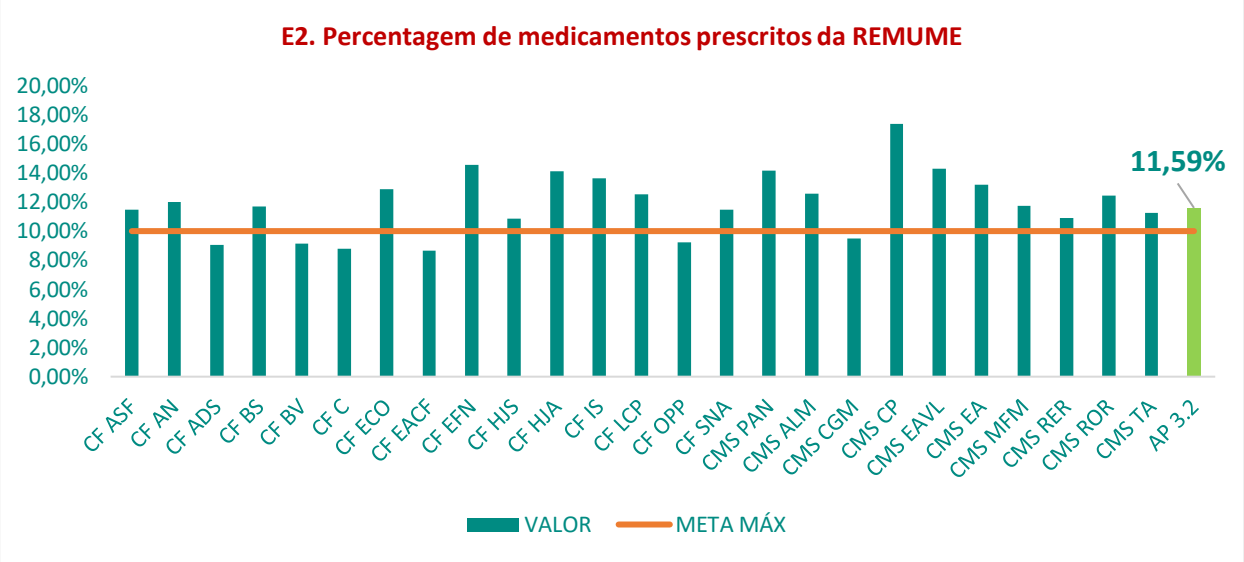


Gráfico 33

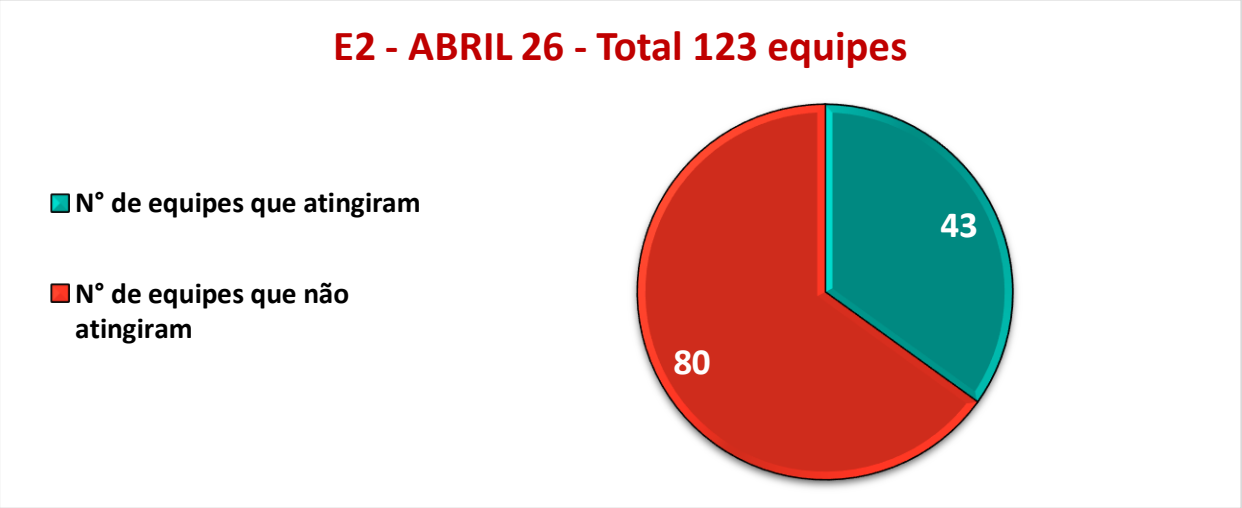


Gráfico 34

No indicador **"Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME"**, no mês de abril 2026, apenas **43** equipes alcançaram a meta. Destacaram-se com os melhores resultados as unidades CF Anthidio Dias da Silveira, CF Carioca, CF Bbi Vogel, CF Emygdio Alves Costa Filho, CF Olga Pereira Pacheco e CMS Carlos Gentille de Mello.

A análise consolidada da Área Programática 3.2 apresentou resultado acima da meta estabelecida de 10% de Percentual de medicamentos prescritos da REMUME, alcançando o percentual global de **11,59%.** As equipes de estratégia de saúde da família possuem como diretriz a prescrição prioritária de medicamentos constantes na REMUME, e substitutos

terapêuticos, à fim de garantir e/ou aumentar a adesão aos tratamentos medicamentosos propostos aos usuários. Um dos fatores a serem considerados no resultado do referido indicador, são os medicamentos prescritos por outros serviços de saúde (especialidades – rede secundária, terciária e privada) que são transcritos pelos profissionais da APS pois necessitam integrar ao prontuário eletrônico do usuário acompanhado.

INDICADOR E3: Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.

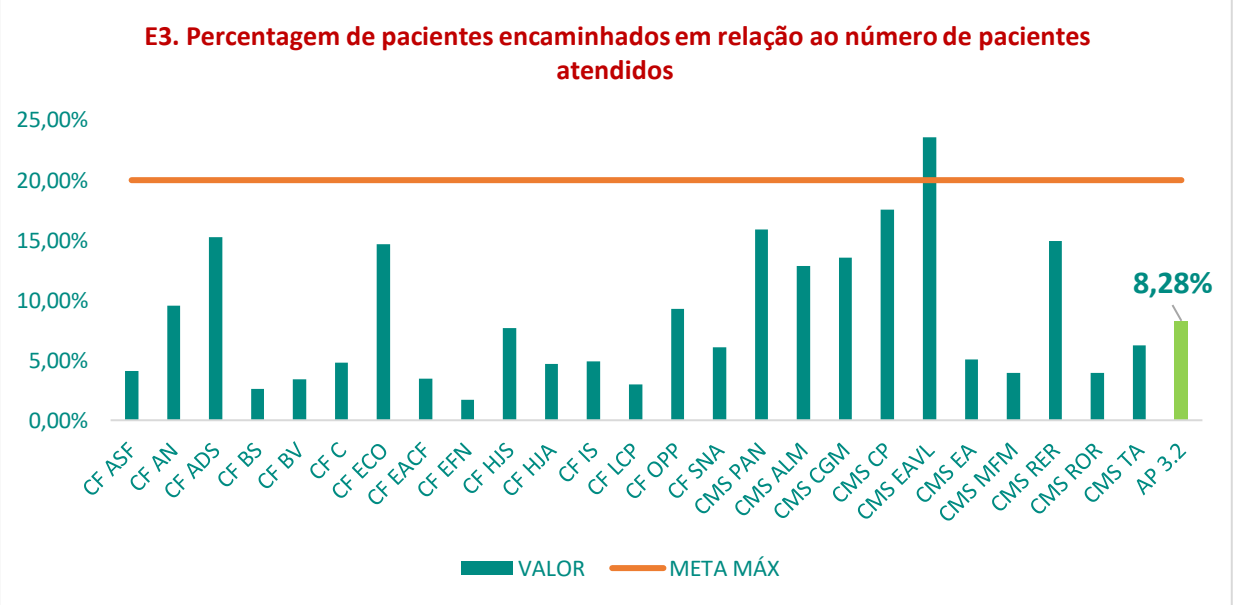


Gráfico 35

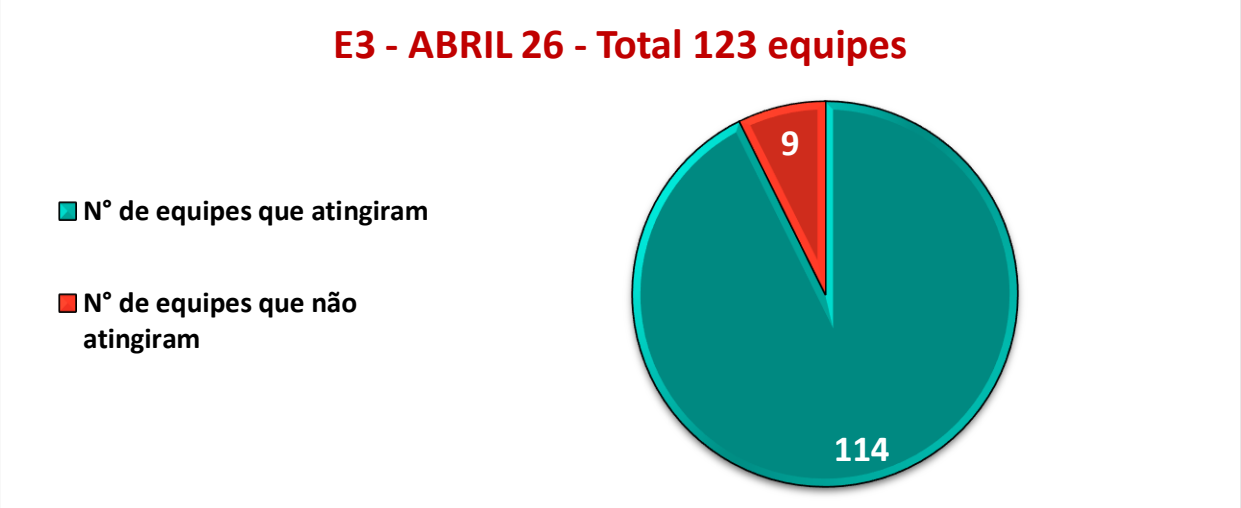


Gráfico 36

Em abril 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 manteve valor global do indicador superior a 20%.

INDICADOR E4: Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG.

A meta deste indicador é 30% no trimestre. Para cálculo deste indicar, utilizamos a informações extraídas do Sistema de Regulação (SISREG). As referidas informações são extraídas pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Coordenadora de Área. No entanto, até o fechamento desse relatório, os dados referentes ao mês de abril ainda não estão disponíveis.

Na planilha abaixo, segue o histórico do primeiro trimestre, referente ao ano.

UNIDADE	EQUIPES	JANEIRO 2026	FEVEREIRO 2026	MARÇO 2026
CF BARBARA STARFIELD	DARKE DE MATOS	33%	41%	33%
	DOMINGOS DE MAGALHAES			
	FELIX FERREIRA			
	PIRES DE CARVALHO			
	VOLTA GRANDE			
UNIDADE	EQUIPES	JANEIRO 2026	FEVEREIRO 2026	MARÇO 2026
CF SERGIO NICOLAU AMIN	BAMBORE	33%	37%	41%
	CONFEDERACAO SUICA			
	MANET			
	VASCO DA GAMA			
	CHAVES PINHEIRO			
UNIDADE	EQUIPES	JANEIRO 2026	FEVEREIRO 2026	MARÇO 2026
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	CONCORDIA	45%	43%	43%
	DARCI VARGAS			
	FAZENDINHA			
	MIGUEL ANGELO			
	PONTILHAO			
	VIUVA CLAUDIO			
	XV DE AGOSTO			
UNIDADE	EQUIPES	JANEIRO 2026	FEVEREIRO 2026	MARÇO 2026
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	AGUIA DE OURO	42%	40%	36%
	ALVARO DE MIRANDA			
	ENGENHO			
	MAJOR ADERBAL COSTA			
	MARIO BAHIA			
UNIDADE	EQUIPES	JANEIRO 2026	FEVEREIRO 2026	MARÇO 2026

CF IZABEL DOS SANTOS	POLONIA	40%	40%	37%
	CEU AZUL			
	DOIS DE MAIO			
	ENGENHO NOVO			
	VEIGA BASTOS			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CF ANNA NERY	ALMIRANTE ARY PARREIRA	40%	39%	36%
	CAMBORIU			
	DR GARNIER			
	JOSE FELIX			
	MAGALHAES CASTRO			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CF CABO EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	ALZIRA VALDETARO	36%	33%	28%
	BELA VISTA			
	CERQUEIRA LIMA			
	CONSELHEIRO JOBIM			
	MANOEL MIRANDA			
	SAO PAULO			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CF CARIOCA	BERGAMO	40%	44%	38%
	ITAPOA			
	MOGI MIRIM			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CF BIBI VOGEL	ADHEMAR BEBIANO	43%	40%	37%
	CANITAR			
	HORTOLANDIA			
	MALACACHETA			
	MANUEL MAURICIO			
	MARECHAL CASTELO BRANCO			
	MOREIA			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CF HERBERT JOSÉDE SOUZA	ENGENHO DO MATO	41%	38%	35%
	MACHADO SOBRINHO			
	MARACA			
	PEREIRA PINTO			
	SILVA VALE			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CF ERIVALDO FERNANDES NÓBREGA	HERMINIA	32%	40%	38%
	MARILIA DIRCEU			
	PRACA AVAI			
	VISCONDE DE TOCANTINS			
	JARDIM DO MEIER			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	CAMILA BRAVO	37%	36%	38%
	FAGUNDES VARELA			

	FAZENDINHA			
	FRANCISCO FRAGOSO			
	MONTEIRO DA LUZ			
	PAU FERRO			
	POCONE			
	SILVA BRAGA			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CF OLGA PEREIRA PACHECO	ANA QUINTAO	37%	37%	34%
	ARTUR VARGAS			
	CARDOSO QUINTAO			
	PARANAPIACABA			
	PAULO PIRES			
	SOLIMOES			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CF LUIZ CELIO PEREIRA	ABOLICAO	39%	36%	37%
	CASEMIRO DE ABREU			
	COIMBRA DA LUZ			
	FERNANDO SIMONI			
	MACEDO BRAGA			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	ARAUJO LEITAO	43%	39%	42%
	BARAO DO BOM RETIRO			
	BICUIBA			
	DONA ROMANA			
	ENCONTRO			
	MIGUEL GALVAO			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CMS PROF ANTENOR NASCENTES	PROF ANTENOR NASCENTES	31%	32%	31%
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CMS EDUARDO ARUAJO VILHENA LEITE	PIAUI	32%	38%	34%
	FERNAO CARDIM			
	HENRIQUE SCHEID			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CMS MILTON FONTES MAGARAO	CAMARISTA	38%	40%	36%
	OURO PRETO			
	OUTEIRO			
	ADOLFO BERGAMINI			
	SANTOS TITARA			
	BORJA REIS			
	ITAPEMA			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	EMBOABA	42%	38%	41%
	JOAO RIBEIRO			
	LORENA			
	TEOPHILO DIAS			
UNIDADE	**EQUIPES**	**JANEIRO 2026**	**FEVEREIRO 2026**	**MARÇO 2026**

CMS RENATO ROCCO	AIRES CASAL	43%	46%	38%
	ALVARES DE AZEVEDO			
	ESPERANCA			
	JACARE			
	CACHAMBI			
UNIDADE	EQUIPES	JANEIRO 2026	FEVEREIRO 2026	MARÇO 2026
CMS RODOLPHO ROCCO	AMARO HAMATI	36%	36%	36%
	LAGO VERDE			
	PERIANTA			
	SANTA LUZIA			
	TIMBO			
	TURIMA			
UNIDADE	EQUIPES	JANEIRO 2026	FEVEREIRO 2026	MARÇO 2026
CMS CESAR PERNETA	HERMENGARDA	36%	41%	43%
	LOPES DA CRUZ			
	VENCESLAU			
UNIDADE	EQUIPES	JANEIRO 2026	FEVEREIRO 2026	MARÇO 2026
CMS TIA ALICE	24 DE MAIO	31%	36%	31%
	SÃO FRANCISCO XAVIER			
	VILA OLIMPICA			
UNIDADE	EQUIPES	JANEIRO 2026	FEVEREIRO 2026	MARÇO 2026
CMS ELIZA ABRANTES	BOCA DO MATO	41%	46%	45%
	LINS IMPERIAL			
	MARIA LUIZA			
	SINCORA			
	VILELA TAVARES			
UNIDADE	EQUIPES	JANEIRO 2026	FEVEREIRO 2026	MARÇO 2026
CF HONÓRIO JOSÉ DE ANDRADE	CALDAS BARBOSA	38%	38%	**33%**
	CAPELA			
	DIVINO SALVAODR			

Tabela 24

3. PARTE VARIÁVEL 03

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

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

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

Todos os grupos sofreram alterações em termos de estrutura e/ou quantidade de “Lacunas de Cuidado (LC)”, que são o “peso” de cada grupo e antes eram chamadas de Unidades Contábeis (UC). A quantidade de LC a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal. Por exemplo: se a equipe de saúde pontua 30 usuários no grupo de ações 7, que é “acompanhamento anual de uma pessoa hipertensa” e vale 03 LC, ela já contará com 90 LC no período. Uma equipe terá como teto o alcance de 300 LC no trimestre – limite mínimo de 60 LC no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos quatro grupos de ações – o que corresponde a 10% da soma dos salários base dos 3 meses.

A remuneração por desempenho será calculada pela quantidade de LC alcançadas pela equipe. Incide apenas para os profissionais das equipes mínimas da farmácia (farmacêutico e técnico de farmácia), gerente técnico, Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de Saúde Bucal (cirurgião dentista, TSB e ASB). Aqui também houve uma mudança importante, pois os profissionais da farmácia e o gerente não eram contemplados no termo anterior.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da S/SUBPAV/SAP, nos termos apresentados no quadro a seguir:

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

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	17049	8463	32	4525	4114	17016	0
CF ANNA NERY	9397	4724	28	3591	3581	9371	1
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	10904	6182	40	3956	4060	10860	2
CF BARBARA STARFIELD	13652	7282	49	3914	3314	13620	1
CF BIBI VOGEL	11876	6402	58	4653	4267	11800	3
CF CARIOCA	4392	2676	23	2131	1457	4373	2
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12206	6219	49	3560	3393	12164	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11750	5942	35	4048	3043	11729	1
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12523	4968	38	2254	2464	12504	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11579	6280	79	3709	3344	11538	4
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4622	2229	11	921	786	4621	1
CF IZABEL DOS SANTOS	11577	6289	48	4197	2943	11549	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	13309	5942	46	3413	3180	13277	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12681	6402	42	4343	3649	12645	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	10451	5320	19	2671	2115	10437	0
CMS ANTENOR NASCENTES	2225	987	7	661	546	2220	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8184	4189	42	3258	2742	8148	2
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	11785	6165	68	4039	3345	11768	4
CMS CESAR PERNETTA	7785	2699	12	1329	1275	7779	0
CMS EDUARDO A VILHENA	8775	4247	35	2361	1685	8760	0
CMS ELIZA ABRANTES	8417	4091	41	2495	2211	8385	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	13405	5959	27	3452	2868	13392	0
CMS RENATO ROCCO	7856	4263	37	2648	2775	7807	2
CMS RODOLPHO ROCCO	12202	6227	49	3831	2765	12173	3
CMS TIA ALICE	4056	1961	21	1142	976	4043	0
AP 3.2	252658	126108	936	77102	66898	251979	26

Tabela 26

Na análise parcial do indicador **G1 – Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo de mulher em idade fértil com inserção de DIU**, observa-se que a AP 3.2 apresentou **252.658 mulheres registradas no sexo feminino.** Destas, **126.108 mulheres encontravam-se na faixa etária entre 13 e 50 anos,** compondo o público elegível para acompanhamento do indicador.

GRUPO 02 (G2): Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino

Legenda do Indicador G2:

A - Sexo Feminino.

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

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

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

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

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

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

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	17049	1912	441	126	4114	16389	29
CF ANNA NERY	9397	1841	475	133	3581	8335	56
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	10904	1574	344	115	4060	10231	88
CF BARBARA STARFIELD	13652	1952	427	146	3314	12995	34
CF BIBI VOGEL	11876	2342	461	111	4267	10737	65
CF CARIOCA	4392	1026	148	31	1457	4075	17
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12206	1445	356	94	3393	11594	28
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11750	2044	366	86	3043	11195	39
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12523	1015	380	124	2464	12174	30
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11579	1589	197	37	3344	11029	43
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4622	299	102	43	786	4604	2
CF IZABEL DOS SANTOS	11577	1855	350	106	2943	11025	39
CF LUIZ CELIO PEREIRA	13309	1580	333	94	3180	12740	34
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12681	2114	442	69	3649	11979	32
CF SERGIO NICOLAU AMIN	10451	1160	206	57	2115	10115	22
CMS ANTENOR NASCENTES	2225	334	110	42	546	2110	6
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8184	1589	365	76	2742	7516	27

CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	11785	1949	313	71	3345	11265	37
CMS CESAR PERNETTA	7785	639	156	50	1275	7572	8
CMS EDUARDO A VILHENA	8775	1197	359	110	1685	8479	24
CMS ELIZA ABRANTES	8417	1129	267	105	2211	8117	22
CMS MILTON FONTES MAGARAO	13405	1622	395	175	2868	12995	30
CMS RENATO ROCCO	7856	1118	259	70	2775	7260	32
CMS RODOLPHO ROCCO	12202	1747	352	108	2765	11754	23
CMS TIA ALICE	4056	602	137	43	976	3852	17
AP 3.2	**252658**	**35674**	**7741**	**2222**	**66898**	**240137**	**784**

Tabela 27

Na análise parcial do indicador **G2 – Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino**, observa-se que a AP 3.2 apresentou **252.658 mulheres cadastradas,** pelas equipes.

Em relação ao rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 49 anos, ao observar ao menos um registro de resultado de colpocitologia, em campo específico no prontuário eletrônico, contabilizou **35.674 usuárias** com registro de exame de colpocitologia realizado nos últimos 36 meses.

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 24° 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	4	6	2	4	3	2	4	4	3	4	1
CF ANNA NERY	8	7	7	8	7	7	7	8	8	8	3
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	15	11	13	14	13	7	12	13	14	15	2
CF BARBARA STARFIELD	6	2	4	6	5	3	6	5	5	6	0
CF BIBI VOGEL	9	8	8	8	9	7	8	8	8	9	5
CF CARIOCA	8	5	8	8	2	6	7	8	7	8	1
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	8	5	7	8	6	7	5	6	8	8	3
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	6	6	5	5	4	2	5	5	3	6	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	6	5	5	5	6	4	5	4	6	6	3
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	10	9	9	9	6	6	9	10	9	10	3
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	6	5	4	6	5	3	5	6	4	6	1
CF IZABEL DOS SANTOS	6	4	4	5	4	4	6	6	5	5	3
CF LUIZ CELIO PEREIRA	9	5	7	9	6	5	4	8	6	8	1
CF OLGA PEREIRA PACHECO	17	15	13	13	15	7	15	16	13	17	6
CF SERGIO NICOLAU AMIN	12	6	10	9	8	3	10	10	9	12	1
CMS ANTENOR NASCENTES	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	4	2	2	3	4	0	2	4	4	4	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	12	8	10	11	7	9	9	10	9	12	1
CMS CESAR PERNETTA	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0
CMS EDUARDO A VILHENA	11	10	7	8	9	8	9	6	7	11	3
CMS ELIZA ABRANTES	7	3	5	5	7	4	7	7	7	7	1
CMS MILTON FONTES MAGARAO	15	12	12	9	4	7	15	12	8	15	0
CMS RENATO ROCCO	9	9	6	8	8	7	8	7	9	9	3
CMS RODOLPHO ROCCO	8	2	4	3	6	2	5	7	5	8	0
CMS TIA ALICE	4	4	3	3	3	2	3	3	3	4	2
AP 3.2	203	151	158	169	149	114	169	175	163	201	43

Tabela 28

Na análise parcial do indicador **Grupo 03 (G3) – Acompanhamento de uma gravidez**, observa-se que a AP 3.2 apresentou 203 gestantes com pré-natal encerrado no período de vigência. Os dados demonstram que há capacidade de captação precoce e acompanhamento clínico das gestantes.

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 30° 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 2° e o 5° 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	21	15	16	18	4	21	0	3	20	21	0
CF ANNA NERY	15	10	9	11	9	12	6	2	13	15	1
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	13	12	9	12	5	12	1	1	12	13	0

CF BARBARA STARFIELD	7	5	2	4	3	6	3	0	6	7	0
CF BIBI VOGEL	16	12	12	15	5	16	3	1	14	16	0
CF CARIOCA	8	7	7	7	3	7	2	1	8	8	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	9	9	8	8	4	9	1	0	6	9	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	20	17	13	19	14	14	7	2	17	20	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	4	0	0	0	0	2	0	0	4	4	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	15	12	10	13	7	12	1	2	15	15	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	8	1	3	6	0	7	0	0	8	8	0
CF IZABEL DOS SANTOS	12	8	9	10	5	12	4	1	10	12	1
CF LUIZ CELIO PEREIRA	7	6	5	5	4	6	1	0	6	7	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	15	10	12	13	4	12	3	2	15	15	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	9	6	4	5	3	8	1	0	6	9	0
CMS ANTENOR NASCENTES	2	1	1	1	1	1	1	0	1	2	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	15	15	12	14	11	15	3	0	14	15	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	15	13	10	12	8	13	1	0	11	15	0
CMS CESAR PERNETTA	9	3	0	1	1	6	0	0	5	9	0
CMS EDUARDO A VILHENA	9	6	5	6	4	7	3	1	6	9	1
CMS ELIZA ABRANTES	16	14	13	14	4	13	6	2	16	16	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	16	11	13	13	3	14	3	2	15	16	1
CMS RENATO ROCCO	12	10	8	9	2	11	1	3	9	12	0
CMS RODOLPHO ROCCO	14	13	10	12	8	13	0	2	13	14	0
CMS TIA ALICE	5	5	5	5	2	5	4	1	5	5	0
AP 3.2	**292**	**221**	**196**	**233**	**114**	**254**	**55**	**26**	**255**	**292**	**4**

Tabela 29

Na análise parcial do indicador **G4 – Acompanhamento de uma criança no primeiro ano de vida**, observa-se que a AP 3.2 apresentou **292 crianças que completaram um ano de vida no período analisado.**

Os dados demonstram que a AP 3.2 apresenta boa capacidade de acompanhamento clínico e vacinal das crianças no primeiro ano de vida, porém há necessidade de fortalecer principalmente os registros parametrizados da avaliação nutricional, a realização e registro do teste do pezinho e o acompanhamento territorial realizado pelos ACS, visando ampliar a completude do cuidado as crianças no primeiro ano de vida.

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	18	3	13	13	3	16	11	18	1
CF ANNA NERY	15	4	8	14	3	15	11	15	2
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	22	1	12	17	2	19	7	22	0
CF BARBARA STARFIELD	14	2	5	13	1	14	8	14	0
CF BIBI VOGEL	17	2	12	16	2	15	9	17	0
CF CARIOCA	4	1	3	4	0	4	3	4	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	14	7	11	11	0	13	7	14	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	17	8	12	14	6	17	11	17	3
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	9	1	3	4	0	9	3	9	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	15	2	6	13	3	14	13	15	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	11	0	5	5	2	10	11	11	0
CF IZABEL DOS SANTOS	13	6	8	12	0	13	13	13	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	11	4	5	10	2	11	6	11	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12	3	7	12	1	11	12	12	1
CF SERGIO NICOLAU AMIN	5	2	5	5	1	5	1	5	1

CMS ANTENOR NASCENTES	3	0	1	1	0	3	1	3	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	15	4	6	7	4	15	12	15	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	15	3	7	15	3	15	6	15	0
CMS CESAR PERNETTA	4	0	0	2	0	3	3	4	0
CMS EDUARDO A VILHENA	7	3	4	6	1	7	2	7	0
CMS ELIZA ABRANTES	21	3	15	10	5	21	21	21	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	13	2	4	4	0	13	8	12	0
CMS RENATO ROCCO	10	2	7	8	0	10	9	10	0
CMS RODOLPHO ROCCO	16	3	10	9	5	15	10	16	1
CMS TIA ALICE	4	1	2	3	1	4	4	4	0
AP 3.2	**305**	**67**	**171**	**228**	**45**	**292**	**202**	**304**	**9**

Tabela 30

Na análise parcial do indicador **G5 – Acompanhamento de uma criança no segundo ano de vida**, observa-se que a AP 3.2 apresentou **305 crianças que completaram dois anos de vida no período analisado.**

Os dados demonstram que a AP 3.2 apresenta boa cobertura vacinal e atuação territorial no acompanhamento infantil.

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

Legenda do Indicador G6:

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

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

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

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

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

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

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

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

I - Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 ou 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 ou 01.01.02.002-3 ou 01.01.02.003-1 ou 01 .01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item.

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

Total - Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+1+J].

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	2113	1747	1264	813	1342	1058	1020	81	550	2079	3
CF ANNA NERY	1202	995	628	463	979	611	603	92	254	1165	1
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	1255	1069	816	517	707	774	382	35	351	1248	0
CF BARBARA STARFIELD	1489	1246	1027	698	1365	807	597	191	889	1338	7
CF BIBI VOGEL	1580	1325	930	709	1195	895	696	111	541	1518	2
CF CARIOCA	502	443	338	255	453	339	285	12	211	492	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	1417	1163	849	698	781	878	371	11	159	1414	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	1472	1218	858	736	1047	873	764	62	439	1457	3
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	1263	929	656	565	656	714	630	70	230	1248	1
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	1259	1035	715	500	868	737	564	48	297	1233	2
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	581	521	378	311	250	396	277	25	10	572	0
CF IZABEL DOS SANTOS	1206	965	679	543	837	707	508	35	866	1184	3
CF LUIZ CELIO PEREIRA	1752	1382	852	683	1305	853	853	69	222	1747	2
CF OLGA PEREIRA PACHECO	1677	1396	1072	782	992	1022	933	143	743	1618	6
CF SERGIO NICOLAU AMIN	977	824	575	411	774	518	436	13	260	972	0
CMS ANTENOR NASCENTES	316	266	233	177	222	223	226	0	1	315	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	1126	984	648	566	471	691	639	16	165	1120	0

CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	1314	1117	767	662	836	882	757	470	326	1212	7
CMS CESAR PERNETTA	932	785	461	371	548	390	313	81	141	903	2
CMS EDUARDO A VILHENA	1133	978	735	470	795	610	731	255	444	1068	7
CMS ELIZA ABRANTES	1134	993	781	561	816	689	698	116	185	1065	2
CMS MILTON FONTES MAGARAO	1947	1646	1163	930	1105	1184	1136	247	336	1900	4
CMS RENATO ROCCO	1058	924	724	492	738	622	521	62	242	1021	0
CMS RODOLPHO ROCCO	1709	1317	790	745	1019	930	550	65	672	1700	5
CMS TIA ALICE	472	405	357	259	317	312	313	3	167	468	0
AP 3.2	30886	25673	18296	13917	20418	17715	14803	2313	8701	30057	57

Tabela 31

Na análise parcial do indicador **Grupo 06 (G6) – Acompanhamento de uma pessoa diabética por ano**, observa-se que a AP 3.2 apresentou **30.886 usuários com diagnóstico ativo de Diabetes Mellitus registrado na lista de problemas.** Os dados demonstram que a AP 3.2 apresenta boa capacidade de acompanhamento das pessoas com diabetes, é necessário fortalecer principalmente as ações preventivas específicas voltadas ao rastreamento de complicações crônicas, como fundoscopia e avaliação dos pés, além da qualificação dos registros assistenciais e integração multiprofissional, visando ampliar a completude do cuidado e melhorar o desempenho global do indicador.

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	5196	3968	2761	3437	2427	137
CF ANNA NERY	2767	2124	1345	1796	1458	84
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	3746	2770	1909	2603	1819	94
CF BARBARA STARFIELD	3978	3027	2178	2800	1757	90
CF BIBI VOGEL	3891	2968	2006	2555	1911	105
CF CARIOCA	1226	1016	744	908	514	45
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	3497	2688	1827	2406	1701	127
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	3836	2903	1860	2660	1862	101
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	3149	2091	1483	2069	1642	94
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	3096	2280	1540	1820	1745	81
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	1393	1175	837	874	887	84
CF IZABEL DOS SANTOS	3217	2344	1632	2151	1652	124
CF LUIZ CELIO PEREIRA	4233	3111	1871	2554	2392	84
CF OLGA PEREIRA PACHECO	3893	3051	2229	2707	1738	118
CF SERGIO NICOLAU AMIN	2687	2138	1398	1884	1260	78
CMS ANTENOR NASCENTES	886	720	605	644	340	40
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3095	2441	1538	2267	1406	93
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	3152	2532	1746	2314	1416	98
CMS CESAR PERNETTA	1859	1421	903	949	1134	48
CMS EDUARDO A VILHENA	2505	2016	1511	1585	1222	80
CMS ELIZA ABRANTES	2425	1989	1497	1828	945	118
CMS MILTON FONTES MAGARAO	4221	3350	2313	2890	2006	117
CMS RENATO ROCCO	2692	2185	1609	1881	1202	97
CMS RODOLPHO ROCCO	4300	3054	1785	2621	2609	102
CMS TIA ALICE	1126	929	801	829	415	59
AP 3.2	**76066**	**58291**	**39928**	**51032**	**37460**	**2298**

Tabela 32

Na análise parcial do indicador **G7 – Acompanhamento de uma pessoa hipertensa por ano**, observa-se que a AP 3.2 apresentou **76.066 usuários com diagnóstico ativo de hipertensão arterial registrado na lista de problemas.** Ao considerar simultaneamente todos os critérios exigidos para composição do indicador, a AP 3.2 contabilizou **2.298 usuários** acompanhados integralmente.

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	8032	4395	2307	3102	3546	657	1287	7881	11
CF ANNA NERY	4084	2381	1102	2175	1663	668	854	3920	11
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	3412	2472	1405	1596	1778	452	397	3371	1
CF BARBARA STARFIELD	5869	3418	1923	2876	2760	780	1232	5688	8
CF BIBI VOGEL	4429	2875	1440	2518	2157	798	1133	4094	24
CF CARIOCA	986	734	454	672	603	91	379	938	3
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	5317	2941	1562	1969	2196	406	645	5273	5
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	5365	2882	1397	2080	2110	395	1829	5232	9
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	8115	3209	1472	1895	2332	803	954	8036	6
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	4387	2273	1168	1305	1703	410	406	4347	16
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	2170	1472	764	928	1237	49	214	2167	0
CF IZABEL DOS SANTOS	4612	2500	1282	1603	1854	359	912	4548	5
CF LUIZ CELIO PEREIRA	7798	4141	1703	2990	2889	752	1703	7636	12

CF OLGA PEREIRA PACHECO	5634	3029	1711	2007	2509	448	1404	5538	9
CF SERGIO NICOLAU AMIN	5008	2347	1145	1833	1566	327	635	4951	6
CMS ANTENOR NASCENTES	1210	789	524	556	654	128	573	1153	6
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3356	2248	1140	832	1647	371	461	3329	2
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	4281	2473	1232	2005	1877	346	1156	4203	10
CMS CESAR PERNETTA	5920	2306	897	1715	1124	481	963	5829	10
CMS EDUARDO A VILHENA	4572	2360	1278	1668	2013	339	1287	4458	13
CMS ELIZA ABRANTES	3681	2146	1263	1384	1742	322	1621	3544	13
CMS MILTON FONTES MAGARAO	7338	3983	2038	2368	3031	644	2034	7191	25
CMS RENATO ROCCO	2918	2031	1235	1417	1597	545	406	2819	10
CMS RODOLPHO ROCCO	5305	3265	1384	2690	2128	261	1232	5240	8
CMS TIA ALICE	2120	1107	739	849	959	239	572	2022	7
AP 3.2	115919	63777	32565	45033	47675	11071	24289	113408	230

Tabela 33

Na análise parcial do indicador **G8 – Acompanhamento anual de uma pessoa idosa**, observa-se que a AP 3.2 apresentou **115.919 pessoas idosas cadastradas.** Apesar dos resultados expressivos em componentes específicos do cuidado, apenas **230 usuários** atingiram simultaneamente todos os critérios exigidos para composição do resultado final do indicador G8. Identifica se a necessidade do fortalecimento das ações de cuidado integral à pessoa idosa, com ampliação das consultas regulares, qualificação do registro da pressão arterial, fortalecimento das estratégias de imunização, intensificação das avaliações multidimensionais e melhoria da integração entre equipes e principalmente entre os ACS.

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 2° 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	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1
CF ANNA NERY	6	6	4	6	1	5	5	6	5	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	17	17	16	13	8	10	8	17	13	0
CF BARBARA STARFIELD	2	2	2	2	1	2	2	2	1	0
CF BIBI VOGEL	5	4	3	4	3	4	4	5	5	2
CF CARIOCA	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	5	5	4	4	3	4	3	5	4	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	5	5	5	4	3	4	5	5	4	1
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	3	3	3	3	2	3	3	3	1	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	6	6	6	5	3	6	6	6	5	1
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4	4	4	3	3	1	0	4	4	0
CF IZABEL DOS SANTOS	8	8	8	8	8	7	8	8	5	4
CF LUIZ CELIO PEREIRA	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	3	3	3	3	3	2	2	3	1	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	7	7	7	4	4	7	7	7	6	0
CMS ANTENOR NASCENTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3	3	3	3	2	2	2	3	2	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	7	7	7	6	5	7	7	7	3	1
CMS CESAR PERNETTA	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
CMS EDUARDO A VILHENA	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
CMS ELIZA ABRANTES	10	10	10	8	8	9	2	10	10	6
CMS MILTON FONTES MAGARAO	8	8	8	7	5	4	8	8	6	0
CMS RENATO ROCCO	16	16	14	15	11	10	10	16	14	2
CMS RODOLPHO ROCCO	5	5	4	4	2	2	5	5	5	1
CMS TIA ALICE	5	5	5	5	2	5	4	5	5	2
AP 3.2	134	133	125	116	85	101	100	134	105	23

Tabela 34

Na análise parcial do indicador **G9 – Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose**, observa-se que a AP 3.2 apresentou **134 usuários** com registro do número do

SINAN no prontuário e apesar do desempenho satisfatório em diversos componentes isolados do indicador, apenas **23 usuários** atingiram simultaneamente todos os critérios exigidos para composição do resultado do G9.

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	739	7	196	731	0
CF ANNA NERY	860	2	171	856	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	816	0	152	816	0
CF BARBARA STARFIELD	668	0	209	668	0
CF BIBI VOGEL	506	8	148	498	0
CF CARIOCA	335	0	275	335	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	851	5	128	848	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	854	3	202	849	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	533	0	90	533	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	402	1	96	402	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	269	0	6	269	0
CF IZABEL DOS SANTOS	482	0	141	482	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	645	15	116	625	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	831	8	317	822	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	473	2	92	472	1
CMS ANTENOR NASCENTES	165	0	0	165	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	687	0	108	687	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	897	2	193	895	0
CMS CESAR PERNETTA	95	1	21	93	0
CMS EDUARDO A VILHENA	277	0	65	277	0
CMS ELIZA ABRANTES	724	1	62	724	1
CMS MILTON FONTES MAGARAO	862	5	114	861	4
CMS RENATO ROCCO	679	0	139	679	0

CMS RODOLPHO ROCCO	595	8	146	587	1
CMS TIA ALICE	383	15	112	371	4
AP 3.2	14628	83	3299	14545	11

Tabela 35

Na análise parcial do indicador **G10 – Acompanhamento de uma pessoa tabagista**, observa-se que a AP 3.2 apresentou um total de **14.628 usuários com registro de tabagismo na Ficha A.**

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. 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://bvsms.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.

5. ANEXOS



IGEDES

INSTITUTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO