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: Julho 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

..... 1
INTRODUÇÃO 6
SUPER CENTRO CARIOCA DE VACINAÇÃO DA ZONA NORTE 9
ATIVIDADES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO DE 2026 11
REGISTROS FOTOGRÁFICOS DAS ATIVIDADES REALIZADAS 18
1. PARTE VARIÁVEL 01 22
Resultado dos Indicadores da Variável 01: Incentivo à Gestão do TEIAS 24
INDICADORES VARIÁVEL 01 24
INDICADOR 01: Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades 24
INDICADOR 02: Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) 25
INDICADOR 03: Estrutura para impressão de documentos assistenciais 26
INDICADOR 04: Abastecimento regular das unidades 27
INDICADOR 05: Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados 28
INDICADOR 06: Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO) 29
INDICADOR 07: Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3) 30
INDICADOR 08: Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos 31
INDICADOR 09: Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde 31
INDICADOR 10: Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados 32
INDICADOR 11: Proporção de cura de Tuberculose 33
INDICADOR 12: Acompanhamento de Sífilis na Gestação 35
INDICADOR 13: Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas. 37
INDICADOR 14: Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) 39
INDICADOR 15: Manutenção dos Colegiados Gestores 40
INDICADOR 16: Rotatividade de profissionais nas equipes de saúde 41
INDICADOR 17: Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca 41
INDICADOR 18: Percentagem de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de saúde 43
INDICADOR 19: Percentagem de famílias com entrega de kits de higiene oral 44
2. PARTE VARIÁVEL 02 45
Resultado dos Indicadores da Variável 02: Incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária 45
COMPLETUDE DE CADASTROS 45
INDICADOR A1: Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família. 47
INDICADOR A2: Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos. 49
INDICADOR A3: Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos. 50
INDICADOR A4: Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos. 51
INDICADOR A5: Proporção de itens da carteira de serviço implementados. 53
INDICADOR A6: Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico. 54

INDICADOR A7: Cobertura de primeira consulta odontológica programática. 56
INDICADOR D1: Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos. 57
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....59
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....60
INDICADOR D4: Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado. 61
INDICADOR D5: Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado. 63
INDICADOR D6: Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. 64
INDICADOR D7: Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida. ...65
INDICADOR D8: Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. 67
INDICADOR S1: Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos. 68
INDICADOR E1: Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário....68
INDICADOR E2: Percentual de medicamentos prescritos da REMUME....70
INDICADOR E3: Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos. 71
INDICADOR E4: Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG....72
3. PARTE VARIÁVEL 03 76
Resultado dos GRUPOS DE AÇÕES da Variável 03: Incentivo institucional à COORDENAÇÃO DO CUIDADO 76
GRUPO 01 (G1): Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU. 77
GRUPO 02 (G2): Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino 79
GRUPO 03 (G3): Acompanhamento de uma gravidez 81
GRUPO 04 (G4): Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano 83
GRUPO 05 (G5): Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano 85
GRUPO 06 (G6): Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano....87
GRUPO 07 (G7): Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano. 89
GRUPO 08 (G8): Acompanhamento anual de uma pessoa idosa 91
GRUPO 09 (G9): Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose 93
GRUPO 10 (G10): Acompanhamento de uma pessoa tabagista 95
4. REFERÊNCIAS....97
5. ANEXOS....97

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.

Conforme apuração constante dos demonstrativos financeiros de acompanhamento entre o cronograma pactuado e os valores efetivamente recebidos, verifica-se a existência de valores pendentes de repasse, os quais vêm sendo monitorados pela entidade em razão de seus potenciais impactos sobre o equilíbrio econômico-financeiro das parcerias e sobre a previsibilidade necessária à execução das obrigações contratuais e operacionais.

Até a competência de referência, os valores devidos identificados totalizam R$ 132.649.588,14, distribuídos por exercício da seguinte forma: R$ 155.032,54 em 2021; R$ 791.981,23 em 2022; R$ 20.622.864,60 em 2023; R$ 55.133.045,39 em 2024; e R$ 55.946.664,38 em 2025. A entidade registra a presente informação para fins de transparência, controle, rastreabilidade e preservação da memória administrativa,

destacando que a manutenção das atividades tem exigido acompanhamento permanente da programação financeira e adoção de medidas de gestão voltadas à mitigação de riscos operacionais. O registro ora realizado não prejudica a continuidade da execução dos serviços nem o diálogo institucional com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, mas evidencia a necessidade de recomposição dos valores pendentes para assegurar a plena regularidade da execução pactuada.

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 (**ESF**), Equipes de Saúde Bucal (**ESB**), Equipes Multiprofissionais (**EMULTI**) e Equipes de Consultório na Rua (**CNAR**) por Unidade da AP 3.2.

UNIDADES	ESF	ESB	EMULTI	CNAR
CF Amélia dos Santos Ferreira	8	3	1	0
CF Anna Nery	5	2	1	0
CF Anthídio Dias da Silveira	7	2	1	1
CF Bárbara Starfield	5	2	0	0
CF Bibi Vogel	7	2	1	0
CF Carioca	3	1	0	0
CF Edney Canazaro de Oliveira	6	2	1	0
CF Emygdio Alves Costa Filho	5	2	1	0
CF Erivaldo Fernandes Nóbrega	5	1	0	0
CF Herbert José de Souza	5	2	1	0
CF Honório José de Andrade	3	0	0	0
CF Izabel dos Santos	5	2	1	0
CF Luiz Célio Pereira	5	2	0	0
CF Olga Pereira Pacheco	6	2	1	0
CF Sérgio Nicolau Amin	5	2	0	0
CMS Professor Antenor Nascentes	1	0	0	0
CMS Ariadne Lopes de Menezes	4	2	0	0
CMS Eliza Abrantes	5	1	0	0
CMS Carlos Gentille de Mello	6	2	1	0
CMS César Pernetta	3	1	0	0
CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite	3	1	0	0
CMS Milton Fontes Magarão	7	1	0	1
CMS Renato Rocco	5	2	1	0
CMS Rodolpho Rocco	6	3	1	0
CMS Tia Alice	3	1	0	0
Super Centro Carioca de Vacinação da Zona Norte				
TOTAL EQUIPES	**123**	**14**	**12**	**2**

Fonte: CNES

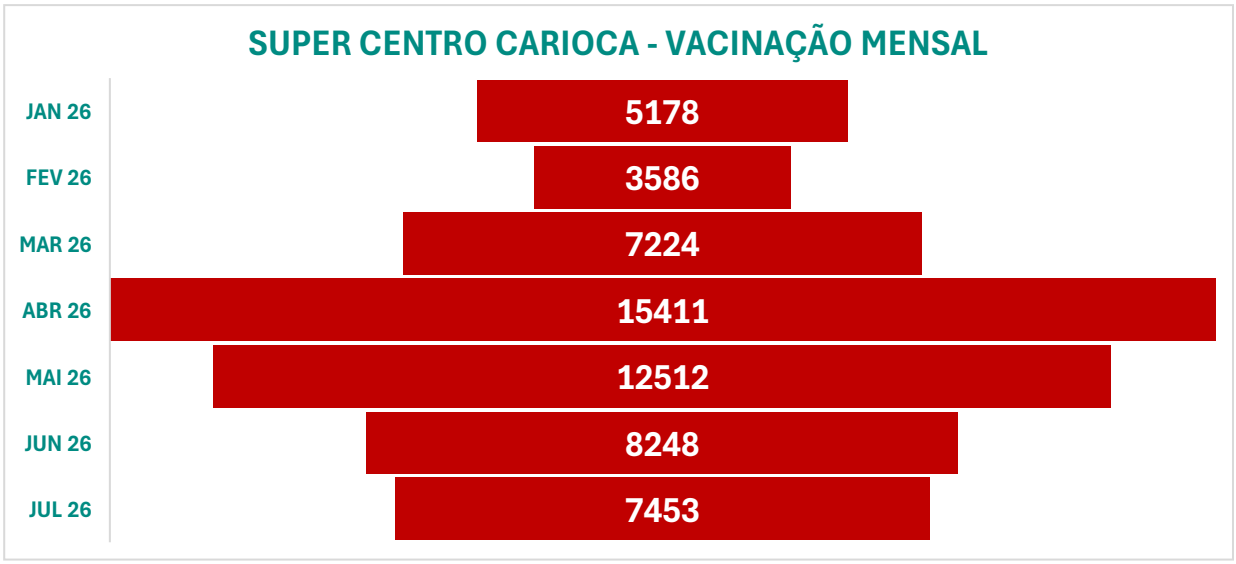
SUPER CENTRO CARIOCA DE VACINAÇÃO DA ZONA NORTE

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.

Abaixo segue o gráfico com o histórico anual da produção realizada no Super Centro Carioca de Vacinação da Zona Norte:



Fonte: PEP SARAH Super Centro Carioca de Vacinação

Vacinas realizadas no mês de julho de 2026



Fonte: PEP SARAH Super Centro Carioca de Vacinação

Em **julho** de 2026, o Super Centro Carioca de Vacinação do Shopping Nova América realizou a aplicação de **7453** doses de imunizantes.

ATIVIDADES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO DE 2026

O Setor de Planejamento constitui uma estrutura estratégica de suporte à gestão, desempenhando papel fundamental no acompanhamento, monitoramento e avaliação dos resultados da rede de Atenção Primária à Saúde no território da AP 3.2. Entre suas principais atribuições, destacam-se a análise dos indicadores de saúde, o monitoramento do Contrato de Gestão e a consolidação das informações necessárias à prestação de contas e à avaliação do cumprimento das metas pactuadas.

No âmbito de sua atuação, o setor realiza o processamento, a qualificação, a análise e a validação dos dados produzidos pelas 25 unidades de Atenção Primária à Saúde do território, contribuindo para a consistência e a confiabilidade das informações utilizadas nos processos de monitoramento e avaliação. Compete-lhe, ainda, acompanhar a utilização e a gestão dos sistemas de prontuário eletrônico (Vitacare/e-SUS), bem como os processos de extração, exportação e validação dos indicadores que compõem a Parte Variável do Contrato de Gestão.

Durante o período de análise foram realizados o processamento e a análise dos procedimentos executados nas unidades de atenção primária, garantindo a integridade da base analítica. A rotina incluiu o recebimento e conferência de arquivos *Thrift* e a importação de arquivos XML no Prontuário Eletrônico e-SUS.

Para subsidiar o cumprimento das metas pactuadas, procedeu-se à exportação mensal e trimestral dos arquivos contendo as Variáveis 1, 2 e 3, resultado por equipe, tanto para envio ao DICA CAP 3.2 quanto para as unidades, atendendo a recomendação do Indicador 07, parte da variável 1, Contrato de Gestão. Também foram elaboradas as planilhas com as memórias de cálculo dos indicadores para apresentação na prestação de contas, garantindo rastreabilidade e transparência aos resultados.

Em suporte às unidades, o setor atende às solicitações quanto à criação de logins para utilização do prontuário eletrônico do paciente (PEP), realiza conferência junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), além do recebimento e conferência dos documentos comprovantes dos indicadores: Manutenção da comissão de revisão de prontuários, Estrutura para impressão de documentos assistências, Abastecimento regular das unidades, Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados, Manutenção dos Colegiados gestores e Proporção de ações estratégicas da Carteira de Serviços

implementadas. Essa documentação deve ser conferida, a fim de integrar a documentação anexa a este relatório.

Durante o mês de **julho** de 2026, a **Supervisão de Território da CAP 3.2** realizou 59 visitas e atividades junto às 25 unidades e demais locais que compõem o território, abrangendo ações de monitoramento de indicadores, apoio à gestão, acompanhamento de processos de trabalho, gestão de pessoas, capacitações, reuniões com gestores, organização de fluxos assistenciais e administrativos, mediação de demandas e conflitos, bem como ações relacionadas à implementação do novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde.

No âmbito da gestão de pessoas e do fortalecimento das equipes, foram realizados acolhimentos e processos de integração de gestores, incluindo o retorno de gestora e sua transferência de unidade, com articulação entre as gestoras envolvidas nos CMS Renato Rocco e CMS Milton Fontes Magarão. Também foram conduzidos processos seletivos para profissionais administrativos, enfermeiros e Gestores de Serviços em Saúde, contribuindo para a recomposição do quadro profissional e a continuidade das atividades assistenciais e gerenciais das unidades.

No eixo de apoio à gestão e desenvolvimento institucional, foram realizadas reuniões de gestores com foco em Accountability, contemplando diferentes unidades do território e possibilitando o acompanhamento dos resultados, a identificação de fragilidades e a pactuação de estratégias de melhoria. Destaca-se, ainda, a análise e discussão da nova Cartilha de Violência da Secretaria Municipal de Saúde, realizada em conjunto com a Coordenação, DAPS e Gerência de Projetos do IGEDES, com pactuação de nova agenda para continuidade das discussões e encaminhamentos.

Anualmente a SMS realiza em todas as unidades os Seminários de Gestão – Accountability. A proposta é que totas as unidades de Atenção realizem, além de uma prestação de contas, uma autoavaliação, apresentando o alcance dos seus objetivos no último ano, os problemas encontrados e as propostas para a melhoria dos resultados. A Supervisão apoia a elaboração e preparação do seminário, bem como a sua realização, participando da discussão e análise das informações em saúde, sendo este tema importante nas visitas técnicas, durante este mês.

Foram também desenvolvidas ações de acompanhamento técnico e articulação institucional, incluindo reunião para análise, discussão e validação de medida protetiva relacionada ao CMS Milton Fontes Magarão, com participação da Assessoria da Coordenação e da apoiadora das

demandas judiciais. No campo da qualificação profissional e incorporação de novas ferramentas, foi realizada capacitação sobre teleconsulta, promovida pelo Vitacare, destinada à Supervisão de Território, gestores e representantes das unidades.

No acompanhamento dos resultados contratuais, foi realizada a avaliação dos indicadores referentes ao mês de julho, com devolutiva individualizada aos gestores das unidades que apresentaram alcance parcial ou não atingiram as metas pactuadas. A partir dessa análise, foram discutidas as principais fragilidades identificadas e pactuadas estratégias de intervenção e acompanhamento, visando ao aprimoramento dos resultados e à qualificação dos processos de trabalho. Também foram realizadas ações de acolhimento e integração de novos gestores, com apresentação da estrutura e organização do território da AP 3.2, dos setores administrativos da CAP 3.2, suas respectivas atribuições e referências técnicas, favorecendo a integração dos novos profissionais e o alinhamento quanto aos fluxos institucionais.

No contexto das mudanças relacionadas ao novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, foram promovidos espaços de discussão com os gestores acerca das principais alterações e de seus impactos sobre os indicadores e processos de trabalho. Foram igualmente abordadas as fragilidades identificadas em reunião com a SIAP, especialmente aquelas relacionadas ao SISREG e ao acompanhamento de HIV, com o objetivo de orientar as equipes quanto aos novos requisitos e fortalecer as estratégias de monitoramento.

Ao final do mês, diante da interrupção do fornecimento de energia elétrica em unidades do território, foram adotadas medidas emergenciais para garantir a continuidade dos serviços e a segurança dos insumos, incluindo a organização de fluxos, remanejamento de insumos termolábeis, apoio às demandas estruturais decorrentes dos fortes ventos e articulação com a Coordenação de Área. A Supervisão de Território atuou, ainda, no suporte direto aos gestores para avaliação dos impactos e tomada de decisões necessárias à manutenção do funcionamento das unidades.

As ações desenvolvidas ao longo do período evidenciam a atuação da Supervisão de Território como instância de apoio técnico e gerencial às unidades, articulando o acompanhamento dos resultados, a qualificação dos processos de trabalho, o desenvolvimento das equipes e a resposta às demandas assistenciais, administrativas e emergenciais do território.

Dentre as visitas realizadas, no mês de **julho**, com foco no monitoramento dos indicadores, destacam-se:

CF Anthídio Dias da Silveira

Realizado apoio na preparação do Seminário Accountability, avaliação dos indicadores, discussão dos resultados apresentados e construção de estratégias para recuperação dos indicadores.

CF Bárbara Starfield

Realizada reunião com a gestora e a Responsável Técnica de Enfermagem para discussão dos indicadores referentes ao segundo trimestre de 2026, com análise dos resultados e definição de estratégias para melhoria dos indicadores de hipertensão, diabetes e vacinação infantil. Foram pactuadas para o terceiro trimestre metas de diabetes igual ou superior a 70% em todas as equipes, média geral de 70% para hipertensão e cobertura de 90% para vacinação de crianças de dois anos em todas as equipes, com monitoramento contínuo dos resultados.

CF Carioca

Realizada reunião com o gerente da unidade para discussão do desempenho dos indicadores, com intuito de preparar o Seminário Accountability. Também abordada a apresentação que será realizada no ciclo de debates da Secretaria Municipal de Saúde, ocasião em que a unidade será reconhecida pelos resultados alcançados. Na mesma visita, foi discutida sobre projeto de redistribuição do território de abrangência da unidade, com ampliação de cobertura e avaliação dos impactos no processo de trabalho das equipes, buscando garantir assistência e qualificar o atendimento à população.

CF Cabo Edney Canazaro de Oliveira

Realizada análise técnica dos indicadores que serão utilizados no Seminário Accountability, bem como dos indicadores do Contrato de Gestão referentes ao segundo trimestre de 2026. Foram identificados os dois indicadores de maior fragilidade para acompanhamento sistemático ao longo do ciclo anual. Também foram discutidas as principais dificuldades relacionadas aos processos assistenciais e registros em prontuário eletrônico, sendo pactuadas ações voltadas ao fortalecimento do monitoramento, acompanhamento pelas referências técnicas, busca ativa e organização dos processos de trabalho, com objetivo de ampliar o alcance das metas e qualificar a assistência.

CF Erivaldo Fernandes Nóbrega

Realizada reunião para análise dos indicadores do segundo trimestre, com destaque para o indicador Proporção de cura dos casos de tuberculose, Cobertura vacinal de crianças e Taxa de visitas domiciliares. Foram discutidas as principais causas das fragilidades e pactuadas estratégias e plano de ação para qualificação dos processos de trabalho. Também foi discutida a reposição das vacâncias de enfermeiros, realizado feedback à Responsável Técnica de Enfermagem sobre processo de trabalho e liderança técnica e organizado o planejamento das férias da gerente.

CF Herbert José de Souza

Em visita, foram analisadas as fragilidades dos indicadores referentes ao segundo trimestre de 2026. A gestão e a supervisão discutiram estratégias para qualificação dos processos de trabalho, com foco na vacinação de crianças e acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes. Também foram discutidos os indicadores relacionados ao novo financiamento da Atenção Primária, com definição de estratégias específicas para melhoria do desempenho da unidade, principalmente da equipe Pereira Pinto.

CF Honório José de Andrade

Realizou-se análise dos indicadores do Contrato de Gestão componentes Variável 1, 2 e 3. Elaborado plano de ação e estratégias de alcance e recuperação para acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial, coleta de colpocitologia, indicador de satisfação, avaliação neuropsicomotora e saúde bucal, com foco em gestantes, crianças de zero a dois anos e pessoas com tuberculose. Também foram avaliados os indicadores pelo NIA, com foco nas fragilidades e na recuperação dos resultados.

Como encaminhamento, foi pactuada a ampliação da planilha nominal de vigilância de gestantes e crianças, com acompanhamento do comparecimento às consultas de saúde bucal e envolvimento dos ACS, além da organização de agenda de visitas domiciliares e ação coletiva com a dentista.

CF Izabel dos Santos

Realizado acompanhamento das vacâncias, monitoramento dos indicadores do Contrato de Gestão do segundo trimestre e mediação de conflitos entre profissionais. Realizou-se análise dos indicadores e pactuadas estratégias para melhoria, incluindo revisão dos CID de sífilis, fortalecimento de grupos educativos e visitas domiciliares para hipertensão e diabetes e elaboração de planos de ação pelas equipes com fragilidades nas visitas domiciliares. Durante as visitas, foi realizado ajuste do processo de trabalho da unidade, com discussão sobre o quantitativo de vagas disponibilizadas nas agendas de enfermagem e orientação para ampliação da oferta de agendamentos. Também foi discutida a implantação da teleconsulta, sendo a unidade selecionada como piloto, com orientação para instalação do kit multimídia necessário aos treinamentos e operacionalização da estratégia.

CF Luiz Célio Pereira

A visita foi dedicada a discussão dos indicadores do Contrato de Gestão, em especial aqueles mais frágeis, cuja meta não foi alcançada no último trimestre, com destaque para taxa de visitas domiciliares dos ACS e entrega do kit de higiene bucal as famílias mais vulneráveis. Foram pactuadas estratégias para reorganização dos processos de trabalho. Outro tema abordado, a organização do fluxo da Saúde Bucal para demanda espontânea, com definição de lista organizada pela equipe de acolhimento para atendimento pela Saúde Bucal.

CMS César Pernetta

Realizada discussão dos indicadores do Contrato de Gestão e do Seminário Accountability, considerando que a unidade havia saído do plano de recuperação. Foram avaliadas as fragilidades ainda existentes e alinhadas estratégias para melhoria dos indicadores prioritários. Também foi discutida a organização e integração dos indicadores para apresentação e reforço junto à equipe, visando ao alcance integral das metas. No campo de Recursos Humanos, foi abordada a necessidade de desenvolvimento da liderança de profissional de enfermagem e fortalecimento da vigilância dos indicadores.

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, as ações específicas referente as este tema, são destacadas no Quadro 1, abaixo.

Quadro 1 – Projeto CAP 3.2 - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões de Equipes, julho, AP 3.2.

Projeto CAP - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões de Equipes
Unidade – CF Izabel dos Santos Supervisor – Rodrigo Data da Visita Técnica – 02/07/2026 Atividade – Monitoramento de indicadores com a participação nas reuniões das equipes.
Projeto CAP - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões de Equipes
Unidade – CF Barbara Starfield Supervisor(s) – Rodrigo Data da Visita Técnica – 03/07/2026 Atividade – Monitoramento de indicadores com o gestor.
Projeto CAP - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões de Equipes
Unidade – CF Olga Pereira Pacheco Supervisor(s) – Amanda Data da Visita Técnica – 03/07/2026 Atividade – Monitoramento de indicadores com o gestor.
Projeto CAP - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões de Equipes
Unidade – CF Hebert de Souza Supervisor(s) – Marianna, Amanda e Rodrigo Data da Visita Técnica – 09/07/2026 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 Amelia dos Santos Ferreira Supervisor(s) – Rodrigo e Marianna Data da Visita Técnica –16/07/2026 Atividade – Monitoramento de indicadores com a participação nas reuniões das equipes.
Projeto CAP - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões de Equipes
Unidade – CF Anna Nery Supervisor(s) – Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica –23/07/2026

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 – CMS Carlos Gentille de Mello Supervisor(s) – Amanda, Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica – 30/07/2026 Atividade – Monitoramento de indicadores com o gestor e participação nas reuniões das equipes.

Fonte: elaboração própria

REGISTROS FOTOGRÁFICOS DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Figura 1 – Visita CF Herbert José de Souza



Figura 1 – Visita – CF Anna Nery



Figura 3 – Visita – CF Amélia dos Santos Ferreira



Figura 4 – Visita – CMS Carlos Gentille de Mello



Figura 5 – Ciclo de debates Accountability 2026



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 **julho 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 mensalmente, no entanto há indicadores que são analisados de forma trimestral.

Importante mencionar que alguns resultados da mesma competência podem sofrer modificações entre um relatório e outro, uma vez que tanto as unidades de saúde quanto a equipe de gestão do projeto - IGEDES (Gerência de Projeto, Gerência de Planejamento e Supervisão de Território) - e coordenação de área abrem chamados frequentemente ao sistema de prontuário eletrônico solicitando correção de inconsistências porventura identificadas nos indicadores. Isto pode implicar em reprocessamentos de cálculos ao longo dos meses e alterar resultados.

Quadro-Síntese 01, reúne os resultados da variável 1 (um) referentes ao mês de **julho** de 2026.

Análise Assistencial Variável 1 – Competência JULHO 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	1248	97,65%	SIM
		D	1278		
03 - Estrutura para impressão de documentos assistenciais	95%	N	402	100,00%	SIM
		D	402		
04 - Abastecimento regular das unidades	95%	N	23	92,00%	NÃO
		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	1278	100,00%	SIM
		D	1278		

08 - Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos *	≤ 1	N	TRIMESTRAL	-	NSA
		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	653	98,64%	SIM
		D	662		
11 - Proporção de cura de Tuberculose	90%	N	54	88,52%	NÃO
		D	61		
12 - Acompanhamento de Sífilis na Gestação	90%	N	7	43,75%	NÃO
		D	16		
13 - Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas	85%	N	170	89,01%	SIM
		D	191		
14 - Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	90%	N	452471	99,53%	SIM
		D	454598		
15 - Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
16 - Rotatividade de profissionais nas equipes	≤ 5	N	25,5	2,06	SIM
		D	1236		
17 - Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	40%	N	-	-	-
		D	-		
18 - Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pela eSF e eSB	90%	N	135	99,26%	SIM
		D	136		
19 - Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família *	100%	N	2171	18,66%	NSA
		D	11632		
Alcance do Contrato de Gestão 007/2021, Janeiro de 2025:				12 indicadores alcançados de 15.	80% de alcance

Fonte: PEP/VitaCare, competência: 01/07/2026 a 31/07/2026.

***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 **julho de 2026**.

INDICADORES VARIÁVEL 01

INDICADOR 01: Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades

1. PROPORÇÃO DE UAP COM COMISSÕES DE PRONTUÁRIOS MANTIDAS				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
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 2-Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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 **julho** 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	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
95%	97,65%			
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 3 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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 **julho** alcançamos **97,65%** 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	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
95%	100,00%			
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 4- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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 **julho** 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 **100%**.

INDICADOR 04: Abastecimento regular das unidades

4. PROPORÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE COM DECLARAÇÃO QUE ESTÃO REGULARMENTE ABASTECIDAS PELO DIRETOR/GERENTE.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
95%	92,00%			
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 5- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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 **julho** de 2026, o indicador de abastecimento regular alcançou **92%** das unidades de saúde, demonstrando um resultado positivo no período. Entretanto, duas unidades sinalizaram situação de abastecimento inadequado, sendo elas a CF Amélia dos Santos Ferreira e a CF Herbert José de Souza.

Diante das sinalizações, a Supervisão de Território realizou discussão com os gestores das respectivas unidades para identificar os itens que apresentavam pendências no abastecimento.

A partir dessa análise, foram realizados alinhamentos quanto ao fluxo de comunicação das necessidades e ao remanejamento de insumos entre as unidades, buscando agilizar a resolução das pendências e minimizar possíveis impactos na continuidade dos serviços e na assistência prestada à população.

INDICADOR 05: Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados

5. PROPORÇÃO DE UNIDADES QUE REALIZAM O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
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 6- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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 **julho** de 2026, foi alcançado **100%** no indicador de descentralização do fornecimento de medicamentos controlados.

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

6. PROPORÇÃO DE UNIDADES QUE INFORMARAM EM DIA.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
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 7- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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 **julho** 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	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
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 8- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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 **julho** de 2026 conseguimos alcançar **100%** do indicador de regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3), contemplando o envio às 123 equipes.

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

8. RAZÃO DO GASTO ADMINISTRATIVO EM RELAÇÃO AO TOTAL DE GASTO.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
≤ 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 9- Fonte: OS IGEDES

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	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
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 10- Fonte: OS IGEDES

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	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
95%	98,64%			
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 11- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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 **julho** de 2026, a avaliação geral do indicador de qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados alcançou **98,64%**. 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 – 82,61%
- CF Izabel dos Santos – 96,15%
- CF Sérgio Nicolau Amin – 92,59%
- CMS Prof Antenor Nascentes – 95,83%
- CMS Renato Rocco – 96,15%

A partir deste resultado, a supervisão de território realizará as visitas institucionais para apoiar o gestor quanto a resolução das fragilidades dos itens informados na avaliação, monitorando a conclusão das pendências.

INDICADOR 11: Proporção de cura de Tuberculose

11. PROPORÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE ENCERRADOS COMO CURA NO PERÍODO.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
90%	88,52%			

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

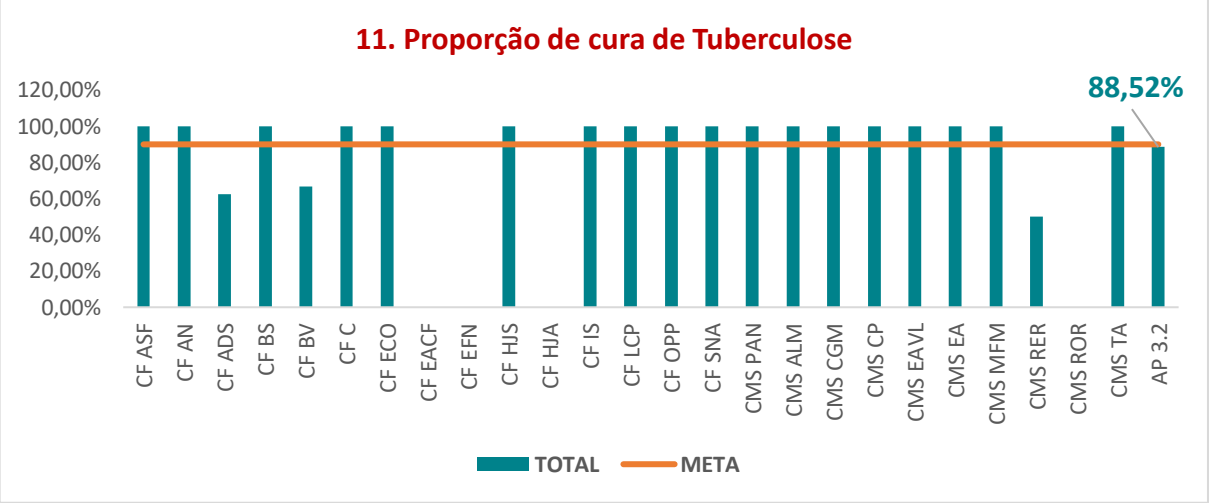


Tabela 12- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Análise do Indicador 11 – Proporção de cura de Tuberculose julho de 2026

No mês de **julho** de 2026, a AP 3.2 apresentou percentual de cura de tuberculose de **88,52%**, permanecendo abaixo da meta pactuada para o indicador, estabelecida em 90%.

No período analisado, foram encerrados 61 casos de tuberculose, sendo 54 com desfecho por cura e 7 com outros desfechos, resultando no desempenho observado para o território.

Durante o processo de monitoramento, foram identificadas quatro unidades que não apresentaram encerramento de casos de tuberculose no período avaliado, não contribuindo para o cálculo do indicador no mês:

- CF Emygdio Alves Costa Filho;
- CF Erivaldo Fernandes Nóbrega;
- CF Honório José de Andrade;
- CMS Rodolpho Rocco.

Também foram identificadas unidades com desempenho abaixo da meta pactuada:

- CF Anthídio Dias da Silveira: 62,50%, com 3 casos analisados;
- CF Bibi Vogel: 66,67%, com 4 casos analisados;
- CMS Renato Rocco: 50,00%, com 2 casos analisados.

Na CF Bibi Vogel, foram identificadas intercorrências relacionadas aos registros dos casos. O setor de Planejamento da OS realizou a abertura de chamado junto ao VitaCare, sob o nº 122175, para avaliação e correção dos registros. Os dados foram corrigidos e atualizados no presente relatório.

No CMS Renato Rocco, os dois casos analisados foram relacionados a abandono do tratamento.

Considerando os 8 casos inicialmente classificados como desfechos diferentes de cura, foi realizada análise individualizada dos prontuários, com o objetivo de verificar a situação dos pacientes e a qualidade dos registros. Após a revisão, identificou-se que 2 casos haviam sido efetivamente encerrados por cura, evidenciando inconsistências do prontuário eletrônico. Dessa forma, após a análise dos prontuários e a identificação das inconsistências, permanece uma diferença de 6 casos que efetivamente não apresentaram desfecho por cura.

INDICADOR 12: Acompanhamento de Sífilis na Gestação

12. PROPORÇÃO DE NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO COM TRATAMENTO ADEQUADO				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
90%	43,75%			

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

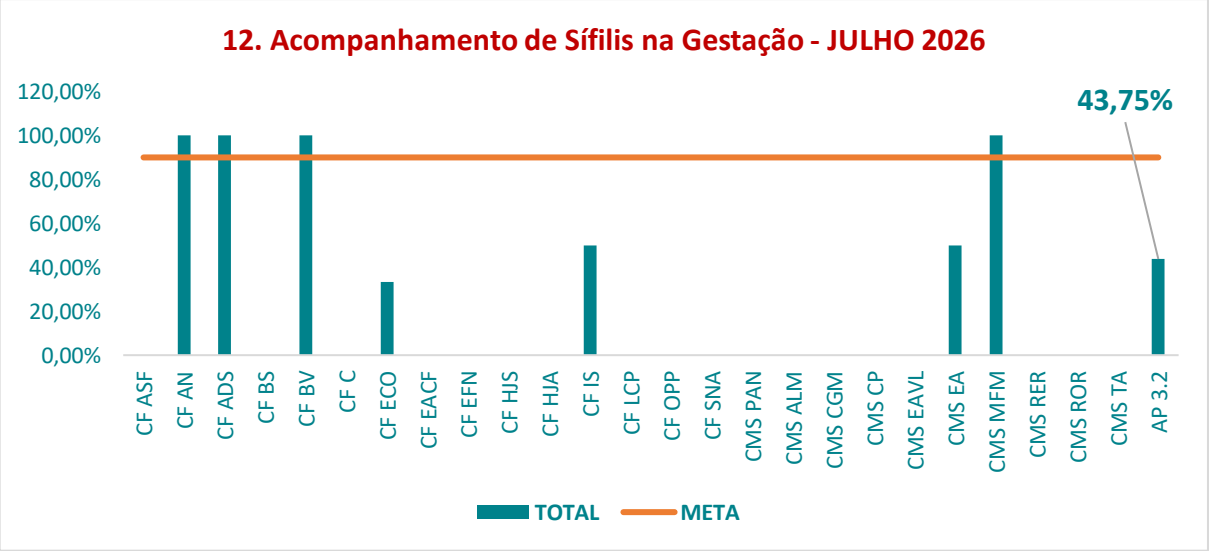


Tabela 13

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

Na análise do indicador de acompanhamento e tratamento adequado da sífilis na gestação, a AP 3.2 apresentou, no mês de **julho** de 2026, um total de 16 gestantes com encerramento da gestação e diagnóstico de sífilis. Deste total, 7 gestantes apresentaram tratamento adequado, correspondendo a **43,75%**, enquanto 9 gestantes tiveram o tratamento classificado como inadequado pelo sistema.

Durante o monitoramento, foram identificadas 13 unidades que não apresentaram encerramento de gestantes com diagnóstico de sífilis no período avaliado, não contribuindo para o cálculo do indicador no mês:

- CF Amélia dos Santos Ferreira;
- CF Bárbara Starfield;
- CF Erivaldo Fernandes Nóbrega;
- CF Honório José de Andrade;
- CF Luiz Célio Pereira;
- CF Sérgio Nicolau Amin;
- CMS Professor Antenor Nascentes;
- CMS Ariadne Lopes de Menezes;
- CMS Carlos Gentille de Mello;
- CMS César Pernetta;
- CMS Eduardo Araújo Vilhena;
- CMS Rodolpho Rocco;
- CMS Tia Alice.

Por outro lado, as unidades CF Anna Nery, CF Anthidio Dias da Silveira, CF Bibi Vogel e CMS Milton Fontes Magarão alcançaram 100% de tratamento adequado entre as gestantes elegíveis, demonstrando acompanhamento adequado dos casos, cumprimento do protocolo terapêutico e qualificação dos registros no prontuário eletrônico.

Em contrapartida, foram identificadas unidades com desempenho abaixo do esperado, em decorrência da presença de gestantes cujo tratamento foi classificado como inadequado:

Unidade	Gestantes com tratamento inadequado
CF Carioca	1
CF Edney Canazaro de Oliveira	2
CF Emygdio Alves Costa Filho	1
CF Herbert José de Souza	1
CF Izabel dos Santos	1
CF Olga Pereira Pacheco	1
CMS Eliza Abrantes	1
CMS Renato Rocco	1
Total	9

Na análise individualizada das 9 situações classificadas como tratamento inadequado, foram identificados diferentes fatores que contribuíram para o resultado do indicador. Entre as principais intercorrências, destacam-se erros de lançamento das informações pela equipe, ativação inadequada de CID, aprazamento inadequado das doses do tratamento e situações de abandono do tratamento pela usuária.

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	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
85%	89,01%			

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

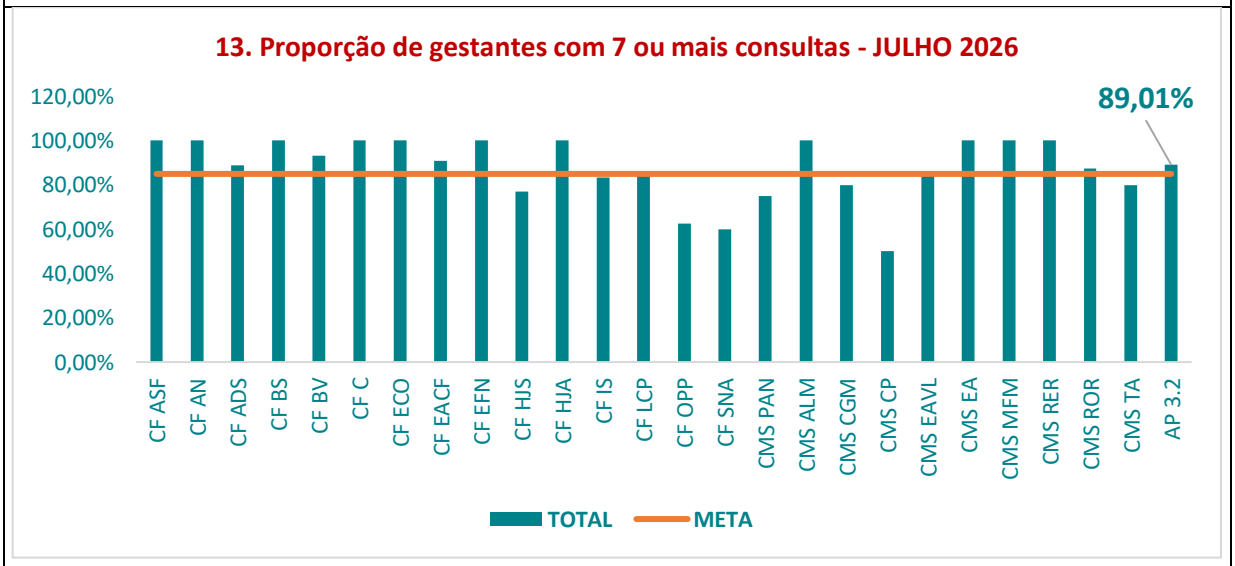


Tabela 14

Análise do Indicador 13 – Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal julho 2026

No mês de **julho** de 2026, a AP 3.2 acompanhou 191 gestantes com encerramento de gestação, das quais 170 realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, alcançando um

desempenho de **89,01%**, resultado acima da meta pactuada de 85%. Embora o resultado territorial seja satisfatório, foram identificadas 21 gestantes que encerraram a gestação com menos de sete consultas de pré-natal registradas, indicando a necessidade de qualificar o acompanhamento em algumas unidades do território.

As unidades que apresentaram gestantes com menos de sete consultas de pré-natal foram: CF Anthidio Dias da Silveira, com 01 gestante e desempenho de 88,89%; CF Bibi Vogel, com 01 gestante e 93,33%; CF Emygdio Alves Costa Filho, com 01 gestante e 90,91%; CF Herbert José de Souza, com 03 gestantes e 76,92%; CF Izabel dos Santos, com 01 gestante e 83,33%; CF Luiz Célio Pereira, com 01 gestante e 85,71%; CF Olga Pereira Pacheco, com 03 gestantes e 62,50%; CF Sérgio Nicolau Amin, com 02 gestantes e 60,00%; CMS Antenor Nascentes, com 01 gestante e 75,00%; CMS Carlos Gentille de Mello, com 03 gestantes e 80,00%; CMS César Pernetta, com 01 gestante e 50,00%; CMS Eduardo A. Vilhena, com 01 gestante e 85,71%; CMS Rodolpho Rocco, com 01 gestante e 87,50%; e CMS Tia Alice, com 01 gestante e 80,00%.

Observa-se maior concentração das situações nas unidades CF Herbert José de Souza, CF Olga Pereira Pacheco, CF Sergio Nicolau Amin e CMS Carlos Gentille de Mello, que, juntas, concentram 11 das 21 gestantes com menos de sete consultas de pré-natal. Esse cenário reforça a necessidade de análise individualizada dos casos, buscando identificar fatores relacionados à captação tardia das gestantes, dificuldade de vinculação ao pré-natal, faltas às consultas, dificuldades de acesso, acompanhamento irregular ou possíveis inconsistências nos registros do prontuário eletrônico.

Por outro lado, as unidades CF Amélia dos Santos Ferreira, CF Anna Nery, CF Bárbara Starfield, CF Carioca, CF Edney Canazaro de Oliveira, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Honório José de Andrade, CMS Ariadne Lopes de Menezes, CMS Eliza Abrantes, CMS Milton Fontes Magarão e CMS Renato Rocco alcançaram 100% no indicador, garantindo que todas as gestantes com encerramento de gestação no período realizassem sete ou mais consultas de pré-natal.

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

14. PROPORÇÃO DE CADASTROS DEFINITIVOS COM N° ÚNICO (CPF)				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
90%	99,53%			
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 15- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

O indicador referente à Proporção de Cadastros Definitivos com CPF no mês de **julho** de 2026 alcançou resultado de **99,53%.** 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. MANUTENÇÃO DOS COLEGIADOS GESTORES				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
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 16- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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

INDICADOR 16: Rotatividade de profissionais nas equipes de saúde

16. ROTATIVIDADE (TURNOVER) DE PROFISSIONAIS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
≤5	2,06			
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 17- Fonte: OS IGEDES

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 **2,06** no mês de **julho** 2026.

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

17. Nº DE CRIANÇAS E GESTANTES BENEFICIÁRIAS DO CFC ACOMPANHADAS NO PERÍODO PELO TOTAL DE CRIANÇAS E GESTANTES BENEFICIÁRIAS.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
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 18

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 **julho** 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	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
90%	99,26%			
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:** Mês não letivo, não será considerado para o trimestre*				

Tabela 19- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho** de 2026, o indicador de ações do Programa Saúde na Escola (PSE) atingiu **99,26%**, demonstrando elevada adesão das Unidades de Atenção Primária (UAP) ao planejamento e à execução de ações de promoção e prevenção em saúde nas escolas e creches do território.

Com o objetivo de apoiar os gestores das UAP e favorecer o alcance do indicador, foram desenvolvidas ferramentas de monitoramento pela Gerência de Planejamento e pela Supervisão de Território IGEDES. Essas ferramentas possibilitam o acompanhamento sistemático da execução das ações, permitindo a identificação das unidades com pendências

e a adoção de estratégias de intervenção. Os supervisores são notificados quanto às unidades que ainda não realizaram as ações previstas no mês em curso, possibilitando o acompanhamento e a orientação dos gestores.

A Supervisão de Território IGEDES realiza, ainda, o monitoramento semanal do indicador, especialmente nos últimos dias do mês, com o objetivo de identificar possíveis pendências e apoiar as unidades na regularização das ações dentro do período de acompanhamento.

No mês de julho, foi identificada pendência na CF Sérgio Nicolau Amin, referente a uma escola, o CIEP Procópio Ferreira, que permaneceu sem registro de ação no período.

Apesar do resultado expressivo, com ações realizadas em praticamente 100% das escolas acompanhadas, ressalta-se que, no mês de julho de 2026, o indicador de ações do PSE não apresentava obrigatoriedade de cumprimento, sendo o resultado apresentado considerado positivo no contexto do monitoramento das ações de promoção e prevenção em saúde no território.

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

19. PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS COM ENTREGA DE KITS DE HIGIENE ORAL ENTRE AS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DE PROGRAMA DE INCENTIVO.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
100%	18,66%			
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 20- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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 **julho** de 2026, a área da Coordenação de Atenção Primária (CAP) 3.2 alcançou **18,66%** na entrega dos kits odontológicos nas unidades. 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 julho de 2026:

UNIDADE	Cadastros Julho	100% Julho	100% Completude Julho
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	30519	30350	**99,45%**
CF ANNA NERY	17174	16824	**97,96%**
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	19785	18763	**94,83%**
CF BARBARA STARFIELD	28448	25252	**88,77%**
CF BIBI VOGEL	21253	19344	**91,02%**
CF CARIOCA	8136	8027	**98,66%**
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	21045	20698	**98,35%**
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	21641	21211	**98,01%**
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	21481	21085	**98,16%**
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	20733	20036	**96,64%**
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	8469	8134	**96,04%**

CF IZABEL DOS SANTOS	20694	20173	**97,48%**
CF LUIZ CELIO PEREIRA	23898	22381	**93,65%**
CF OLGA PEREIRA PACHECO	22656	21345	**94,21%**
CF SERGIO NICOLAU AMIN	18746	17523	**93,48%**
CMS ANTENOR NASCENTES	3894	3812	**97,89%**
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	14503	12034	**82,98%**
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	20907	20537	**98,23%**
CMS CESAR PERNETTA	13136	12288	**93,54%**
CMS EDUARDO A VILHENA LEITE	15421	14599	**94,67%**
CMS ELIZA ABRANTES	15310	14212	**92,83%**
CMS MILTON FONTES MAGARAO	22934	22172	**96,68%**
CMS RENATO ROCCO	14359	13928	**97,00%**
CMS RODOLPHO ROCCO	21754	21169	**97,31%**
CMS TIA ALICE	7877	7369	**93,55%**
TOTAL AP 3.2	454773	433266	**95,27%**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare-Informes Mensais

INDICADORES VARIÁVEL 02

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

INDICADOR A1: Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
>70%	79,90%			

Cálculo do Indicador: (N) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe x 100/ (D) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade
Fonte: PEP VitaCare
Periodicidade da avaliação: Trimestral

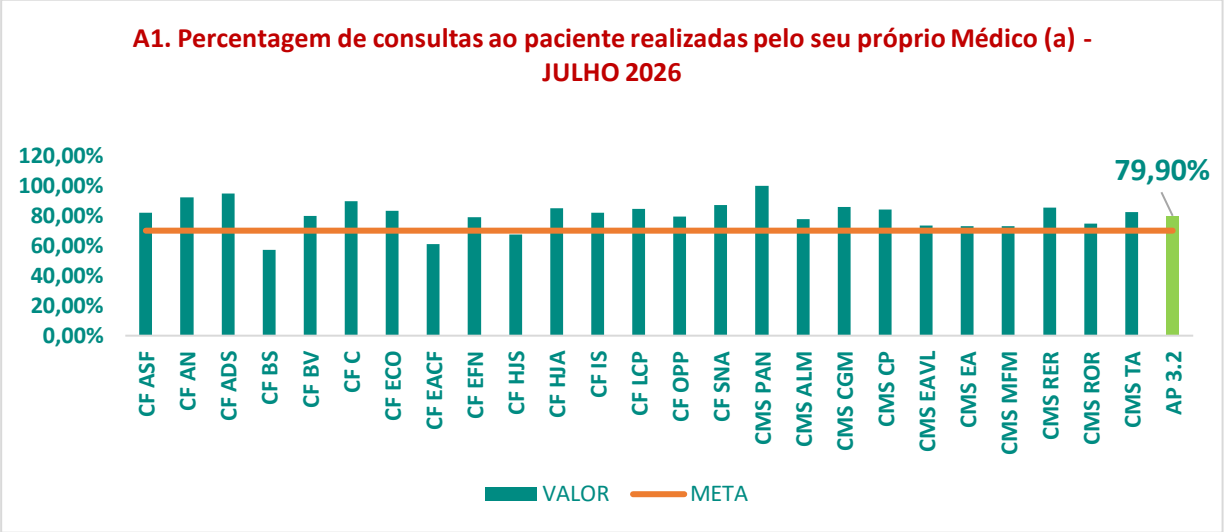


Gráfico 1 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

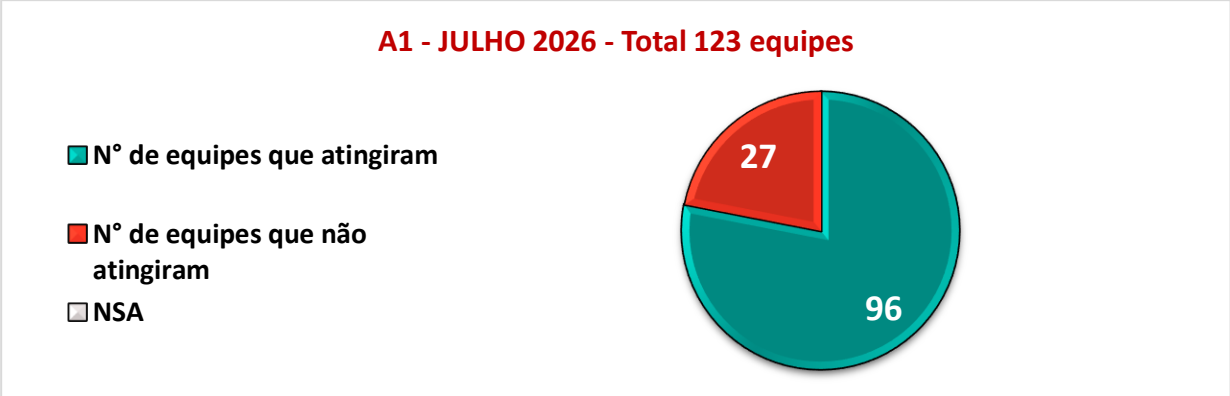


Gráfico 2 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Em **julho** de 2026, o Indicador A1, que mede a porcentagem de consultas realizadas pelo próprio médico de família do paciente, apresentou média global de **79,90%** na CAP 3.2, resultado acima da meta estabelecida de 70%. Apesar do desempenho global satisfatório, a análise por equipe de Saúde da Família evidencia variações importantes, sendo que, das 123 equipes, **96** alcançaram a meta do indicador, enquanto **27** não atingiram o resultado esperado.

Dentre essas equipes, tivemos impactos por vacância médica ou férias do profissional da categoria no período.

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

INDICADOR A2: Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.				
META	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TRIMESTRE
Mínimo 40% e Máximo 80%	70,86%			
Cálculo do Indicador: (N) Nº de consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe x 100/ (D) Nº total de consultas realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral				

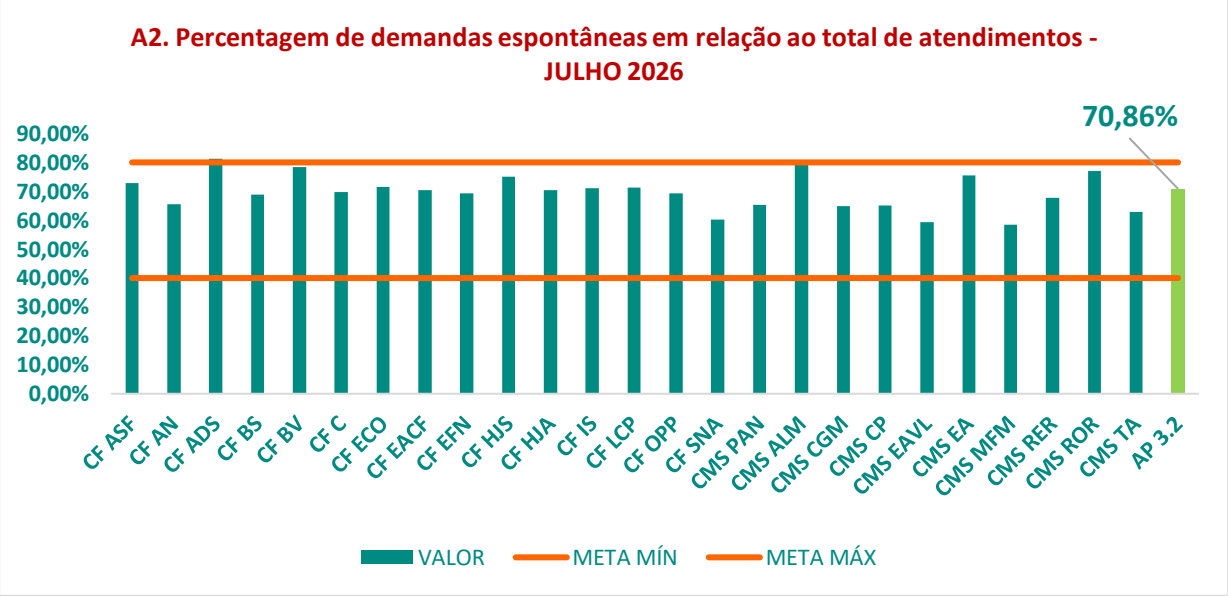


Gráfico 3 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

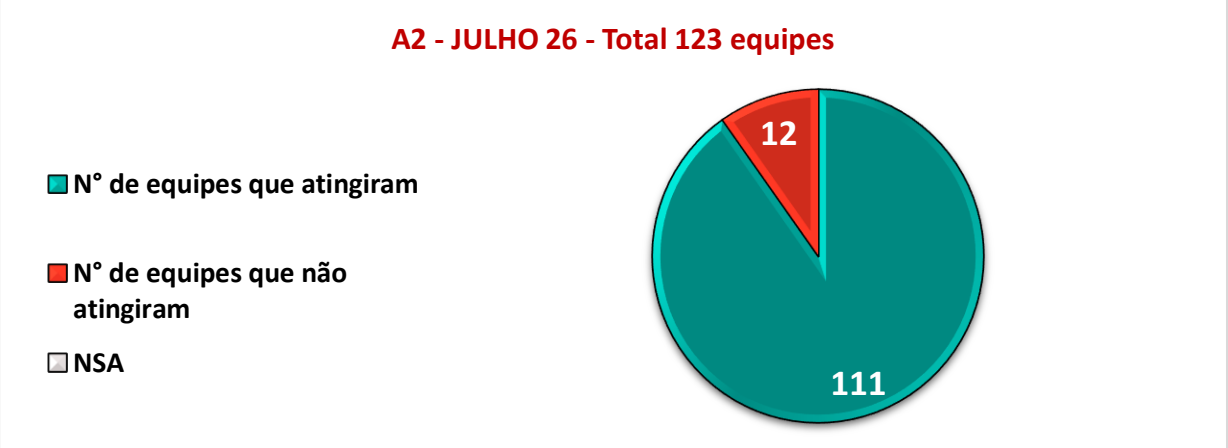


Gráfico 4 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho de 2026** o indicador "Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos" apresentou média global de **70,86%** 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, **111** alcançaram o indicador, enquanto **12** não atingiram a meta estabelecida.

INDICADOR A3: Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.

INDICADOR A3: Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Mínimo 360/ 1000	170,43			
Cálculo do Indicador: (N) Nº de visitas domiciliares realizadas em 3 meses pelo ACS x 1000/ (D) Nº total de cadastrados na equipe. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral				

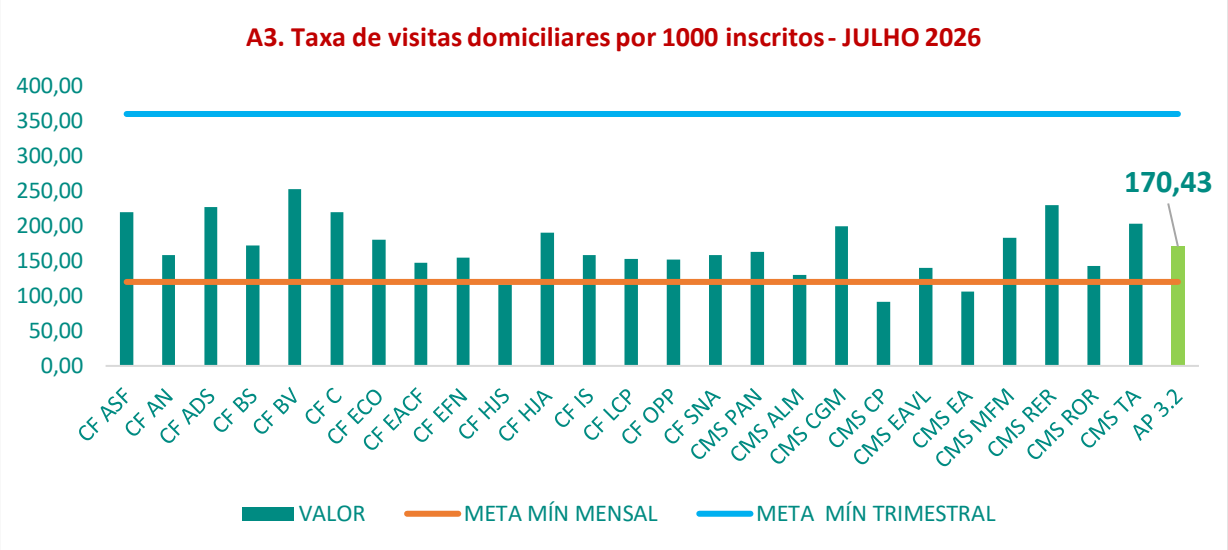


Gráfico 5 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

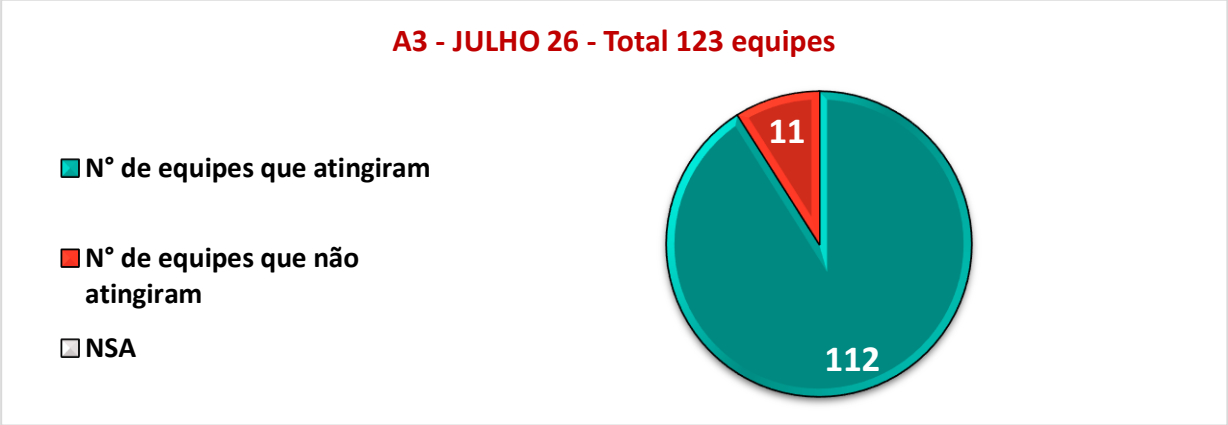


Gráfico 6 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho** de 2026, o indicador "Taxa de visitas domiciliares" apresentou média global de **170,43/ 1000** visitas. Considerando que essa meta é distribuída proporcionalmente ao longo dos três meses do período de avaliação, e se estabelece como referência mensal o quantitativo de 120/1000 visitas domiciliares.

Na análise por equipe de Saúde da Família, considerando a meta proporcional mensal de 120 visitas domiciliares, observa-se que, das 123 equipes existentes, **112** alcançaram quantitativo igual ou superior a 120/1000 visitas no mês de **julho,** enquanto **11** equipes permaneceram com média proporcional inferior ao esperado.

INDICADOR A4: Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.

INDICADOR A4: Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Mínimo 6/1000 (s/ eSB) ou 12/1000 (c/ eSB)	7,55			
Cálculo do Indicador: (N) Nº de atividades educativas coletivas realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CD, ASB, TSB) x1000/ (D) Total de cadastrados na equipe. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral				

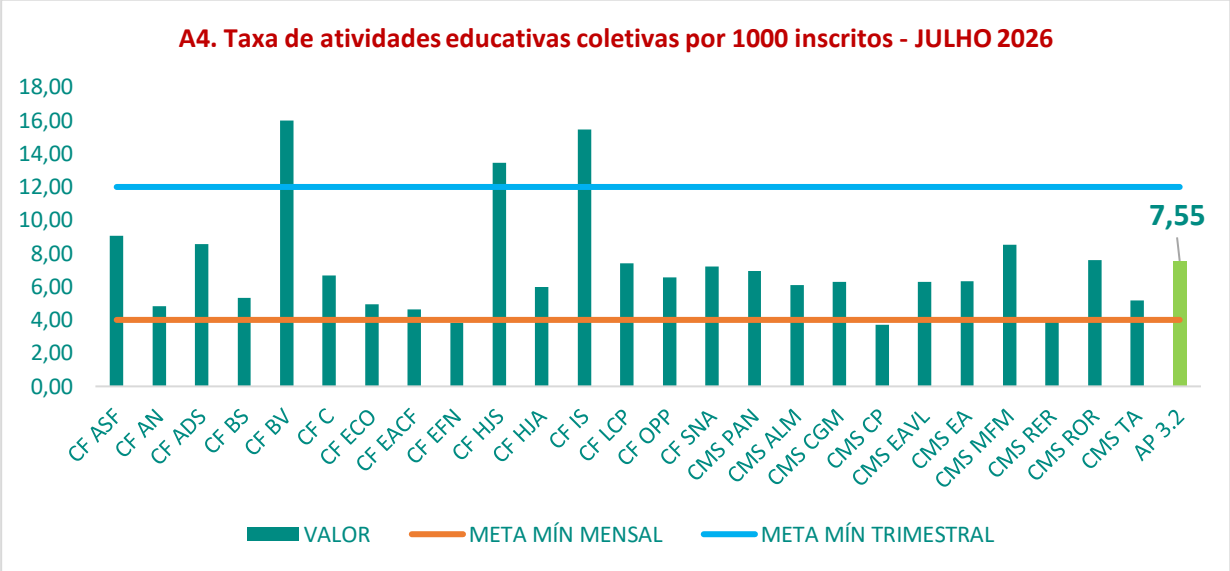


Gráfico 7 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

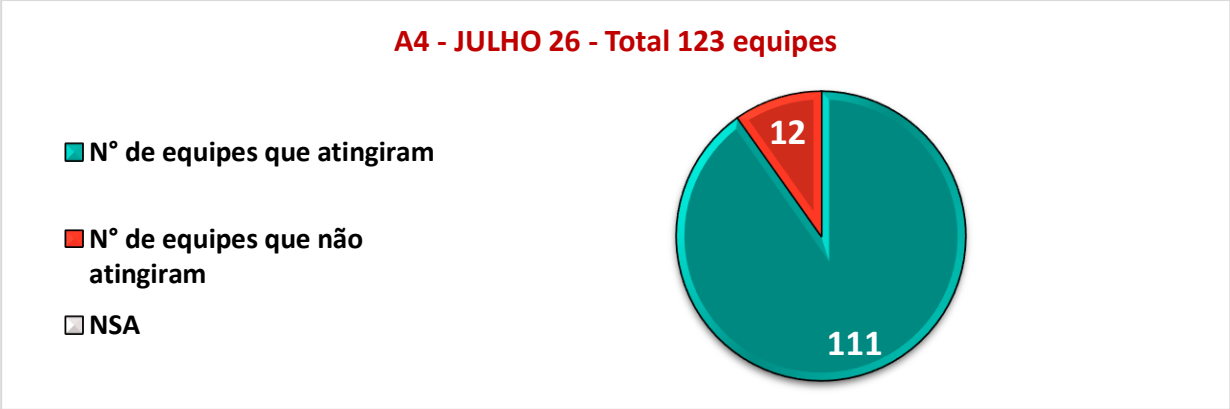


Gráfico 8 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho** de 2026, o indicador "Taxa de atividades educativas coletivas" apresentou média global de **7,55** no território da CAP 3.2. 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 junho 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, **111** alcançaram quantitativo igual ou

superior a 4% no mês de **julho**, enquanto 12 equipes permaneceram abaixo da meta proporcional estabelecida.

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

INDICADOR A5: Proporção de itens da carteira de serviço implementados.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Mínimo 85%	100,00%			

Cálculo do Indicador: (N) Nº de ações estratégicas implantadas da carteira de serviços pela eSF e eSB x 100/ (D) Total de ações estratégicas da carteira de serviços.
Fonte: PEP VitaCare
Periodicidade da avaliação: Trimestral

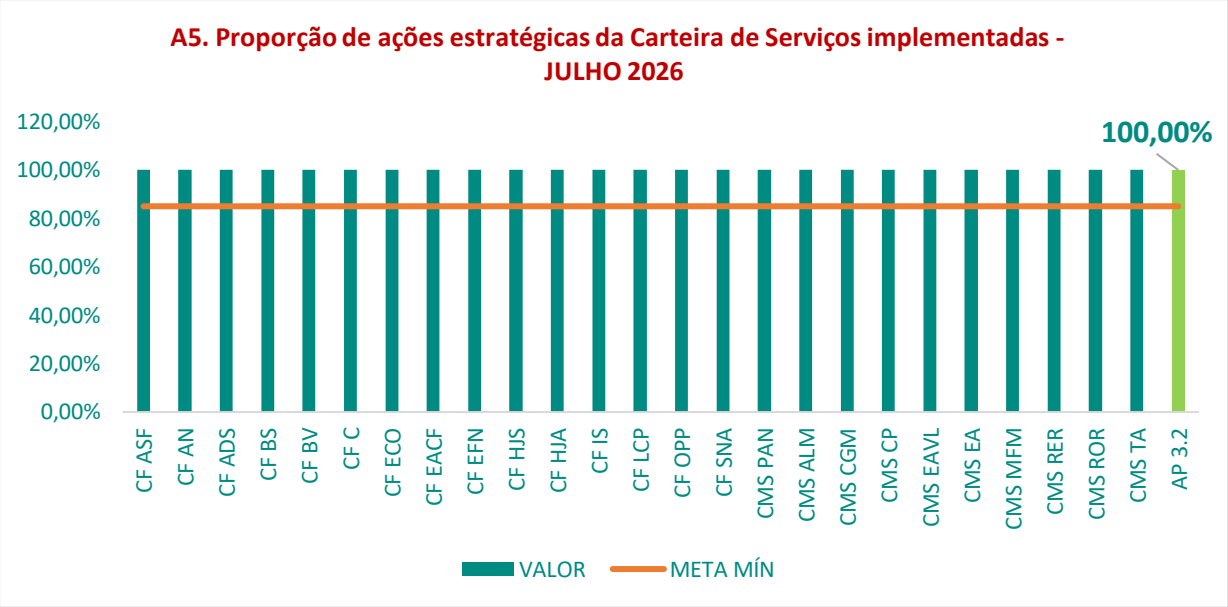


Gráfico 9 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

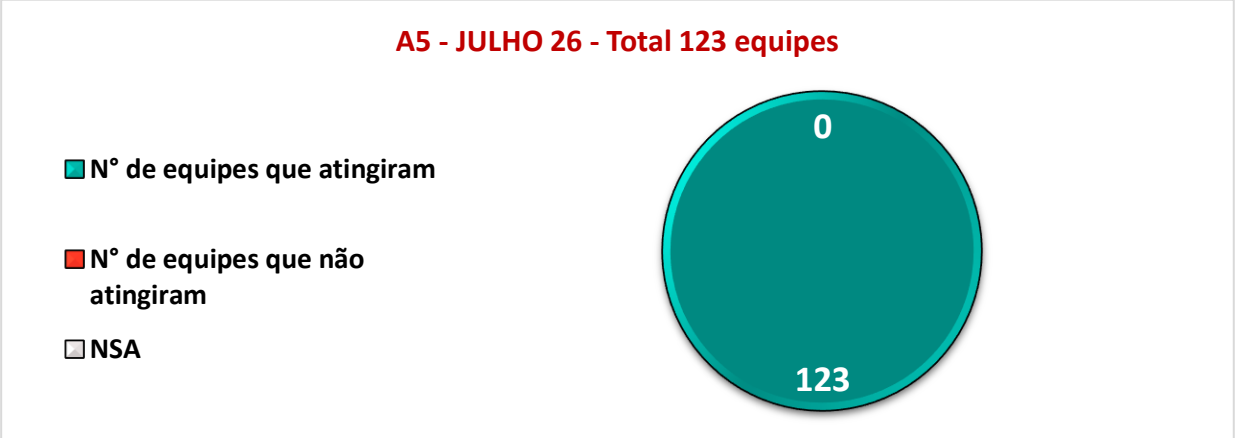


Gráfico 10 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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

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

INDICADOR A6: Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Mínimo 10%	18,04%			
Cálculo do Indicador: (N) Nº de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da eSF e eSB) agendadas por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico x 100/ (D) Nº total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) agendadas no mês pelas eSF e eSB da unidade. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral				

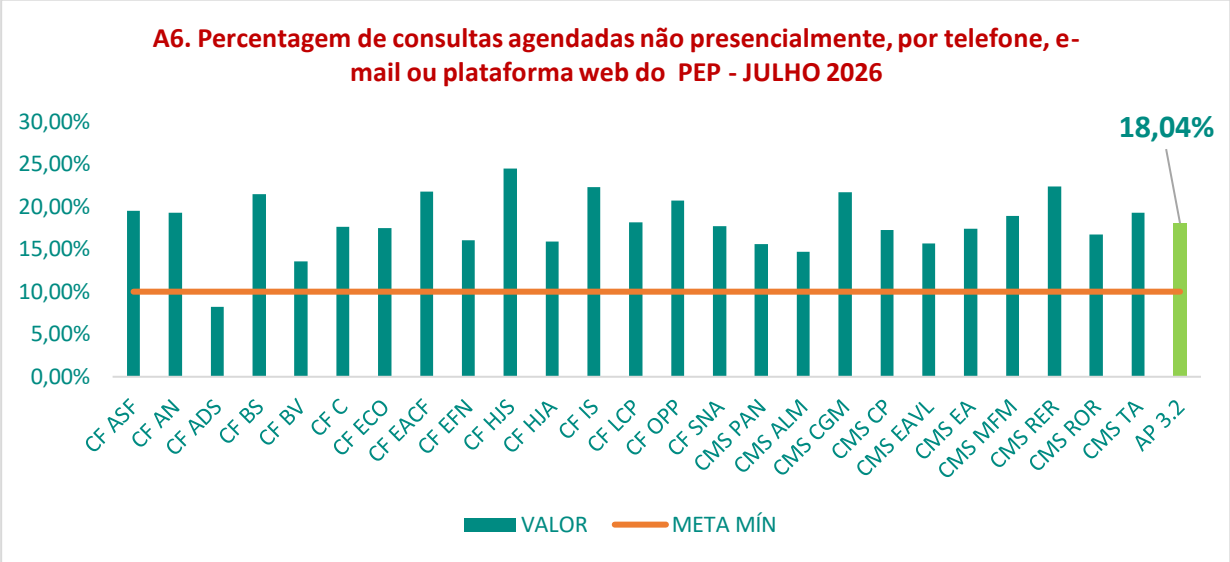


Gráfico 11 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

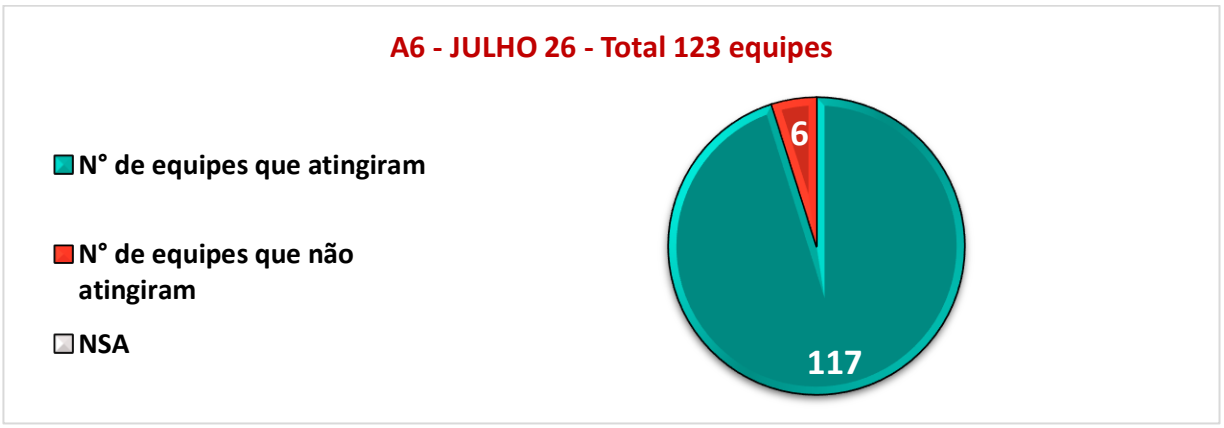


Gráfico 12 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho** de 2026, o indicador "Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico" apresentou média global de **18,04%** nas unidades da CAP 3.2, resultado significativamente acima da meta estabelecida de 10%.

Ao analisar o desempenho das equipes de Saúde da Família de forma individual, observa-se que **117** das 123 equipes alcançaram a meta pactuada, enquanto **06** equipes permaneceram abaixo do percentual estabelecido, demonstrando, de modo geral, bom desempenho da maioria das equipes na utilização de canais não presenciais para o agendamento de consultas.

INDICADOR A7: Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

INDICADOR A7: Cobertura de primeira consulta odontológica programática.				
META	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TRIMESTRE
>=3%	2,21%			

Cálculo do Indicador: (N) Nº de primeiras consultas odontológicas programadas realizadas nos últimos 3 meses x 100/ (D) População cadastrada na unidade.
Fonte: PEP VitaCare
Periodicidade da avaliação: Trimestral

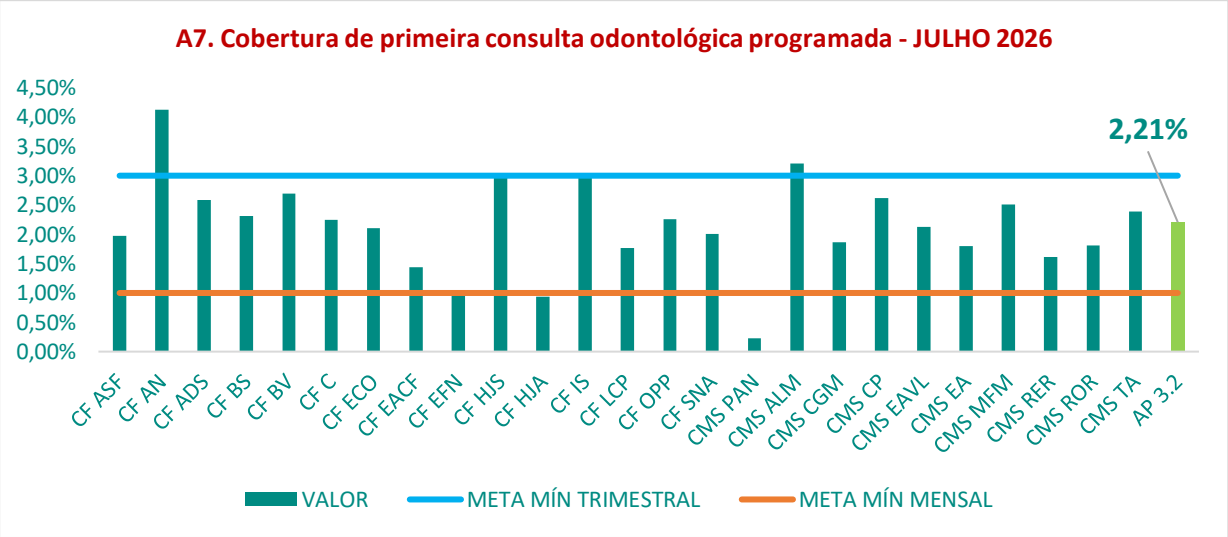


Gráfico 13 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

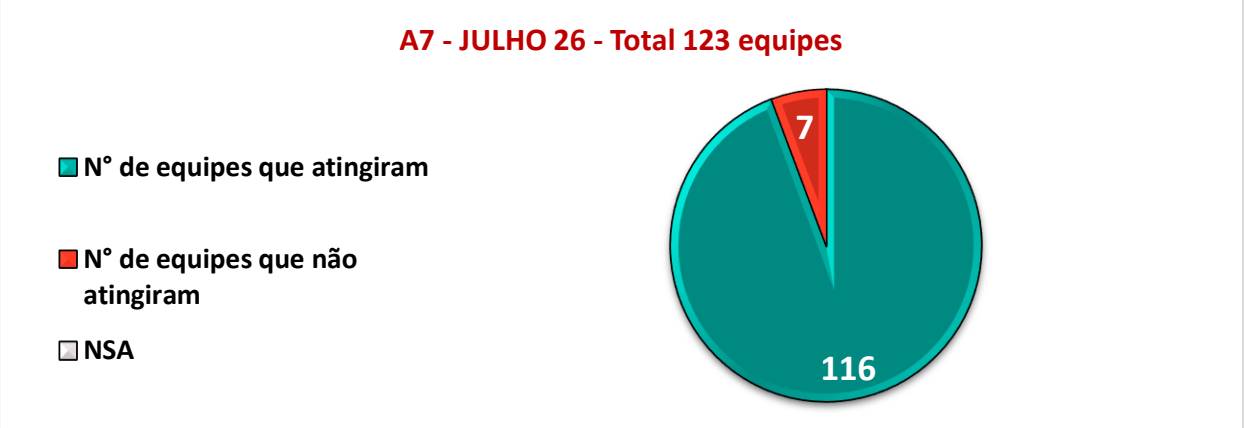


Gráfico 14 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho** de 2026, o indicador "Cobertura de primeira consulta odontológica programada" apresentou média global de **2,21%** na CAP 3.2. Considerando que a meta trimestral é distribuída ao longo dos três meses que compõem o período de avaliação, estabelece-se como meta proporcional mensal o percentual de 1%. Sob essa perspectiva, a média registrada em junho (2,21%) 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, **116** alcançaram percentual igual ou superior a esse valor no mês de julho, evidenciando que a maioria apresentou desempenho adequado no que se refere ao acesso do usuário ao serviço de saúde bucal.

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

INDICADOR D1: Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Mínimo 80%	42,97%			
Cálculo do Indicador: (N) Nº de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 03 anos x 100/ (D) Nº total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas na equipe. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral				

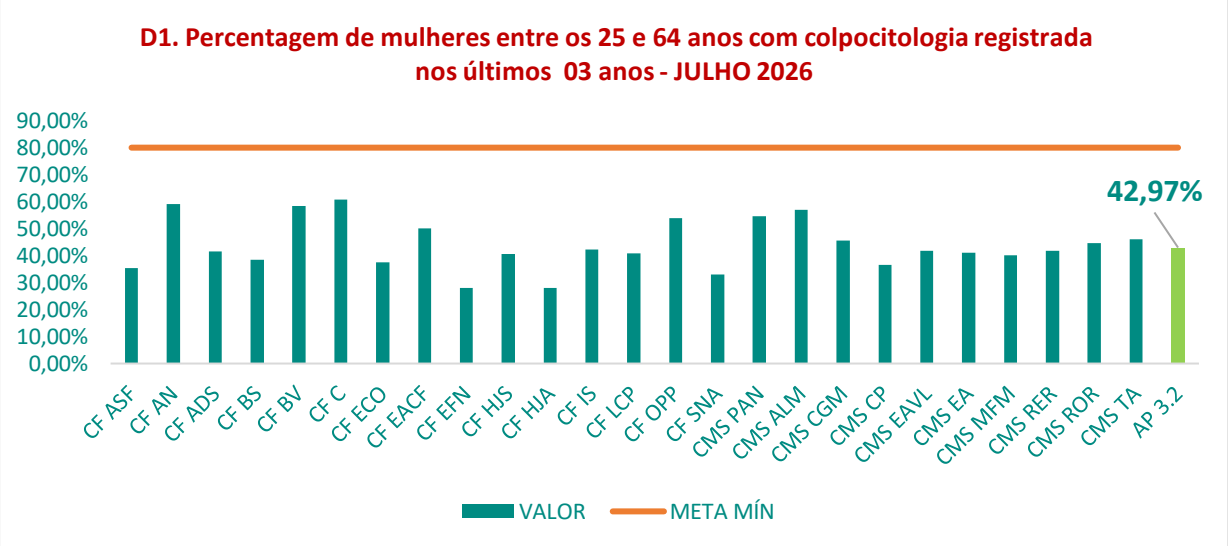


Gráfico 15 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

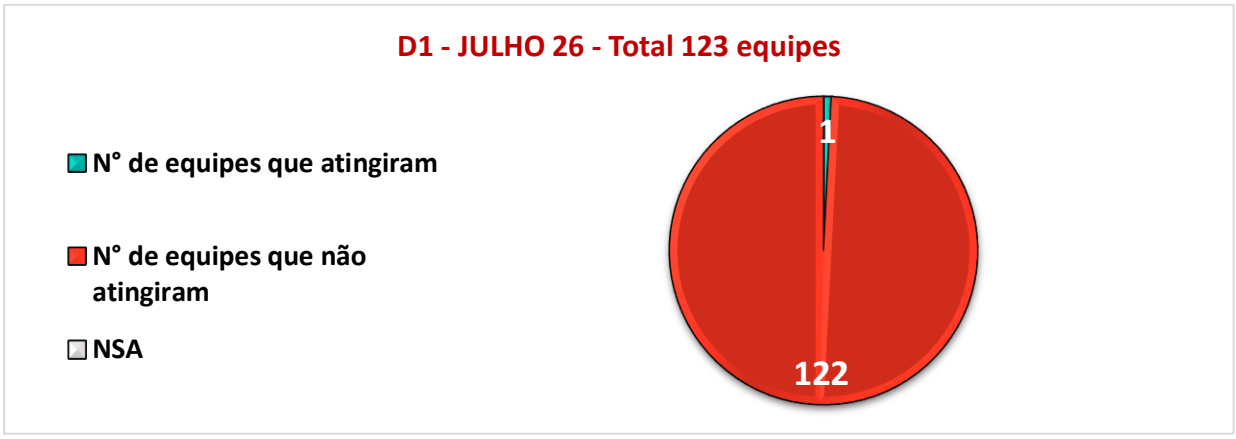


Gráfico 16 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

O indicador "Percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos três anos", no mês de **julho**, apresentou média global de **42,97%** na CAP 3.2, ficando muito abaixo da meta estabelecida de 80%. No referido mês 01 equipe atingiu a meta pactuada para o indicador (Equipe Manuel Maurício da **CF Bibi Vogel**).

Importante considerar que de acordo com o Plano operativo para implementação do teste de DNA-HPV para rastreamento do câncer do colo do útero, apresentado pelo Município, observa-se alteração importante na estratégia de rastreamento anteriormente adotada, considerando que o novo exame passa a substituir a coleta do exame colpocitológico do colo uterino em determinados grupos populacionais. Além de, estabelecer diferentes critérios de rastreamento, histórico prévio e faixa etária. Outro ponto importante é condutas após a obtenção do resultado do teste de DNA-HPV oncogênico, que altera o intervalo de nova coleta, ampliando quando não detectado para 5 anos.

Na AP 3.2 a implantação desta mudança iniciou, sendo a implementação do teste de DNA-HPV estratégia substitutiva ao exame colpocitológico em grupos específicos definidos pela SMS/RJ, entendemos que a metodologia atualmente prevista para aferição do indicador poderá sofrer impacto direto, especialmente no que se refere à contabilização e validação dos exames realizados para fins de cumprimento das metas contratuais.

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

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.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Mínimo 70%	75,73%			
Cálculo do Indicador: (N) Nº de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico (a) e 01 com enfermeiro (a), registradas nos últimos 12 meses x 100/ (D) Nº total de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes cadastradas na equipe. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral				

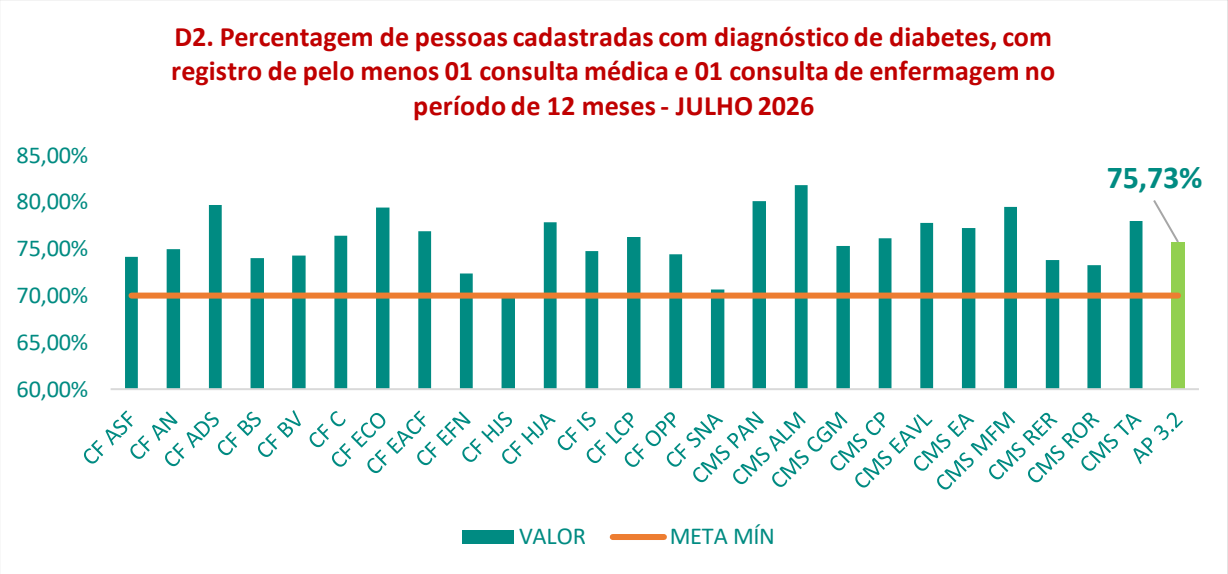


Gráfico 17 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

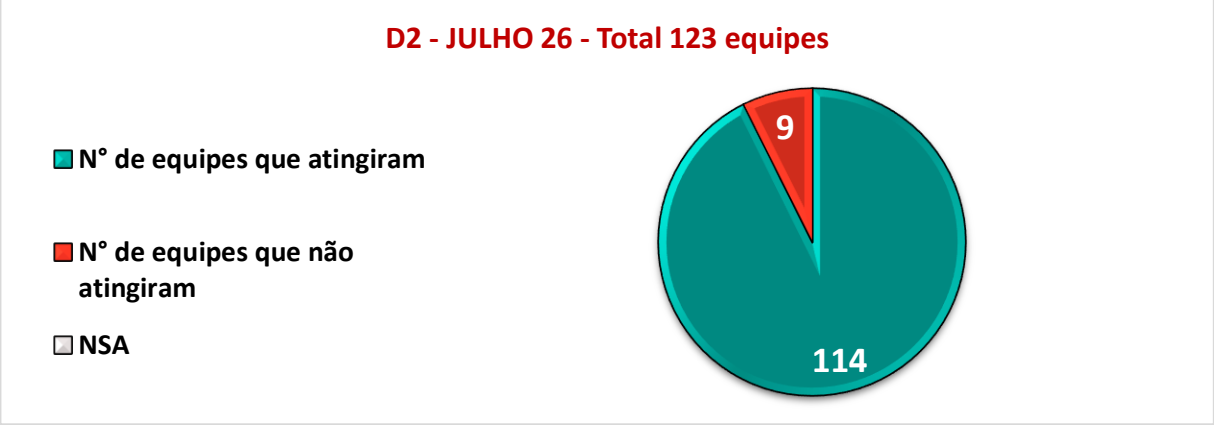


Gráfico 18 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Em **julho** 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 **75,73%** na CAP 3.2, ficando acima da meta estabelecida de 70%. %. A análise por equipe evidencia que **114** das 123 equipes de Saúde da Família alcançaram o indicador no referido mês de análise.

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.

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.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Mínimo 70%	69,96%			
Cálculo do Indicador: (N) Nº de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico (a) e 01 com enfermeiro (a), registradas nos últimos 12 meses x 100/ (D) Nº total de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão cadastradas na equipe. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral				

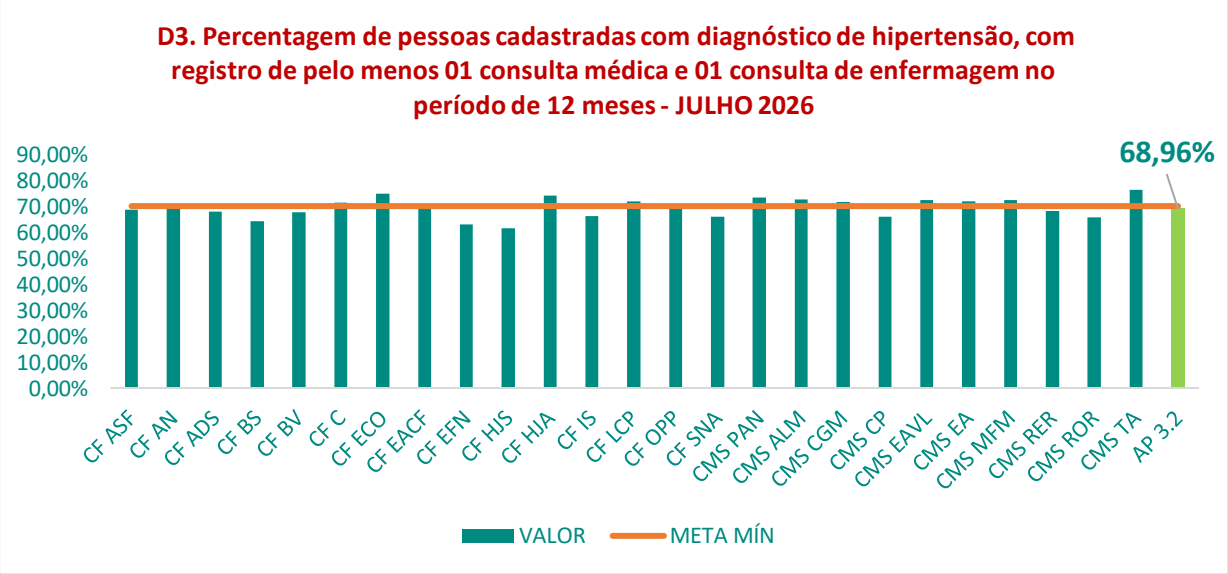


Gráfico 19 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

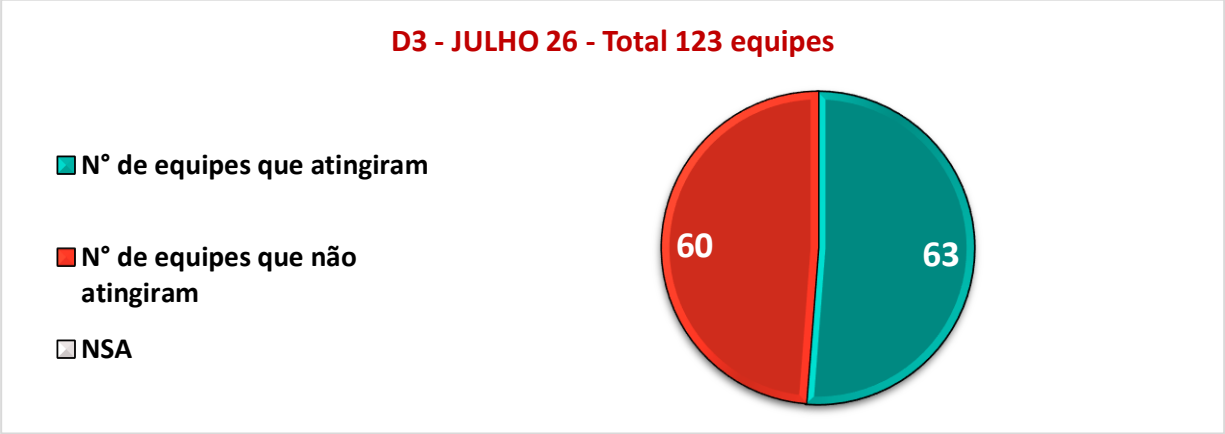


Gráfico 20 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Em **julho** de 2026, o indicador "Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão com registro de pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem no período de 12 meses" apresentou média global de **68,96%** nas unidades, ficando próximo a meta estabelecida de 70%. Ao analisar o desempenho das equipes de Saúde da Família de forma individual no referido mês, observa-se que apenas **63** das 123 equipes conseguiram alcançar a meta pactuada.

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

INDICADOR D4: Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Mínimo 90%	93,04%			
Cálculo do Indicador: (N) Nº de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia x 100/ (D) Nº total de crianças até 2 anos cadastrados na equipe. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral				

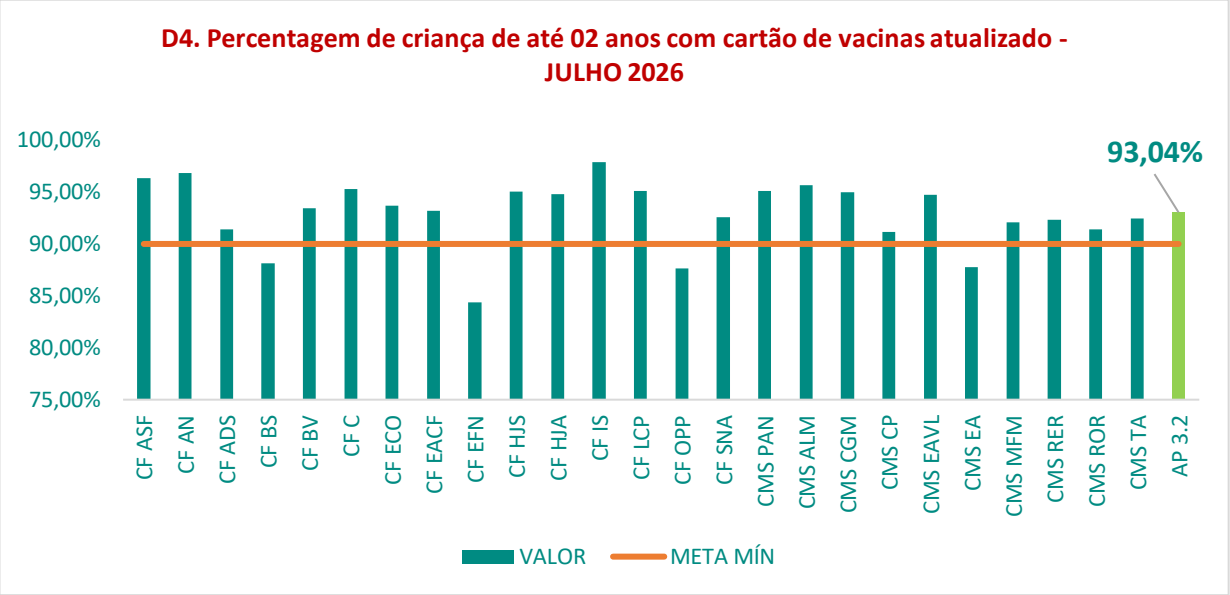


Gráfico 21 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

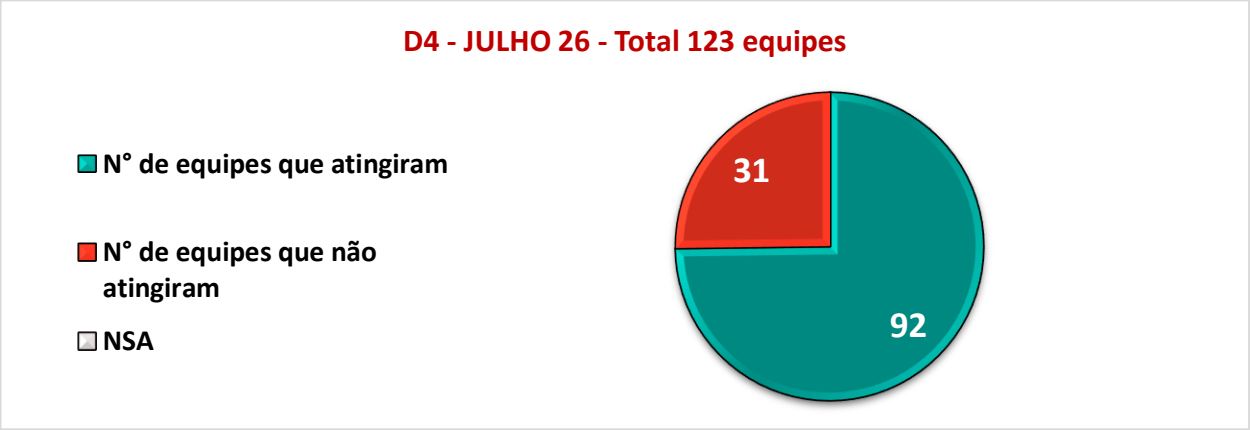


Gráfico 22 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Em **julho** de 2026, o indicador "Percentagem de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado" observa-se que **92** das 123 equipes conseguiram alcançar a meta estabelecida de 90%.

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

INDICADOR D5: Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Mínimo 80%	95,63%			

Cálculo do Indicador: (N) Nº de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia x 100/ (D) Nº total de crianças até 6 anos cadastrados na equipe.
Fonte: PEP VitaCare
Periodicidade da avaliação: Trimestral

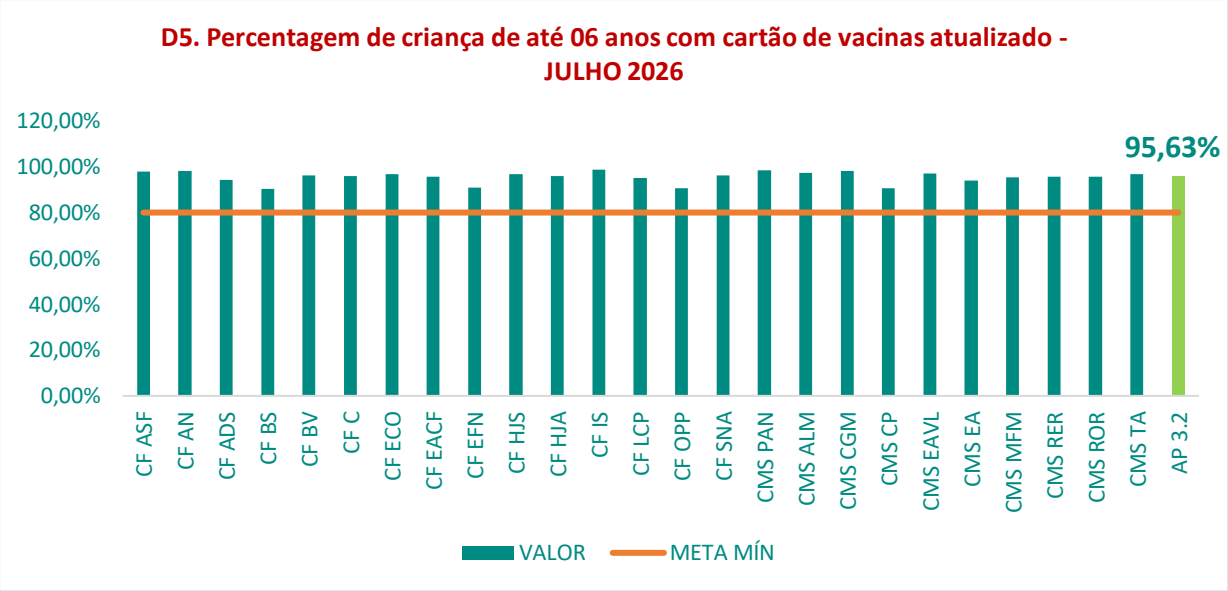


Gráfico 23 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

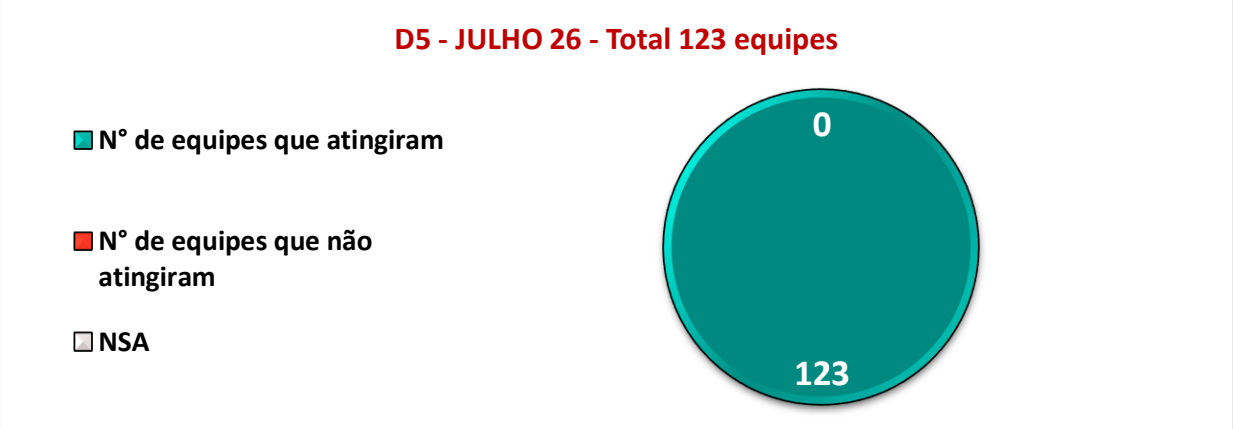


Gráfico 24 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho** de 2026, o indicador "Percentagem de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado" apresentou desempenho muito satisfatório, com as 123 equipes alcançando a meta preconizada de 80% no referido mês.

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

INDICADOR D6: Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Mínimo 80%	81,08%			
Cálculo do Indicador: (N) Nº de gestantes com pré-natal encerrado no trimestre pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez x 100/ (D) Nº total de gestantes cadastradas na equipe com pré-natal encerrado no trimestre. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral				

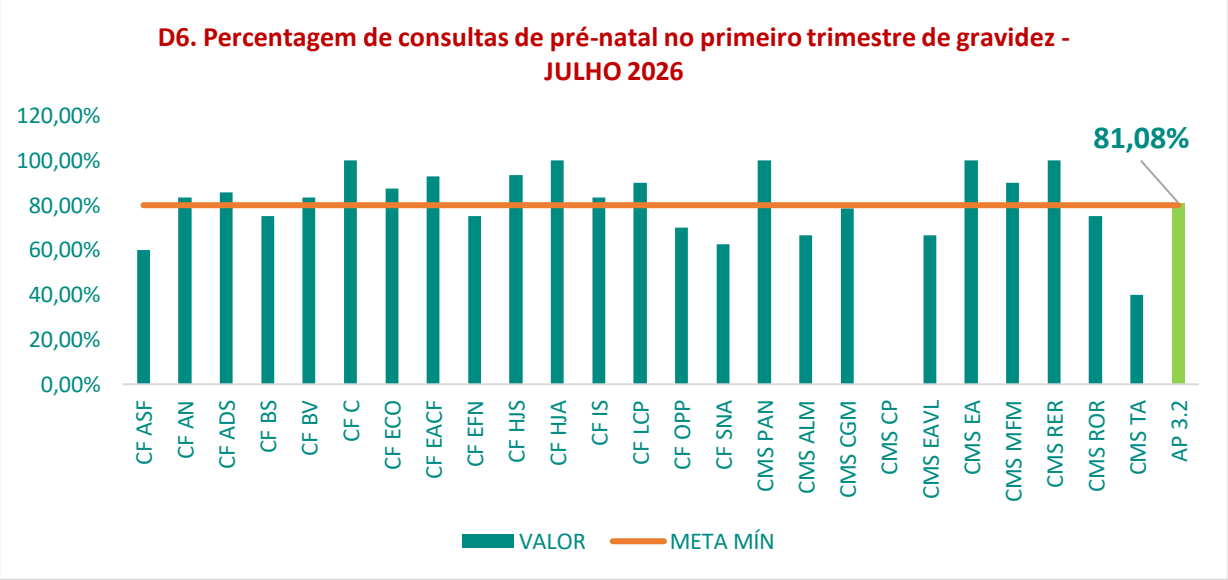


Gráfico 25 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

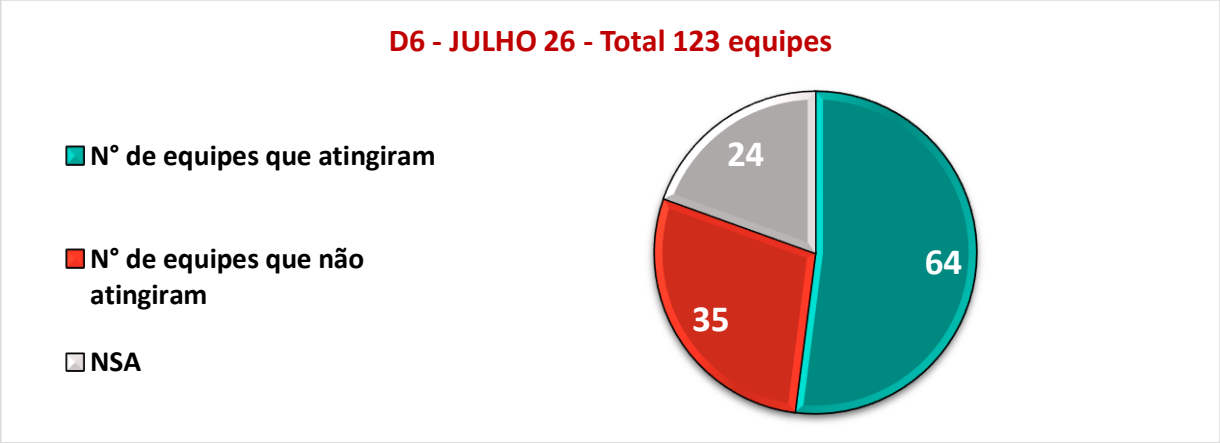


Gráfico 26 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No indicador "Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gestação", no mês de **julho** de 2026, das 123 equipes de Atenção Primária à Saúde, **64** equipes alcançaram percentual igual ou superior a 80% no referido indicador.

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

INDICADOR D7: Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.				
META	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TRIMESTRE
Mínimo 80%	81,13%			

Cálculo do Indicador: (N) Nº de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na equipe com registro da 1ª consulta realizada até 15 dias de vida x 100/ (D) Nº total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na equipe.
Fonte: PEP VitaCare
Periodicidade da avaliação: Trimestral

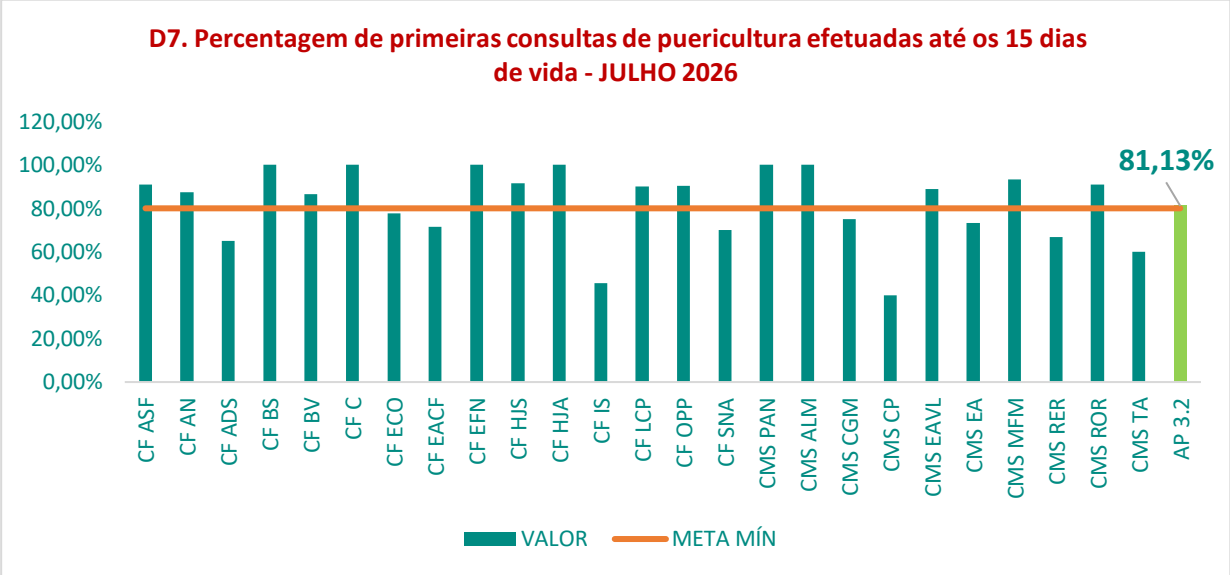


Gráfico 27 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

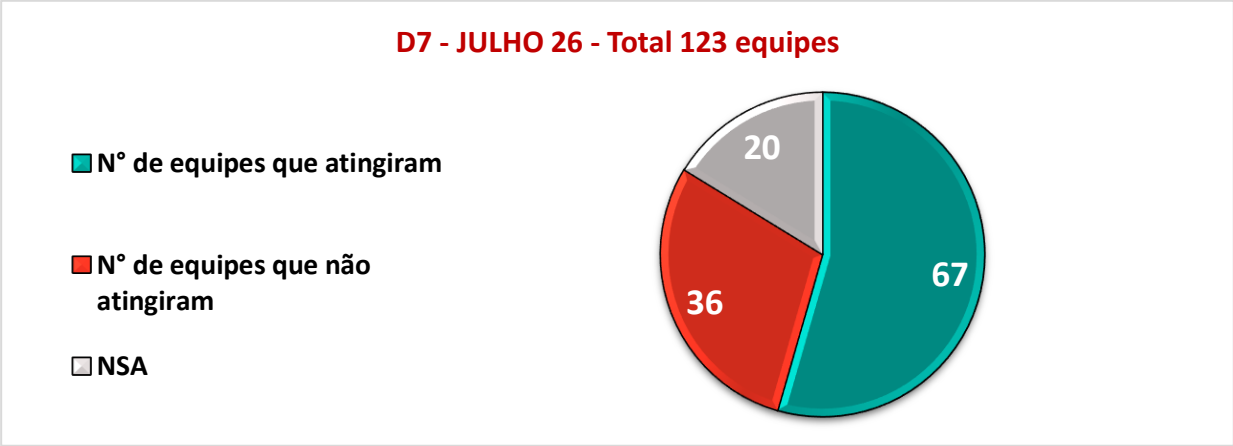


Gráfico 28 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho** 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, **67** alcançaram percentual igual ou superior a 80%, conforme meta estabelecida.

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

INDICADOR D8: Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
>=0,6	0,62			

Cálculo do Indicador: (N) Nº de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da eSB nos últimos 12 meses/ (D) Nº de consultas odontológicas programadas pelo cirurgião dentista da eSB nos últimos 12 meses.
Fonte: PEP VitaCare
Periodicidade da avaliação: Trimestral

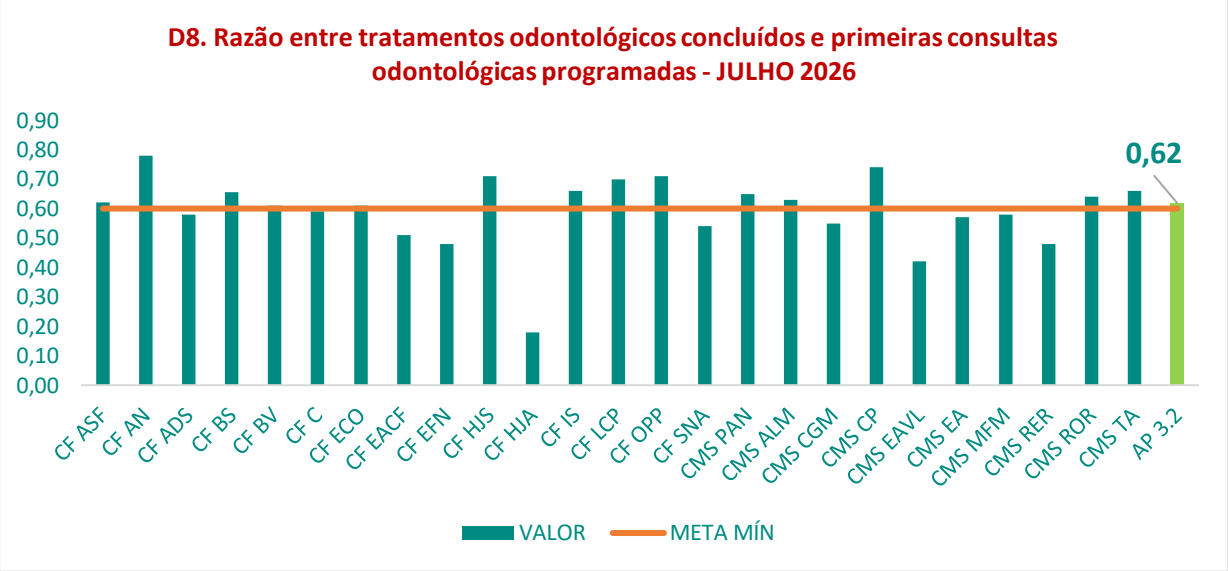


Gráfico 29 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

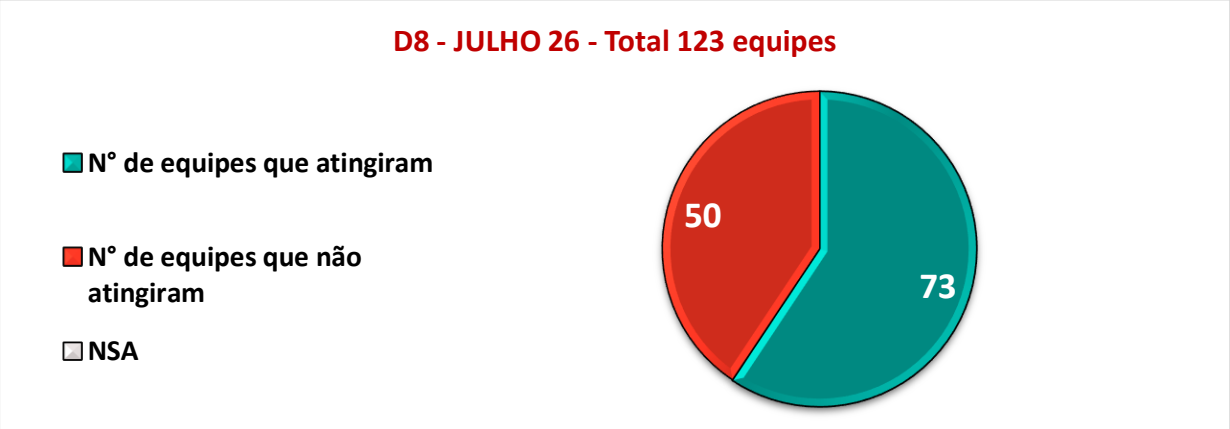


Gráfico 30 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho** 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, **73** alcançaram razão igual ou superior a **0,6**, conforme meta estabelecida.

INDICADOR S1: Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos.

INDICADOR S1: Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
90%	INDICADOR TRIMESTRAL			
Cálculo do Indicador: (N) Nº de usuários satisfeitos/ muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde x 100/ (D) Totaç de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise. **Fonte:** PEP Vitacare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral **Nota:** Foi pactuado com a CAP 3.2 o mínimo de respostas considerado para validar este indicador = 5%.				

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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.

INDICADOR E1: Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Máximo R$ 41,80	R$ 15,11			
Cálculo do Indicador: (N) Somatório do valor dos exames de SADT solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte: Tabela SIGTAP) no trimestre avaliado/ (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe no trimestre avaliado. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral				

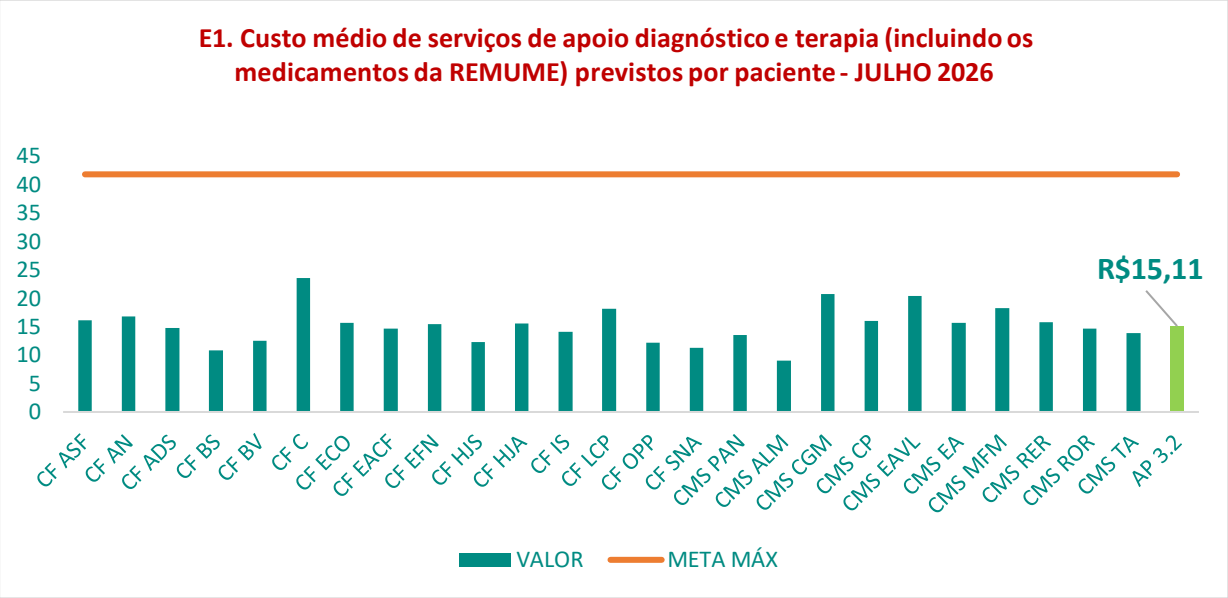


Gráfico 31 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

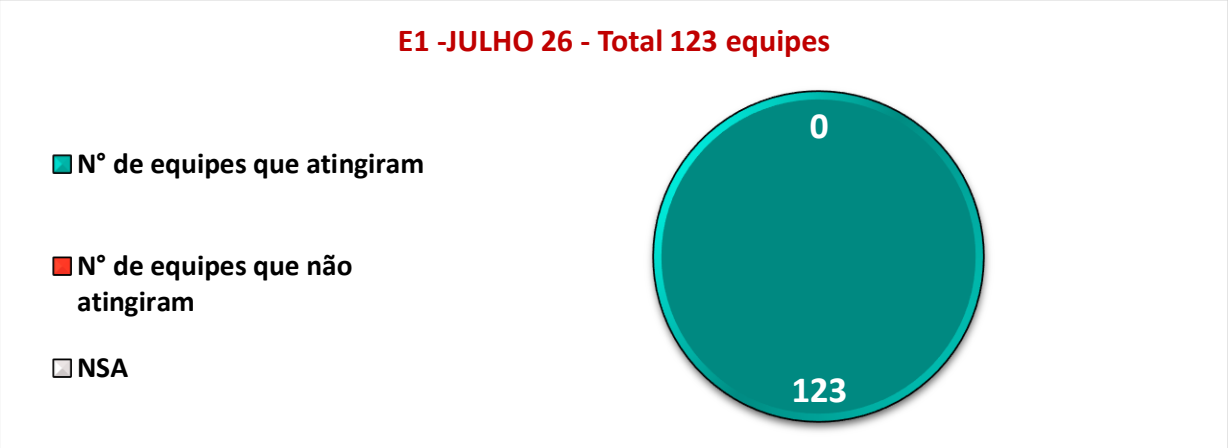


Gráfico 32 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

O indicador "Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário" apresentou, no mês de **julho** de 2026, um bom desempenho, com **123** equipes com alcance da meta estabelecida.

INDICADOR E2: Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.

INDICADOR E2: Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Máximo 10%	24,50%			

Cálculo do Indicador: (N) Nº de medicamentos fora da lista REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses x 100/ (D) Nº total de itens de medicamentos (pertencentes ou não a REMUME) prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses.
Fonte: PEP VitaCare
Periodicidade da avaliação: Trimestral

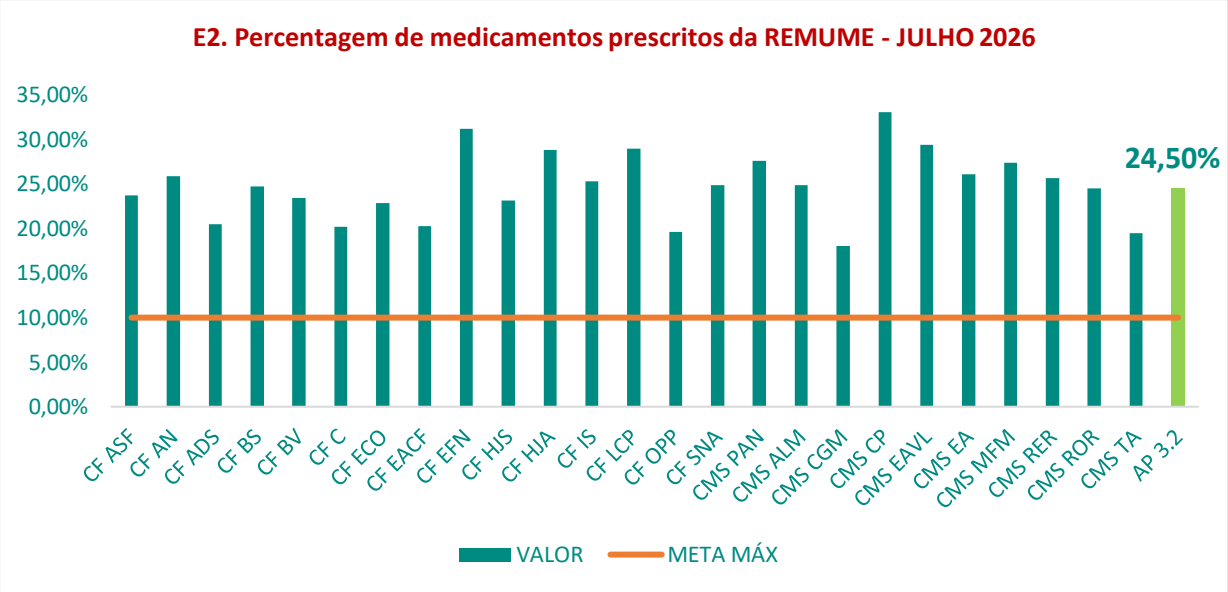


Gráfico 33 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

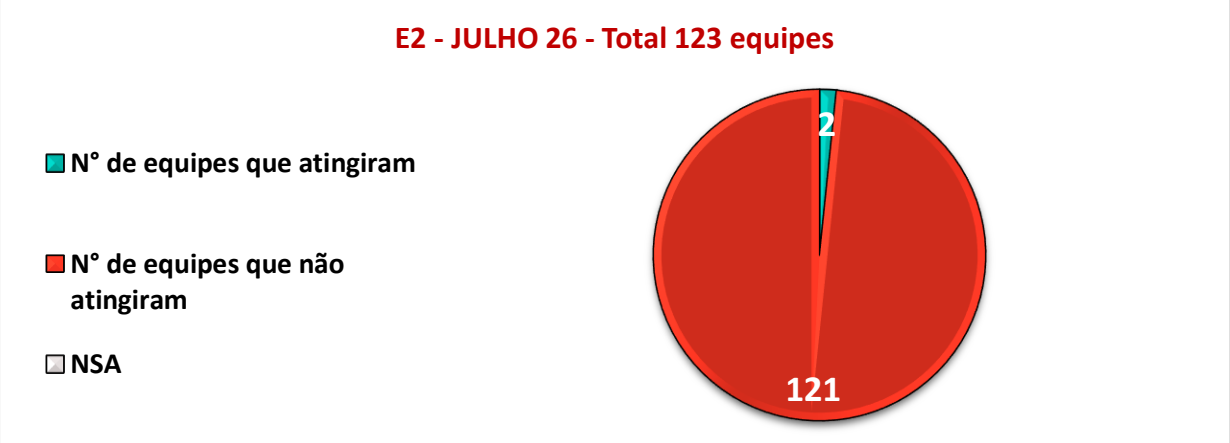


Gráfico 34- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No indicador “Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME”, no mês de **julho** de 2026, tivemos apenas **2** equipes alcançando a meta proposta de um total de 123 equipes, evidenciando o desafio que o indicador nos apresenta.

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

INDICADOR E3: Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Máximo 20%	6,60%			
Cálculo do Indicador: (N) Nº de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço/ especialidade x 100/ (D) Nº total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Trimestral				

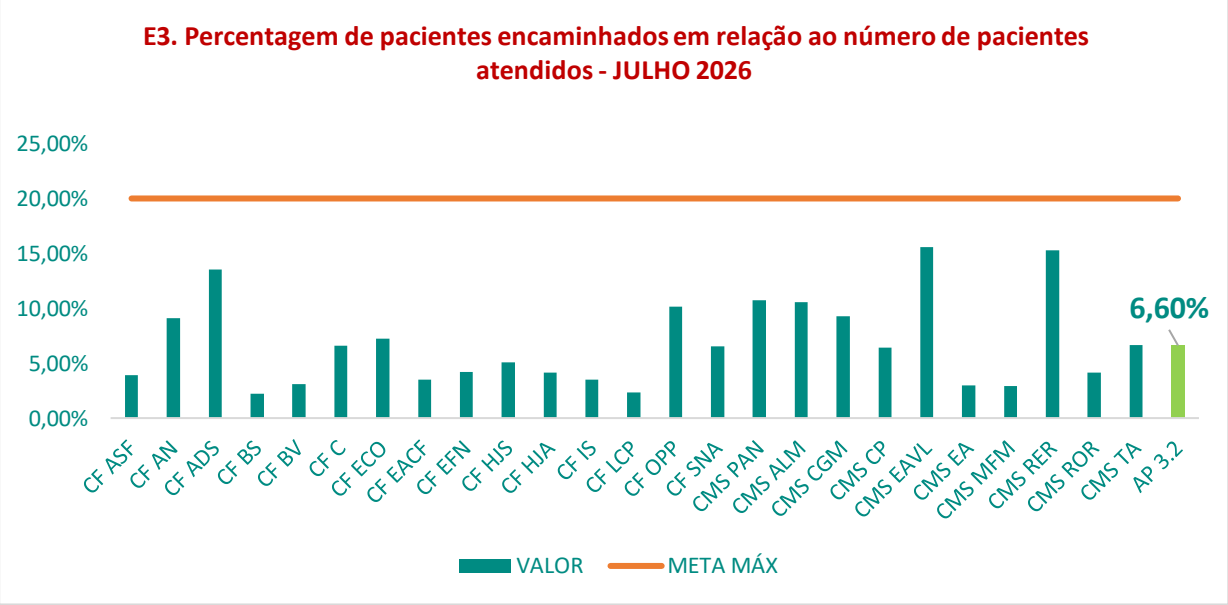


Gráfico 35 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

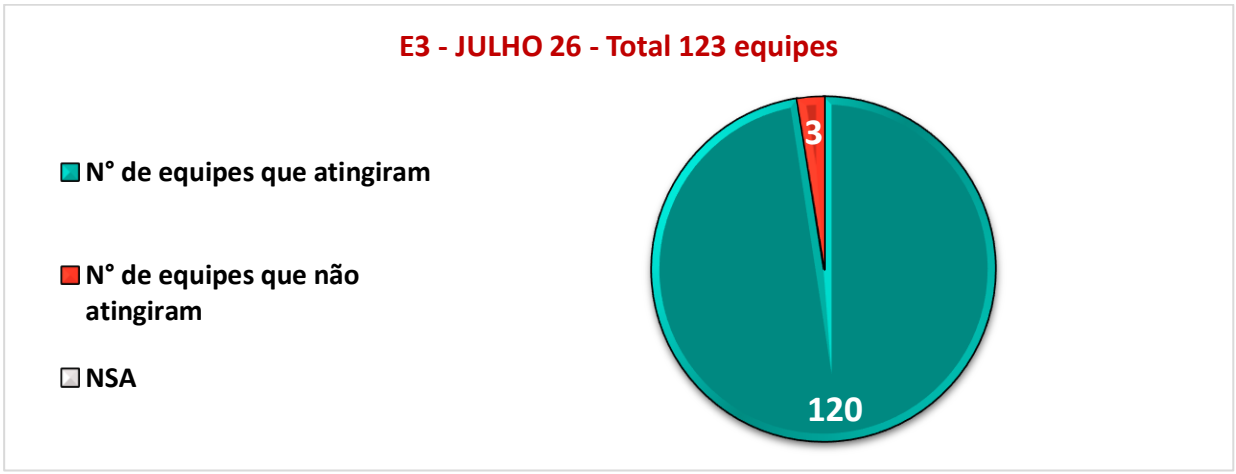


Gráfico 36 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Em **julho** de 2026, **120** equipes alcançaram a meta do indicador "Percentagem de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.

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 junho ainda não estão disponíveis. Abaixo, seguem os dados até junho de 2026.

UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
CF BARBARA STARFIELD	DARKE DE MATOS	33%	41%	33%	37%	34%	33%
	DOMINGOS DE MAGALHAES						
	FELIX FERREIRA						
	PIRES DE CARVALHO						
	VOLTA GRANDE						
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
CF SERGIO NICOLAU AMIN	BAMBORE	33%	37%	41%	36%	33%	34%
	CONFEDERACAO SUICA						
	MANET						
	VASCO DA GAMA						
	CHAVES PINHEIRO						
UNIDADE	EQUIPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	CONCORDIA	45%	43%	43%	47%	45%	47%
	DARCI VARGAS						
	FAZENDINHA						
	MIGUEL ANGELO						

	PONTILHAO						
	VIUVA CLAUDIO						
	XV DE AGOSTO						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	AGUIA DE OURO	42%	40%	36%	37%	37%	40%
	ALVARO DE MIRANDA						
	ENGENHO						
	MAJOR ADERBAL COSTA						
	MARIO BAHIA						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CF IZABEL DOS SANTOS	POLONIA	40%	40%	37%	34%	37%	36%
	CEU AZUL						
	DOIS DE MAIO						
	ENGENHO NOVO						
	VEIGA BASTOS						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CF ANNA NERY	ALMIRANTE ARY PARREIRAS	40%	39%	36%	43%	33%	30%
	CAMBORIU						
	DR GARNIER						
	JOSE FELIX						
	MAGALHAES CASTRO						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	ALZIRA VALDETARO	36%	33%	28%	38%	28%	41%
	BELA VISTA						
	CERQUEIRA LIMA						
	CONSELHEIRO JOBIM						
	MANOEL MIRANDA						
	SAO PAULO						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CF CARIOCA	BERGAMO	40%	44%	38%	50%	42%	37%
	ITAPOA						
	MOGI MIRIM						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CF BIBI VOGEL	ADHEMAR BEBIANO	43%	40%	37%	37%	42%	41%
	CANITAR						
	HORTOLANDIA						
	MALACACHETA						
	MANUEL MAURICIO						
	MARECHAL CASTELO BRANCO						
	MOREIA						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CF HERBERT DE SOUZA	ENGENHO DO MATO	41%	38%	35%	35%	46%	44%
	MACHADO SOBRINHO						
	MARACA						
	PEREIRA PINTO						
	SILVA VALE						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CF ERIVALDO FERNANDES NÓBREGA	HERMINIA	32%	40%	38%	44%	40%	40%
	MARILIA DIRCEU						

	PRACA AVAI						
	VISCONDE DE TOCANTINS						
	JARDIM DO MEIER						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	CAMILA BRAVO	37%	36%	44%	45%	46%	46%
	FAGUNDES VARELA						
	FAZENDINHA						
	FRANCISCO FRAGOSO						
	MONTEIRO DA LUZ						
	PAU FERRO						
	POCONE						
	SILVA BRAGA						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CF OLGA PEREIRA PACHECO	ANA QUINTAO	37%	37%	34%	42%	43%	47%
	ARTUR VARGAS						
	CARDOSO QUINTAO						
	PARANAPIACABA						
	PAULO PIRES						
	SOLIMOES						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CF LUIZ CELIO PEREIRA	ABOLICAO	39%	36%	37%	45%	42%	45%
	CASEMIRO DE ABREU						
	COIMBRA DA LUZ						
	FERNANDO SIMONI						
	MACEDO BRAGA						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	ARAUJO LEITAO	43%	39%	42%	46%	42%	41%
	BARAO DO BOM RETIRO						
	BICUIBA						
	DONA ROMANA						
	ENCONTRO						
	MIGUEL GALVAO						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CMS PROF ANTENOR NASCENTES	PROF ANTENOR NASCENTES	31%	32%	31%	37%	37%	51%
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CMS EDUARDO ARUAJO VILHENA LEITE	PIAUI	32%	38%	34%	37%	33%	42%
	FERNAO CARDIM						
	HENRIQUE SCHEID						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CMS MILTON FONTES MAGARAO	ADOLFO BERGAMINI	38%	40%	36%	44%	43%	51%
	CAMARISTA						
	BORJA REIS						
	ITAPEMA						
	OURO PRETO						
	OUTEIRO						
	SANTOS TITARA						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**

CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	EMBOABA	42%	38%	41%	44%	44%	41%
	JOÃO RIBEIRO						
	LORENA						
	TEOPHILO DIAS						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CMS RENATO ROCCO	AIRES CASAL	43%	46%	38%	38%	46%	39%
	ALVARES DE AZEVEDO						
	CACHAMBI						
	ESPERANCA						
	JACARE						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CMS RODOLPHO ROCCO	AMARO HAMATI	36%	36%	36%	36%	32%	36%
	LAGO VERDE						
	PERIANTAM						
	SANTA LUZIA						
	TIMBO						
	TURIMA						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CMS CESAR PERNETA	HERMENGARDA	36%	41%	43%	51%	48%	46%
	LOPES DA CRUZ						
	VENCESLAU						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CMS TIA ALICE	24 DE MAIO	31%	36%	31%	30%	37%	33%
	SÃO FRANCISCO XAVIER						
	VILA OLIMPICA						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CMS ELIZA ABRANTES	BOCA DO MATO	41%	46%	45%	47%	43%	39%
	LINS IMPERIAL						
	MARIA LUIZA						
	SINCORÁ						
	VILELA TAVARES						
UNIDADE	**EQUIPES**	**JAN**	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**
CF HONÓRIO JOSÉ DE ANDRADE	CALDAS BARBOSA	38%	38%	33%	34%	41%	43%
	CAPELA						
	DIVINO SALVAODR						

Fonte: NIR CAP 3.2

3. PARTE VARIÁVEL 03

RESULTADO DOS GRUPOS DE AÇÕES DA VARIÁVEL 03: INCENTIVO INSTITUCIONAL À COORDENAÇÃO DO CUIDADO

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:

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

A seguir, 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 julho de 2026.

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.

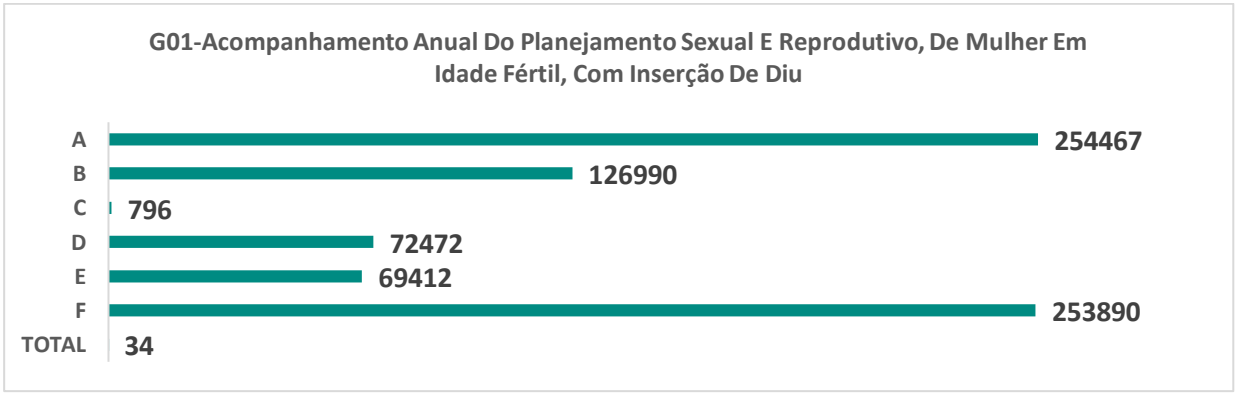
F - Não ter recebido LC no grupo de ação 01 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

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

JULHO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	17194	8566	28	4308	4305	17166	1
CF ANNA NERY	9404	4739	26	3311	3666	9374	1
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	10912	6202	32	3673	4173	10880	0
CF BARBARA STARFIELD	13020	6886	32	3404	3265	12999	2
CF BIBI VOGEL	11841	6386	71	4412	4498	11773	11
CF CARIOCA	4374	2664	23	1929	1493	4356	2
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12284	6254	41	3306	3474	12250	1
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11838	6027	23	3836	3157	11823	1
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12596	4991	29	2107	2576	12579	1
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11504	6228	55	3450	3399	11466	2
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4892	2356	20	1068	869	4891	1
CF IZABEL DOS SANTOS	11596	6297	41	3532	3029	11572	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	13279	5936	40	3266	3261	13260	2
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12818	6485	30	4127	3730	12788	1
CF SERGIO NICOLAU AMIN	10543	5382	19	2551	2191	10533	0
CMS ANTENOR NASCENTES	2261	1010	10	671	570	2254	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8247	4224	29	2934	2834	8217	1
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	11983	6255	55	3770	3517	11961	2
CMS CESAR PERNETTA	7726	2646	10	1338	1329	7720	0
CMS EDUARDO A VILHENA	8891	4326	26	2271	1773	8878	1
CMS ELIZA ABRANTES	8933	4316	39	2526	2356	8909	2
CMS MILTON FONTES MAGARAO	13649	6055	26	3317	3109	13637	1
CMS RENATO ROCCO	8257	4443	34	2509	2908	8222	1
CMS RODOLPHO ROCCO	12188	6241	39	3680	2873	12158	0
CMS TIA ALICE	4237	2075	18	1176	1057	4224	0
AP 3.2	**254467**	**126990**	**796**	**72472**	**69412**	**253890**	**34**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho**, a Área 3.2 pontuou **34** usuárias no acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo de mulheres em idade fértil, com inserção de DIU.

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.

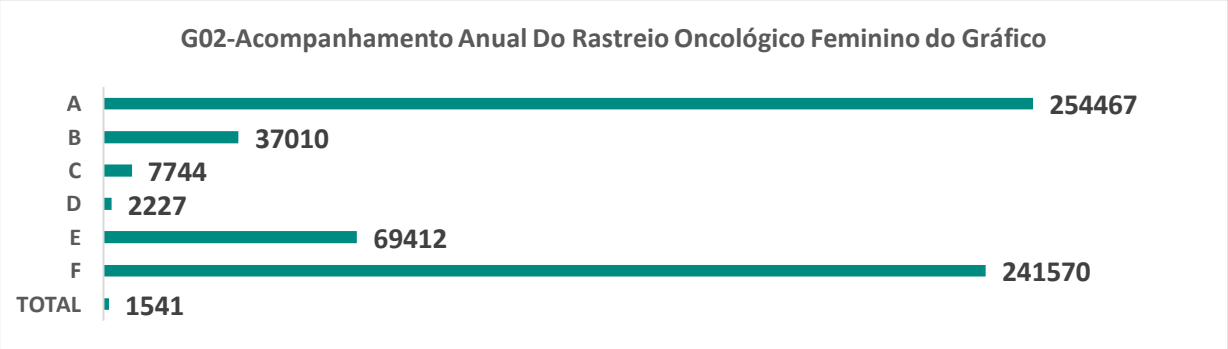
Total - Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B/C/D+E+F].

JULHO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	17194	2072	451	125	4305	16522	97
CF ANNA NERY	9404	1888	380	87	3666	8278	74
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	10912	1689	346	113	4173	10341	242
CF BARBARA STARFIELD	13020	1888	371	125	3265	12386	67
CF BIBI VOGEL	11841	2436	503	126	4498	10630	128
CF CARIOCA	4374	1012	142	33	1493	4049	32
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12284	1562	365	82	3474	11653	67
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11838	2016	375	94	3157	11253	49
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12596	996	374	128	2576	12217	35
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11504	1669	236	49	3399	10916	61

CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4892	423	129	44	869	4863	8
CF IZABEL DOS SANTOS	11596	1843	363	120	3029	11012	35
CF LUIZ CELIO PEREIRA	13279	1608	302	80	3261	12692	50
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12818	2142	416	77	3730	12084	65
CF SERGIO NICOLAU AMIN	10543	1232	204	61	2191	10206	49
CMS ANTENOR NASCENTES	2261	366	156	40	570	2146	29
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8247	1616	339	70	2834	7562	51
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	11983	1951	291	81	3517	11425	51
CMS CESAR PERNETTA	7726	720	165	49	1329	7514	33
CMS EDUARDO A VILHENA	8891	1262	368	107	1773	8566	23
CMS ELIZA ABRANTES	8933	1200	290	108	2356	8629	56
CMS MILTON FONTES MAGARAO	13649	1713	407	183	3109	13202	75
CMS RENATO ROCCO	8257	1173	231	81	2908	7707	79
CMS RODOLPHO ROCCO	12188	1857	381	113	2873	11714	56
CMS TIA ALICE	4237	676	159	51	1057	4003	29
AP 3.2	**254467**	**37010**	**7744**	**2227**	**69412**	**241570**	**1541**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho**, a Área 3.2 pontuou **1541** usuários.

Destaca-se que, no Grupo 02 (G2) – Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino –, a principal lacuna do cuidado está relacionada às mulheres na faixa etária de 65 a 69 anos.

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.

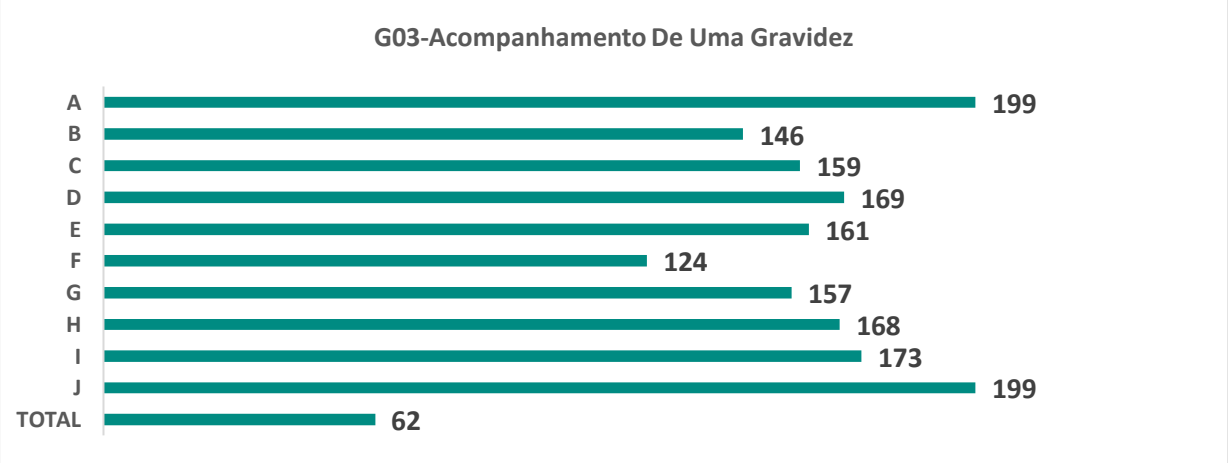
Total - Uma usuária é considerada deste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I+J].

JULHO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	0
CF ANNA NERY	11	8	10	11	9	10	11	11	11	11	5
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	12	11	9	12	7	6	10	11	8	12	4
CF BARBARA STARFIELD	11	9	8	11	11	8	11	11	11	11	7
CF BIBI VOGEL	17	11	13	13	15	11	15	15	16	17	6
CF CARIOCA	2	0	2	2	1	2	1	2	2	2	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	8	6	8	8	5	4	2	7	6	8	1
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11	9	11	11	9	9	11	10	10	11	6
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	1
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	14	10	14	11	13	10	12	12	12	14	7
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4	3	4	4	4	2	3	4	3	4	1

CF IZABEL DOS SANTOS	6	4	6	6	3	4	6	5	5	6	2
CF LUIZ CELIO PEREIRA	7	2	6	5	6	5	2	7	7	7	1
CF OLGA PEREIRA PACHECO	9	6	6	6	5	4	7	5	6	9	2
CF SERGIO NICOLAU AMIN	6	2	4	4	4	3	6	5	5	6	0
CMS ANTENOR NASCENTES	4	3	4	3	4	3	4	0	3	4	2
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	9	6	4	9	8	2	5	5	9	9	1
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	15	11	11	11	13	8	11	9	15	15	2
CMS CESAR PERNETTA	2	2	0	1	2	0	0	1	1	2	0
CMS EDUARDO A VILHENA	8	8	5	5	8	4	6	8	6	8	4
CMS ELIZA ABRANTES	8	5	8	7	6	6	7	8	8	8	2
CMS MILTON FONTES MAGARAO	10	10	9	10	7	8	9	9	8	10	5
CMS RENATO ROCCO	6	6	6	6	4	4	6	4	5	6	1
CMS RODOLPHO ROCCO	8	5	5	5	6	4	5	8	8	8	1
CMS TIA ALICE	5	5	2	3	5	2	3	5	3	5	1
AP 3.2	**199**	**146**	**159**	**169**	**161**	**124**	**157**	**168**	**173**	**199**	**62**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho**, no Grupo 03 (G3) – Acompanhamento de uma gravidez, a Área 3.2 pontuou **62** gestantes.

Destaca-se que, no G3, a principal lacuna de cuidado identificada no período analisado refere-se ao registro de, no mínimo, sete visitas do Agente Comunitário de Saúde (ACS), com código SIGTAP 01.01.03.001-0, até a 38ª semana de gestação (< 39 semanas). Esse resultado evidencia fragilidades no acompanhamento territorial realizado pelos ACS nas unidades.

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.

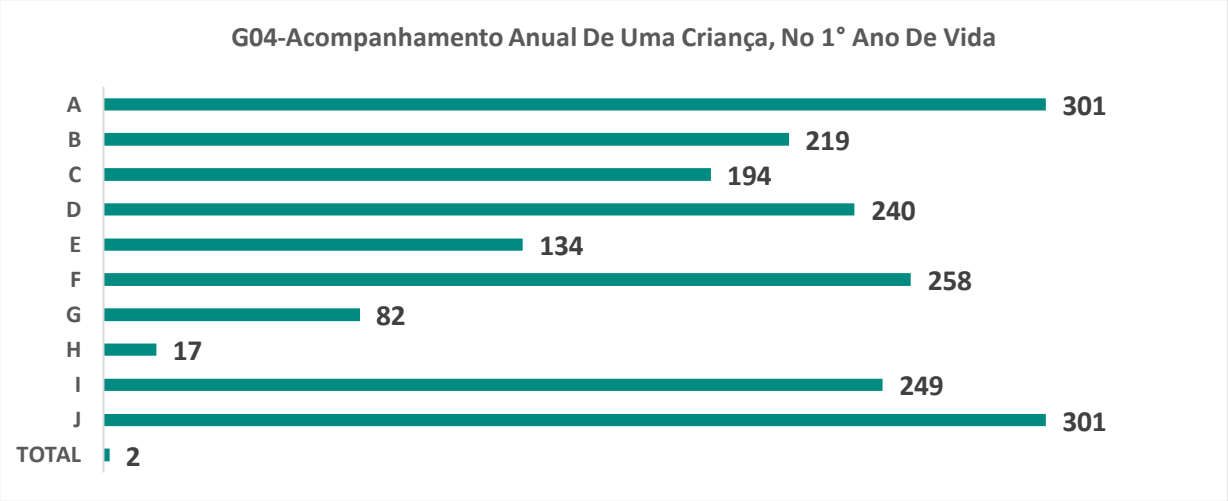
Total - Uma criança é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I+J].

JULHO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	15	12	8	10	7	15	0	1	13	15	0
CF ANNA NERY	12	10	9	10	8	12	5	1	12	12	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	20	18	17	20	6	17	8	1	16	20	0
CF BARBARA STARFIELD	11	6	4	7	5	8	4	0	9	11	0
CF BIBI VOGEL	14	13	10	12	9	14	4	1	13	14	0
CF CARIOCA	6	5	5	5	3	6	1	1	5	6	1

CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	17	12	12	12	3	15	4	0	11	17	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	18	16	15	17	15	17	6	2	17	18	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	16	7	6	8	4	13	3	0	9	16	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	14	10	9	12	5	11	2	2	14	14	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	7	3	3	4	0	6	1	0	7	7	0
CF IZABEL DOS SANTOS	18	11	12	14	7	14	8	0	15	18	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	10	7	5	7	4	9	2	0	9	10	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	13	11	11	13	9	10	8	2	13	13	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	7	6	5	7	2	7	2	0	7	7	0
CMS ANTENOR NASCENTES	4	3	3	4	3	2	2	0	1	4	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	15	10	9	11	3	12	2	0	13	15	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	20	18	12	17	11	16	3	0	16	20	0
CMS CESAR PERNETTA	6	5	3	5	4	6	1	0	6	6	0
CMS EDUARDO A VILHENA	10	3	5	6	3	9	1	1	2	10	0
CMS ELIZA ABRANTES	8	4	5	7	1	6	4	1	8	8	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	11	7	6	8	4	10	5	1	10	11	0
CMS RENATO ROCCO	10	8	8	8	6	9	1	0	5	10	0
CMS RODOLPHO ROCCO	14	11	9	11	10	10	4	1	13	14	1
CMS TIA ALICE	5	3	3	5	2	4	1	2	5	5	0
AP 3.2	**301**	**219**	**194**	**240**	**134**	**258**	**82**	**17**	**249**	**301**	**2**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho**, no Grupo 04 (G4) – Acompanhamento de uma criança no primeiro ano de vida, a Área Programática pontuou **2** crianças.

Destaca-se que, no G4, a principal lacuna de cuidado identificada no mês refere-se à realização da avaliação do risco nutricional em todas as consultas, com registro de peso e altura. Esse procedimento deve ser registrado por meio dos códigos SIGTAP 01.01.04.002-4 ou,

alternativamente, pelos códigos 01.01.04.008-3 e 01.01.04.007-5, evidenciando fragilidades no acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento infantil.

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.

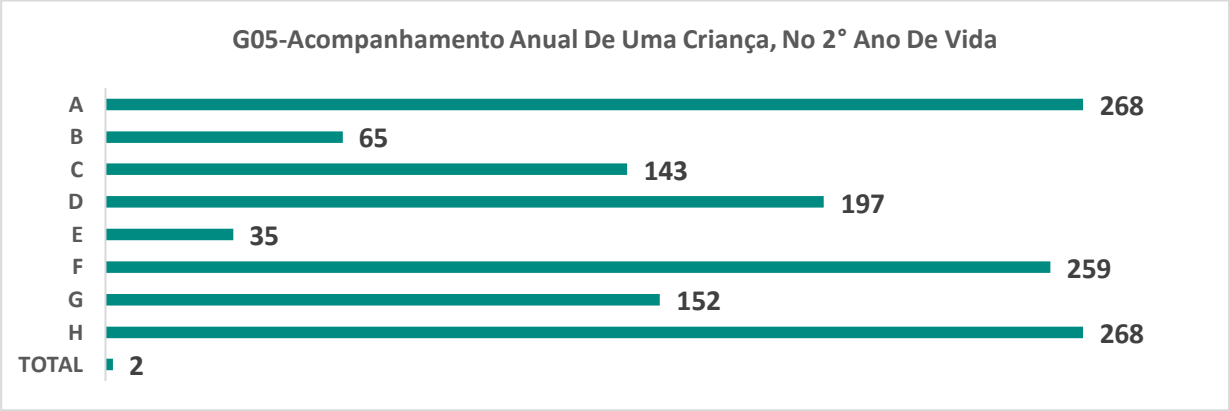
Total - Uma criança é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H].

JULHO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	22	6	13	16	3	22	13	22	0
CF ANNA NERY	17	8	12	15	3	16	14	17	1
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	10	1	4	8	1	10	2	10	0
CF BARBARA STARFIELD	11	1	6	10	2	11	7	11	0
CF BIBI VOGEL	18	3	12	16	1	18	8	18	0
CF CARIOCA	6	3	6	6	4	6	2	6	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	8	2	2	5	1	7	1	8	0

CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	14	1	9	10	2	12	6	14	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12	5	5	6	2	11	6	12	1
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	15	6	7	14	3	14	15	15	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	9	2	2	1	0	9	9	9	0
CF IZABEL DOS SANTOS	11	4	5	11	0	11	8	11	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	6	0	3	6	2	6	2	6	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	7	0	2	6	0	7	7	7	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	11	4	5	8	1	9	4	11	0
CMS ANTENOR NASCENTES	3	1	3	3	1	3	1	3	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8	2	5	5	0	8	3	8	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	16	5	7	8	2	16	8	16	0
CMS CESAR PERNETTA	7	1	2	2	0	7	1	7	0
CMS EDUARDO A VILHENA	7	2	4	5	1	7	1	7	0
CMS ELIZA ABRANTES	12	3	5	6	0	12	12	12	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	11	2	8	6	1	11	6	11	0
CMS RENATO ROCCO	9	1	7	9	1	9	6	9	0
CMS RODOLPHO ROCCO	15	1	7	12	4	14	7	15	0
CMS TIA ALICE	3	1	2	3	0	3	3	3	0
AP 3.2	**268**	**65**	**143**	**197**	**35**	**259**	**152**	**268**	**2**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho**, no Grupo 05 (G5) – Acompanhamento de uma criança no segundo ano de vida, a Área Programática pontuou **2** crianças.

Destaca-se que, no G5, a principal lacuna de cuidado identificada no mês refere-se à realização da avaliação do risco nutricional em todas as consultas, com registro de peso e altura. Esse procedimento deve ser registrado por meio do código SIGTAP 01.01.04.002-4 ou, alternativamente, pelos códigos 01.01.04.008-3 e 01.01.04.007-5, evidenciando fragilidades no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento 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.

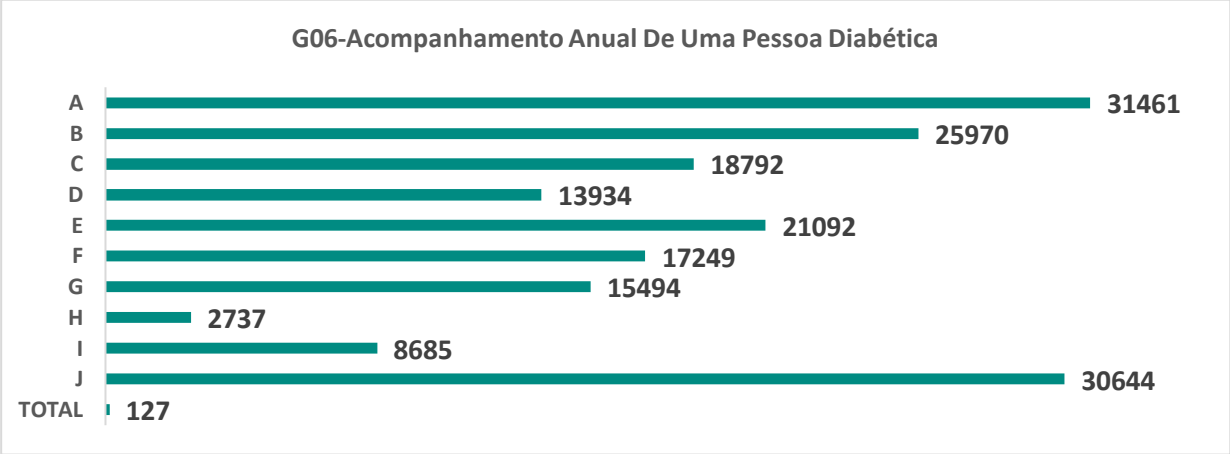
Total - Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+1+J].

JULHO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	2144	1736	1262	733	1338	927	1005	142	580	2094	6
CF ANNA NERY	1209	1035	713	551	992	710	705	142	311	1167	7
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	1273	1051	802	539	730	784	365	30	371	1266	1

CF BARBARA STARFIELD	1421	1155	954	662	1318	761	655	227	850	1310	26
CF BIBI VOGEL	1611	1340	930	630	1197	788	775	133	536	1544	9
CF CARIOCA	502	428	331	253	463	341	280	13	227	496	1
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	1450	1192	891	680	839	856	429	24	168	1442	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	1456	1184	804	692	1037	800	784	59	453	1441	5
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	1288	913	632	508	714	631	592	68	201	1277	2
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	1276	1076	757	606	1007	862	650	111	269	1251	11
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	662	602	469	369	407	464	342	15	23	649	3
CF IZABEL DOS SANTOS	1213	1010	761	619	905	789	613	45	854	1186	2
CF LUIZ CELIO PEREIRA	1737	1374	858	652	1321	775	805	88	268	1729	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	1716	1395	1110	639	1000	846	822	148	701	1659	4
CF SERGIO NICOLAU AMIN	988	813	571	446	790	553	463	11	265	985	1
CMS ANTENOR NASCENTES	338	283	254	190	231	251	247	0	0	338	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	1142	989	642	579	466	695	636	15	177	1137	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	1391	1157	845	604	890	784	807	452	313	1298	6
CMS CESAR PERNETTA	971	821	478	559	524	405	382	37	162	946	1
CMS EDUARDO A VILHENA	1155	968	772	480	807	610	776	311	361	1083	8
CMS ELIZA ABRANTES	1166	992	768	591	765	745	695	109	230	1119	2
CMS MILTON FONTES MAGARAO	1981	1700	1235	893	1186	1110	1223	331	362	1913	28
CMS RENATO ROCCO	1120	963	753	519	784	632	471	54	167	1097	2
CMS RODOLPHO ROCCO	1744	1360	818	651	1042	776	661	168	678	1715	2
CMS TIA ALICE	507	433	382	289	339	354	311	4	158	502	0
AP 3.2	**31461**	**25970**	**18792**	**13934**	**21092**	**17249**	**15494**	**2737**	**8685**	**30644**	**127**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho**, no Grupo 06 (G6) – Acompanhamento de uma pessoa diabética, a Área Programática pontuou **127** usuários.

Destaca-se que, no G6, a principal lacuna de cuidado identificada no mês refere-se à realização de, pelo menos, uma consulta com registro de fundoscopia, utilizando o código SIGTAP 02.11.06.010-0, no último ano. Ressalta-se que esse procedimento não precisa ser necessariamente realizado pelo médico da equipe, desde que esteja devidamente registrado no prontuário eletrônico dentro dos 12 meses que antecedem o período analisado.

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.

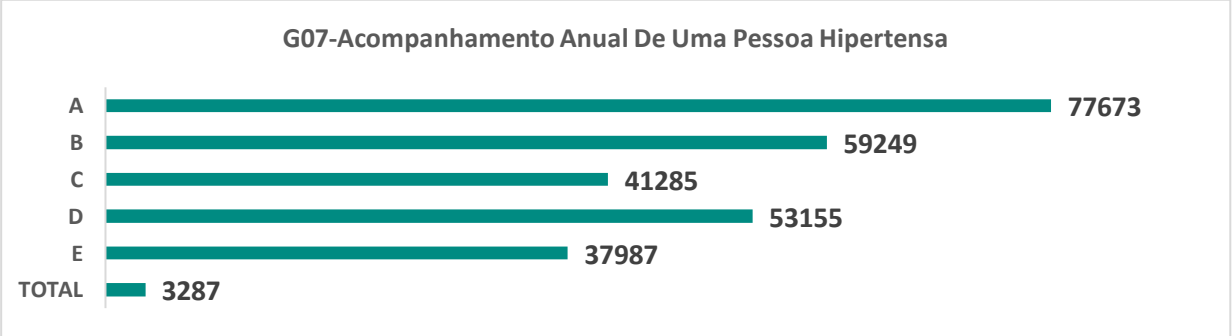
E - Não ter recebido LC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

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

JULHO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	5296	4009	2787	3419	2610	208
CF ANNA NERY	2789	2202	1560	1993	1332	141
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	3801	2717	1927	2768	1790	110
CF BARBARA STARFIELD	3844	2830	2029	2746	1703	135
CF BIBI VOGEL	3928	2997	2027	2595	1955	162
CF CARIOCA	1228	980	718	943	501	40
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	3594	2768	1962	2499	1695	139
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	3905	2904	1815	2710	1937	154
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	3236	2026	1428	2077	1752	93
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	3115	2362	1628	2081	1672	168
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	1583	1354	1027	1039	846	69
CF IZABEL DOS SANTOS	3241	2463	1849	2309	1512	149
CF LUIZ CELIO PEREIRA	4247	3152	1907	2652	2378	110
CF OLGA PEREIRA PACHECO	4006	3077	2288	2683	1837	143
CF SERGIO NICOLAU AMIN	2702	2116	1370	1955	1274	147
CMS ANTENOR NASCENTES	901	720	608	672	349	54
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3183	2486	1554	2295	1435	106
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	3308	2661	1925	2434	1524	189
CMS CESAR PERNETTA	1903	1467	932	969	1129	48
CMS EDUARDO A VILHENA	2563	2043	1615	1716	1219	149
CMS ELIZA ABRANTES	2544	2044	1541	1947	1059	202
CMS MILTON FONTES MAGARAO	4319	3439	2463	3029	2075	206
CMS RENATO ROCCO	2813	2258	1627	2018	1307	169
CMS RODOLPHO ROCCO	4403	3151	1812	2674	2670	121
CMS TIA ALICE	1221	1023	886	932	426	75
AP 3.2	**77673**	**59249**	**41285**	**53155**	**37987**	**3287**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho**, no Grupo 07 (G7) – Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, a Área Programática pontuou **3.287** usuários.

Destaca-se que, no G7, a principal lacuna de cuidado identificada no mês refere-se à necessidade de registro de, pelo menos, duas aferições de pressão arterial, em dias distintos, utilizando o código SIGTAP 03.01.10.003-9. Além disso, é necessário que pelo menos uma dessas aferições apresente valores de pressão arterial sistólica ≥ 150 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg, dentro dos 12 meses que antecedem o período analisado.

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.

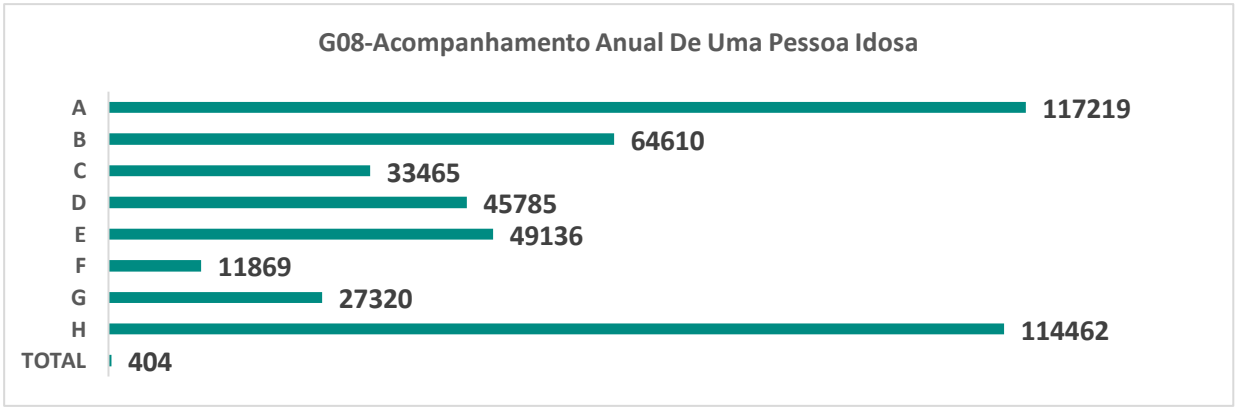
H - Não ter recebido LC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses. **Total-** Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H].

JULHO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	8089	4452	2306	3099	3551	700	1813	7912	38
CF ANNA NERY	4098	2400	1230	2083	1826	702	1179	3916	29
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	3442	2444	1409	1580	1800	479	459	3402	9

CF BARBARA STARFIELD	5752	3215	1773	2787	2556	813	1198	5579	20
CF BIBI VOGEL	4387	2937	1472	2568	2235	925	1184	4003	62
CF CARIOCA	992	720	423	667	600	94	384	942	3
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	5344	2983	1665	2114	2316	420	827	5293	9
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	5388	2882	1346	2066	2109	416	1856	5252	11
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	8170	3244	1423	2185	2380	856	989	8084	9
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	4378	2336	1208	1464	1796	419	713	4312	12
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	2324	1627	900	1086	1356	62	344	2319	0
CF IZABEL DOS SANTOS	4621	2534	1461	1768	1949	396	1027	4542	18
CF LUIZ CELIO PEREIRA	7798	4136	1746	2959	2894	772	1775	7625	19
CF OLGA PEREIRA PACHECO	5707	3030	1762	2055	2544	483	1412	5610	21
CF SERGIO NICOLAU AMIN	5038	2340	1127	1840	1591	353	693	4976	6
CMS ANTENOR NASCENTES	1224	774	529	515	686	133	621	1161	8
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3394	2263	1126	829	1671	407	476	3361	12
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	4412	2573	1361	2043	1995	376	1144	4319	8
CMS CESAR PERNETTA	5984	2431	939	1644	1279	514	1159	5884	15
CMS EDUARDO A VILHENA	4607	2388	1402	1626	2096	348	1516	4490	20
CMS ELIZA ABRANTES	4016	2197	1281	1374	1798	347	1691	3889	14
CMS MILTON FONTES MAGARAO	7492	4085	2185	2480	3149	744	2333	7295	26
CMS RENATO ROCCO	3111	2143	1256	1452	1680	575	470	3020	13
CMS RODOLPHO ROCCO	5281	3308	1380	2646	2264	284	1409	5199	5
CMS TIA ALICE	2170	1168	755	855	1015	251	648	2077	17
AP 3.2	**117219**	**64610**	**33465**	**45785**	**49136**	**11869**	**27320**	**114462**	**404**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho**, no Grupo 08 (G8) – Acompanhamento anual de uma pessoa idosa, a Área Programática pontuou **404** usuários.

Destaca-se que, no G8, a principal lacuna de cuidado identificada no mês refere-se à necessidade de manter o calendário vacinal atualizado, com todos os registros devidamente preenchidos no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

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 (*).

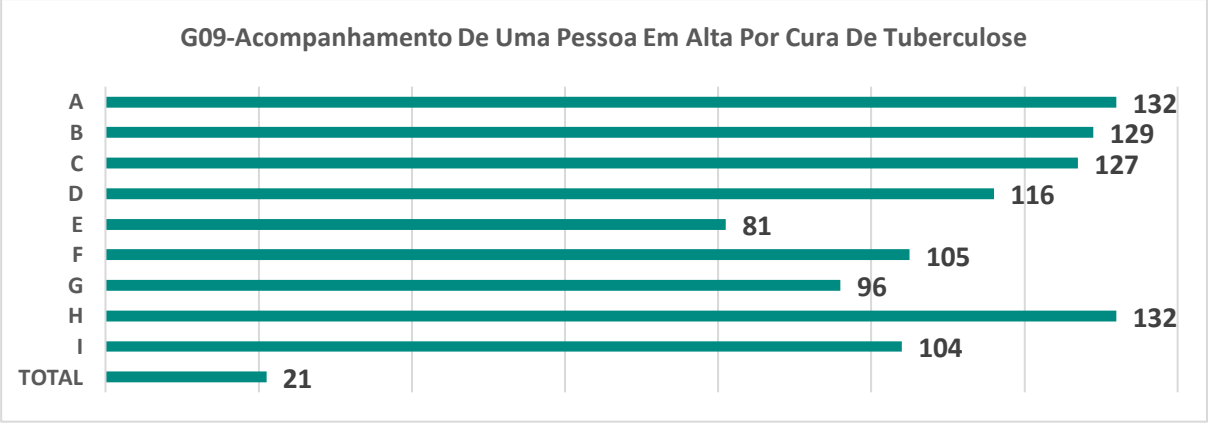
I - Não ter recebido LC no grupo de ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

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

JULHO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	6	6	6	6	2	6	6	6	5	1
CF ANNA NERY	5	4	4	4	1	3	2	5	5	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	15	15	14	10	10	7	11	15	13	0
CF BARBARA STARFIELD	6	6	6	6	3	6	5	6	4	1
CF BIBI VOGEL	8	8	8	8	8	6	6	8	5	1
CF CARIOCA	2	2	2	2	1	1	2	2	2	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	5	5	5	5	2	3	2	5	5	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	2	2	2	2	1	1	2	2	1	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	4	4	4	4	3	4	4	4	1	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	3	3	3	2	1	3	3	3	2	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	2	2	2	2	0	1	0	2	2	0
CF IZABEL DOS SANTOS	8	8	8	8	6	8	8	8	6	4
CF LUIZ CELIO PEREIRA	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	11	11	11	8	7	9	11	11	10	2
CF SERGIO NICOLAU AMIN	4	3	3	2	3	3	2	4	2	1
CMS ANTENOR NASCENTES	2	2	1	2	1	2	0	2	2	1
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	5	5	5	4	4	2	5	5	3	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	7	6	7	6	4	6	4	7	7	2
CMS CESAR PERNETTA	4	4	4	4	4	4	1	4	3	0
CMS EDUARDO A VILHENA	3	3	2	2	3	3	3	3	3	1
CMS ELIZA ABRANTES	10	10	10	10	5	10	3	10	8	2
CMS MILTON FONTES MAGARAO	9	9	9	9	5	9	7	9	8	4
CMS RENATO ROCCO	6	6	6	5	3	3	4	6	5	0
CMS RODOLPHO ROCCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMS TIA ALICE	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
AP 3.2	**132**	**129**	**127**	**116**	**81**	**105**	**96**	**132**	**104**	**21**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **julho**, no Grupo 09 (G9) – Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose, a Área Programática pontuou **21** usuários.

Destaca-se que, no G9, a principal lacuna de cuidado identificada no mês refere-se à realização da avaliação clínica de todos os contactantes domiciliares, com registro de radiografia de tórax, utilizando os códigos SIGTAP 02.04.03.015-3 ou 02.04.03.017-0.

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.

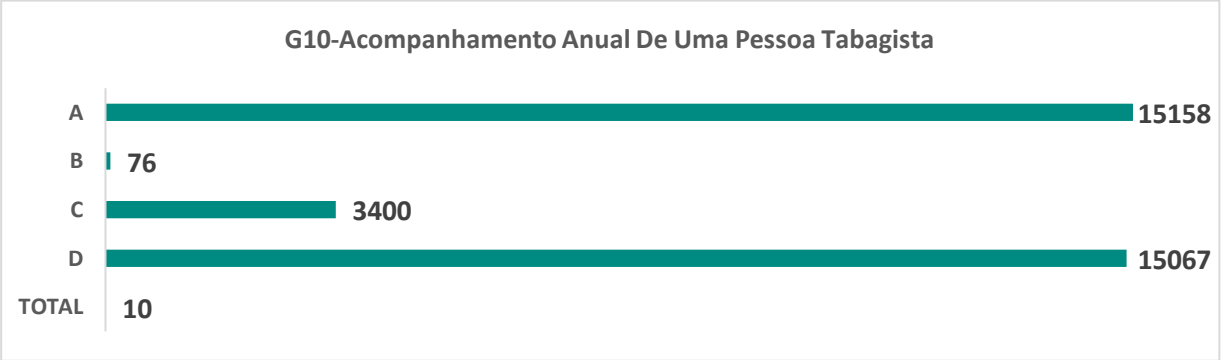
Total - Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D].

JULHO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	797	7	232	786	0
CF ANNA NERY	880	1	188	877	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	828	0	160	828	0
CF BARBARA STARFIELD	598	0	182	598	0
CF BIBI VOGEL	525	8	154	516	1
CF CARIOCA	325	0	196	325	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	897	4	142	894	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	862	3	209	857	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	551	0	93	551	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	418	1	91	418	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	302	0	9	302	0
CF IZABEL DOS SANTOS	488	0	134	488	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	642	16	176	622	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	857	6	296	849	0

CF SERGIO NICOLAU AMIN	475	2	98	473	0
CMS ANTENOR NASCENTES	162	0	0	162	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	707	0	112	707	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	932	0	173	931	0
CMS CESAR PERNETTA	213	8	51	200	0
CMS EDUARDO A VILHENA	312	0	66	312	0
CMS ELIZA ABRANTES	733	1	92	733	1
CMS MILTON FONTES MAGARAO	922	2	129	922	3
CMS RENATO ROCCO	729	0	138	729	0
CMS RODOLPHO ROCCO	598	5	148	592	1
CMS TIA ALICE	405	12	131	395	4
AP 3.2	**15158**	**76**	**3400**	**15067**	**10**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



No mês de **julho** de 2026, no Grupo 10 (G10) Acompanhamento de uma pessoa tabagista –, a Área Programática pontuou **10** usuários.

Destaca-se que, no G9, a principal lacuna de cuidado identificada no mês refere-se à 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.

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