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: Agosto de 2026

EQUIPE DE GESTÃO

Responsável pela elaboração do Relatório

Gerente Executivo de Projetos-Rio

Rodrigo Moraes

Gerente de Projeto

Priscilla Oliveira

Gerente de Planejamento

Mônica do Carmo

Analista de Planejamento

Jéssica Ximenes

Supervisão de Território

Marianna Costa

Rodrigo Rodriguez

Amanda Fernandes

Responsável Técnica de Odontologia

Nerusa Grisolia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 6
SUPER CENTRO CARIOCA DE VACINAÇÃO DA ZONA NORTE 9
ATIVIDADES REALIZADAS NO MÊS DE JULHO DE 2026 11
REGISTROS FOTOGRÁFICOS DAS ATIVIDADES REALIZADAS 20
1. PARTE VARIÁVEL 01 23
Resultado dos Indicadores da Variável 01: Incentivo à Gestão do TEIAS 25
INDICADORES VARIÁVEL 01 26
INDICADOR 01: Manutenção de Comissões de Prontuários nas unidades 26
INDICADOR 02: Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) 27
INDICADOR 03: Estrutura para impressão de documentos assistenciais 28
INDICADOR 04: Abastecimento regular das unidades 30
INDICADOR 05: Descentralização de Fornecimento de Medicamentos controlados 31
INDICADOR 06: Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO) 32
INDICADOR 07: Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (V2 e V3) 32
INDICADOR 08: Relação de Gasto Administrativo em relação ao total de gastos 34
INDICADOR 09: Compra de Itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde 34
INDICADOR 10: Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados 34
INDICADOR 11: Proporção de cura de Tuberculose 36
INDICADOR 12: Acompanhamento de Sífilis na Gestação 37
INDICADOR 13: Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas. 39
INDICADOR 14: Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) 41
INDICADOR 15: Manutenção dos Colegiados Gestores 42
INDICADOR 16: Rotatividade de profissionais nas equipes de saúde 43
INDICADOR 17: Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca 44
INDICADOR 18: Percentagem de escolas e creches no território de referência da UAP com no mínimo uma atividade de saúde 46
INDICADOR 19: Percentagem de famílias com entrega de kits de higiene oral 47
2. PARTE VARIÁVEL 02 48
Resultado dos Indicadores da Variável 02: Incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária 48
COMPLETUDE DE CADASTROS 49
INDICADOR A1: Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família. 51
INDICADOR A2: Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos. 52
INDICADOR A3: Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos. 53
INDICADOR A4: Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos. 55
INDICADOR A5: Proporção de itens da carteira de serviço implementados. 56
INDICADOR A6: Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico. 57
INDICADOR A7: Cobertura de primeira consulta odontológica programática. 59

INDICADOR D1: Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos. 60

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 62

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. 63

INDICADOR D4: Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado. 64

INDICADOR D5: Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado. 66

INDICADOR D6: Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. 67

INDICADOR D7: Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida. 68

INDICADOR D8: Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. 69

INDICADOR S1: Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos. 70

INDICADOR E1: Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário. 71

INDICADOR E2: Percentual de medicamentos prescritos da REMUME. 72

INDICADOR E3: Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos. 73

INDICADOR E4: Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG. 74

3. PARTE VARIÁVEL 03 77

Resultado dos GRUPOS DE AÇÕES da Variável 03: Incentivo institucional à COORDENAÇÃO DO CUIDADO 77

GRUPO 01 (G1): Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU. 79

GRUPO 02 (G2): Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino 80

GRUPO 03 (G3): Acompanhamento de uma gravidez 82

GRUPO 04 (G4): Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano 84

GRUPO 05 (G5): Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano 86

GRUPO 06 (G6): Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano. 88

GRUPO 07 (G7): Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano. 91

GRUPO 08 (G8): Acompanhamento anual de uma pessoa idosa 92

GRUPO 09 (G9): Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose 94

GRUPO 10 (G10): Acompanhamento de uma pessoa tabagista 96

4. REFERÊNCIAS 99

5. ANEXOS 99

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

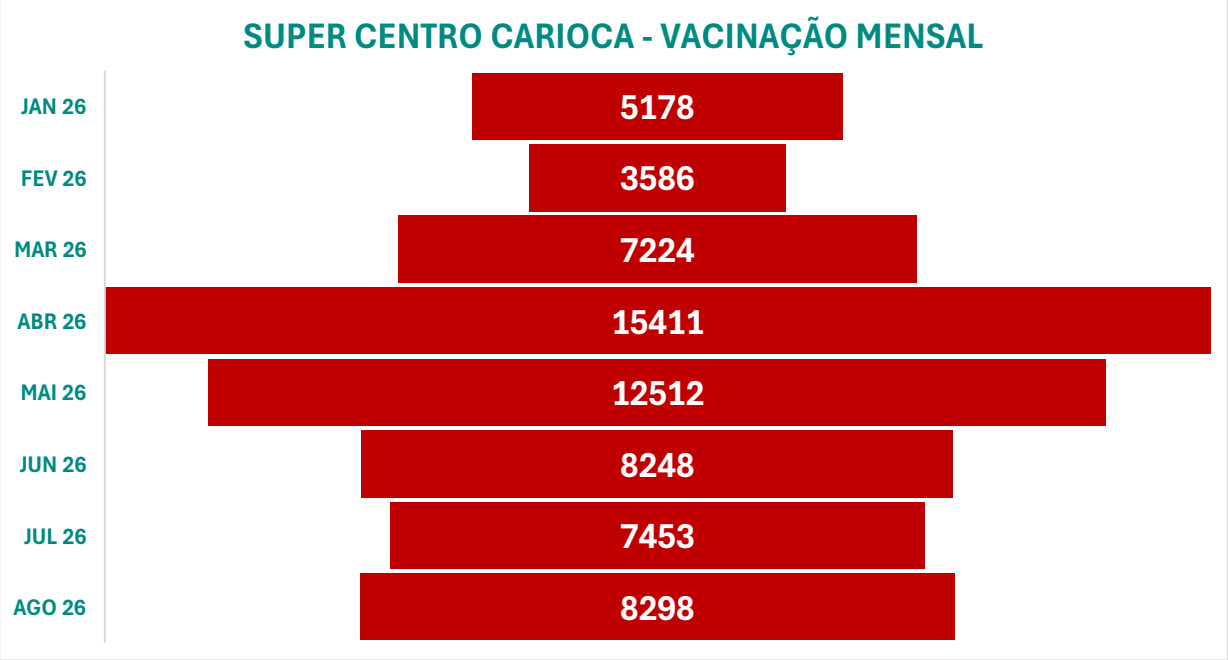
SUPER CENTRO CARIOCA DE VACINAÇÃO DA ZONA NORTE

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 agosto de 2026



Fonte: PEP SARAH Super Centro Carioca de Vacinação

Em **agosto** de 2026, o Super Centro Carioca de Vacinação do Shopping Nova América realizou a aplicação de **8298** doses de imunizantes.

ATIVIDADES REALIZADAS NO MÊS DE AGOSTO 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.

Coordenação de Saúde Bucal

Durante o mês de agosto de 2026, a Coordenação de Saúde Bucal desenvolveu ações voltadas ao acompanhamento técnico das unidades, qualificação dos processos de trabalho, monitoramento dos indicadores, integração de novos profissionais e acompanhamento das condições estruturais e dos equipamentos odontológicos da rede.

No âmbito do acompanhamento técnico-assistencial, foram realizadas visitas aos consultórios odontológicos, com avaliação das condições estruturais, equipamentos, disponibilidade de insumos, processos de esterilização, organização e limpeza. As visitas possibilitaram a identificação de necessidades locais e o alinhamento com gestores e profissionais quanto à organização e ao funcionamento dos serviços.

Também foram realizadas visitas técnicas às Centrais de Esterilização de Materiais (CME), contemplando a avaliação das etapas de expurgo e preparo dos materiais, com acompanhamento dos processos nas unidades visitadas e orientação quanto às necessidades identificadas.

No eixo de monitoramento e avaliação, destaca-se a condução do Grupo de Trabalho de Indicadores de Saúde Bucal da CAP 3.2, com apresentação e análise consolidada dos indicadores das equipes de Saúde Bucal e dos resultados relacionados ao Contrato de Gestão/Acordo de Resultados. A iniciativa fortalece o uso das informações como instrumento para acompanhamento do desempenho das equipes e direcionamento das ações de melhoria.

No campo da qualificação e integração profissional, foi realizada reunião introdutória com cirurgiões-dentistas recém-admitidos na rede, contemplando a apresentação dos fluxos, protocolos e rotinas institucionais da Coordenação de Saúde Bucal, favorecendo a integração dos profissionais e o alinhamento dos processos de trabalho.

Outra frente de atuação foi o acompanhamento contínuo da manutenção dos equipamentos odontológicos da rede, por meio de painel de controle específico, permitindo o monitoramento do status dos equipamentos e contribuindo para a identificação e acompanhamento das necessidades de manutenção.

De forma integrada, as ações desenvolvidas pela Coordenação de Saúde Bucal no período estiveram direcionadas à qualificação da assistência odontológica, ao fortalecimento dos processos de trabalho e ao acompanhamento das condições necessárias ao funcionamento adequado dos serviços, articulando monitoramento de indicadores, apoio técnico às equipes, qualificação profissional e acompanhamento da infraestrutura odontológica.

Supervisão de Território

Durante o mês de agosto de 2026, a Supervisão de Território da CAP 3.2 realizou 55 visitas e atividades junto às 25 unidades e demais locais que compõem o território, desenvolvendo ações de monitoramento de indicadores, apoio à gestão, acompanhamento e qualificação dos processos de trabalho, gestão de pessoas, capacitações, reuniões com gestores, organização de fluxos assistenciais e administrativos, mediação de demandas e conflitos, além de ações relacionadas à implementação do novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) e à preparação e acompanhamento do ciclo de Accountability 2026.

A atuação da Supervisão ocorreu de forma articulada às necessidades identificadas no território, buscando não apenas acompanhar resultados e demandas das unidades, mas apoiar gestores e equipes na análise das fragilidades, definição de prioridades e construção de estratégias de intervenção. Sua atuação pode ser categorizada em eixos, conforme o quadro abaixo.

EIXO DE ATUAÇÃO	PRINCIPAIS AÇÕES DESENVOLVIDAS
Monitoramento e indicadores	Análise de indicadores contratuais, assistenciais, Accountability e financiamento; devolutivas aos gestores; elaboração e acompanhamento de planos de intervenção.
Accountability 2026	Preparação das unidades, análise de dados, revisão das apresentações, participação nos seminários e pactuação de estratégias de melhoria.
Apoio à gestão	Acolhimento de novos gestores, orientação sobre processos gerenciais, revisão de agendas e fluxos e apoio à organização das unidades.
Gestão de pessoas	Processos seletivos, transferências, reposição de profissionais, definição de RT e acompanhamento de transições gerenciais.
Processos de trabalho	Reorganização de fluxos assistenciais e administrativos, agendas, registros e acompanhamento das reuniões de equipe.
Saúde Bucal	Análise dos indicadores A7 e D8, discussão com equipes e gestores, elaboração de planos de intervenção e programação de reavaliação.

Qualificação profissional	Capacitação para implantação da teleconsulta na unidade piloto.
Mediação e relações de trabalho	Escuta de profissionais e gestores, mediação de conflitos e apoio aos encaminhamentos.
Ações institucionais e estratégicas	Acompanhamento de visitas do TCM e CREMERJ, Dia D de Vacinação e demandas estruturais e administrativas.

Monitoramento de indicadores e qualificação dos processos de trabalho

O monitoramento dos indicadores constitui um dos principais eixos de atuação da Supervisão. Foi realizada a avaliação dos resultados contratuais referentes ao mês de agosto, com devolutiva individualizada aos gestores das unidades que apresentaram alcance parcial ou não atingiram as metas pactuadas.

A partir dessas análises, foram discutidos os fatores relacionados ao desempenho dos indicadores e pactuadas estratégias de intervenção e acompanhamento. As visitas técnicas possibilitaram ainda a revisão de agendas, fluxos e registros, bem como a construção e o acompanhamento de planos de intervenção, com definição de ações, responsáveis e prazos para execução.

Entre os temas priorizados estiveram indicadores relacionados ao pré-natal, puericultura, hipertensão arterial, sífilis na gestação, exame colpocitológico e Saúde Bucal, além das Variáveis 1, 2 e 3 do contrato de gestão e dos indicadores relacionados ao financiamento da Atenção Primária.

No contexto das mudanças relacionadas ao novo modelo de financiamento da APS, foram promovidos espaços de discussão com os gestores acerca das principais alterações e de seus impactos sobre os indicadores e processos de trabalho. Também foram abordadas 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.

Accountability e apoio ao desenvolvimento da gestão

A preparação e o acompanhamento do ciclo de Accountability 2026 constituíram importante frente de trabalho durante o mês. Foi realizada reunião de gestores com foco no tema, possibilitando a discussão dos resultados das unidades, identificação das principais fragilidades e pactuação de estratégias de melhoria.

A Supervisão acompanhou os Seminários de Gestão – Accountability, espaços nos quais as unidades, além da prestação de contas, realizam processo de autoavaliação, apresentando o alcance dos objetivos estabelecidos, os principais desafios encontrados no período e as propostas para melhoria dos resultados.

Nesse processo, a Supervisão apoiou as unidades desde a preparação dos seminários, por meio da organização e análise dos dados, revisão das apresentações e discussão dos indicadores, até a realização dos encontros, participando da análise das informações em saúde e da definição de estratégias de intervenção. Em razão da realização do ciclo de Accountability, o tema também esteve presente de forma transversal nas visitas técnicas realizadas ao longo do mês.

Gestão de pessoas e fortalecimento das equipes

No âmbito da gestão de pessoas, a Supervisão atuou no acompanhamento das necessidades relacionadas à composição e organização das equipes. Foram realizados acolhimento e integração de novos gestores na CF Luiz Célio Pereira e no CMS Milton Fontes Magarão, com orientações acerca dos principais fluxos administrativos, de Recursos Humanos, acompanhamento de indicadores e organização dos processos de gestão.

Também foram conduzidos processos seletivos para profissionais administrativos e técnicos de enfermagem, contribuindo para a recomposição do quadro profissional das unidades.

A atuação contemplou ainda demandas relacionadas a transferências, contratações, reposição de profissionais, definição de Responsáveis Técnicos e apoio a profissionais em processo de transição para funções gerenciais, considerando as necessidades específicas das unidades e a organização do território.

Mediação de demandas e apoio às relações de trabalho

A Supervisão atuou na mediação de situações relacionadas às relações e aos processos de trabalho, realizando escuta de profissionais e gestores, acompanhamento de conflitos e apoio à definição dos encaminhamentos necessários.

As intervenções buscaram fortalecer o diálogo entre os diferentes atores envolvidos, apoiar os gestores na condução das situações identificadas e contribuir para a organização dos processos de trabalho e das relações entre as equipes.

Acompanhamento e qualificação da Saúde Bucal

A Saúde Bucal também foi objeto de acompanhamento específico nas unidades que apresentaram fragilidades em seus indicadores. Foram realizadas reuniões com gestores, cirurgiões-dentistas e equipes técnicas para análise dos resultados e identificação dos principais pontos críticos relacionados ao processo de trabalho.

A partir das análises, foram pactuadas estratégias e elaborados planos de intervenção direcionados à melhoria dos indicadores, incluindo os indicadores A7 e D8, com definição de ações e previsão de retorno às unidades para acompanhamento das medidas implementadas e avaliação da evolução dos resultados.

Organização dos serviços e acompanhamento de ações institucionais

A atuação da Supervisão contemplou ainda o acompanhamento da organização dos serviços e dos fluxos internos das unidades, incluindo avaliação de agendas profissionais, ampliação da oferta assistencial, correção de inconsistências de registros e reorganização de processos administrativos e assistenciais.

Foram acompanhadas demandas estruturais, de almoxarifado e Recursos Humanos, bem como ações relacionadas à organização do Dia D de Vacinação e ao Projeto de Monitoramento das Reuniões de Equipe da CAP 3.2.

No período, a Supervisão também acompanhou visitas institucionais realizadas pelo Tribunal de Contas do Município (TCM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de

Janeiro (CREMERJ), apoiando as unidades na identificação e condução das adequações e encaminhamentos necessários.

As ações desenvolvidas ao longo do período evidenciam a atuação da Supervisão de Território da CAP 3.2 como instância de apoio técnico e gerencial às unidades, articulando o monitoramento dos resultados à intervenção sobre as fragilidades identificadas e à qualificação contínua dos processos de gestão e assistência.
Para além do acompanhamento dos indicadores, a atuação esteve direcionada ao fortalecimento da capacidade de análise e gestão das equipes locais, ao desenvolvimento dos profissionais, à organização dos processos de trabalho e à resposta às demandas assistenciais, administrativas e emergenciais do território.

Dessa forma, as atividades realizadas no período contribuíram para o acompanhamento sistemático do desempenho das unidades, a definição de estratégias de melhoria e o fortalecimento da gestão e da assistência no âmbito da AP 3.2.

Dentre as visitas realizadas, destacam-se:

CF Luiz Célio Pereira
Acompanhamento sistemático da unidade, contemplando acolhimento e integração do novo gestor, orientação sobre fluxos de Recursos Humanos e processos administrativos, análise dos indicadores contratuais e de financiamento, avaliação das agendas profissionais e identificação de inconsistências nos registros. O acompanhamento teve continuidade com análise das fragilidades das Variáveis 1 e 2 e pactuação de estratégias para qualificação dos processos de trabalho e melhoria dos resultados.

CF Erivaldo Fernandes Nóbrega
Acompanhamento dos indicadores de Saúde Bucal, com análise conjunta com a gestão e a equipe, identificação de pontos críticos do processo de trabalho e elaboração de plano de intervenção, com pactuação de ações e programação de retorno para avaliação dos resultados. A atuação na unidade também contemplou apoio à gestão na mediação de demandas relacionadas às relações de trabalho.

CMS Renato Rocco
Reorganização do processo de trabalho e qualificação dos indicadores de Saúde Bucal, realizada reunião com a gestão e a equipe de Saúde Bucal do CMS Renato Rocco para análise

dos indicadores e definição de estratégias de intervenção, com foco na reorganização dos processos de trabalho e das agendas odontológicas e na ampliação do acesso às linhas de cuidado prioritárias.

A partir da análise das fragilidades identificadas, foram pactuadas ações específicas para o acompanhamento de gestantes, crianças, pessoas com diabetes e usuários em tratamento de tuberculose, incluindo reorganização das agendas, busca ativa por meio de listas nominais, integração das ações de Saúde Bucal às reuniões de equipe e priorização do acesso ao atendimento odontológico.

Entre as estratégias definidas, destacam-se o agendamento odontológico das gestantes preferencialmente no mesmo dia do pré-natal, o acompanhamento oportuno das crianças menores de dois anos, a inclusão de pessoas com diabetes na primeira consulta odontológica e a organização de oferta específica para usuários em acompanhamento de tuberculose.

As ações pactuadas permanecerão sob monitoramento da equipe, com acompanhamento dos resultados e discussão periódica das pendências, fortalecendo a integração da Saúde Bucal às demais linhas de cuidado e a utilização dos indicadores como instrumento para reorganização da assistência.

CMS César Pernetta

Apoio à elaboração e acompanhamento do Plano de Intervenção dos indicadores do contrato de gestão e do Accountability, com definição de estratégias para melhoria dos resultados. No período, a Supervisão também acompanhou visitas institucionais do Tribunal de Contas do Município (TCM) e do CREMERJ, apoiando a unidade nos ajustes e encaminhamentos necessários, além de participar do Seminário de Accountability.

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

Projeto CAP - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões de Equipes
Unidade – CF Bárbara Starfield Supervisor – Rodrigo Data da Visita Técnica – 06/08/2026 Atividade – Monitoramento de indicadores com a participação nas reuniões das equipes.
Projeto CAP - Monitoramento de Indicadores e Qualificação das Reuniões de Equipes
Unidade – CMS Milton Fontes Magarão Supervisor(s) – Amanda Data da Visita Técnica – 06/08/2026 Atividade – Monitoramento de indicadores com a participação nas reuniões das equipes.
Reunião por Meet – Alinhamento E-multi
Supervisor(s) – Amanda, Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica – 20/08/2026 Atividade – Foi realizada reunião com o supervisor da equipe e-Multi e os gestores das unidades para tratar da reformulação e do novo panorama das equipes a partir de setembro/2026
DIA D DE MULTIVACINAÇÃO
Supervisor(s) – Amanda, Marianna e Rodrigo Data da Visita Técnica – 22/08/2026 Atividade – Apoio às unidades de saúde e a um ponto de vacinação externo por ocasião da Campanha de Multivacinação 2026, no âmbito do Dia D de Vacinação.

Fonte: elaboração própria

REGISTROS FOTOGRÁFICOS DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Figura 1 – Visita – CF Bárbara Starfield



Figura 1 – Visita – CMS Milton Fontes Magarão



Figura 3 – Visita dia D – CF Emygdio Alves Costa Filho



Gestão de Estoque e Qualidade do Abastecimento.

No âmbito das ações de gestão desenvolvidas pelo IGEDES, iniciou-se a estruturação de um modelo de gestão de estoques e qualificação do abastecimento das unidades de Atenção Primária à Saúde, com foco na produção de informações confiáveis sobre o consumo de materiais, no aprimoramento do planejamento das aquisições e na prevenção de situações de desabastecimento.

Como etapa fundamental desse processo, foi realizado o acompanhamento das baixas de materiais registradas no SIGMA, considerando a necessidade de assegurar que as movimentações de estoque reflitam adequadamente o consumo de cada unidade. Desde 13 de julho, as 25 unidades passaram a utilizar código específico no campo Unidade Consumidora, em substituição à matrícula anteriormente utilizada, mantendo-se o fluxo de registro por meio da Nota de Requisição de Material Não Informatizada. Também foi orientada a realização das baixas com periodicidade mínima semanal.

Para avaliar a adesão ao novo fluxo, foram analisadas as movimentações realizadas entre 13 de julho e 24 de agosto, a partir dos relatórios das 25 unidades. A análise contemplou 1.463 Notas de Requisição, correspondentes às baixas efetivas de materiais, avaliando dois aspectos

principais: a utilização correta do código da Unidade Consumidora e a regularidade semanal dos registros.

Quanto à qualidade dos registros, observou-se elevada adesão ao novo procedimento: 1.369 das 1.463 baixas foram realizadas com o código estabelecido, correspondendo a 93,6% de conformidade. Quatorze unidades não apresentaram qualquer divergência durante o período. Foram identificadas ainda situações de erro pontual imediatamente após a implantação, posteriormente corrigidas pelas próprias unidades, além de quatro unidades que permaneceram apresentando inconsistências e foram identificadas para acompanhamento e orientação individualizada.

A análise da periodicidade das baixas, entretanto, demonstrou maior necessidade de intervenção. Apenas 7 das 25 unidades apresentaram registros em todas as seis semanas avaliadas. Também foram identificadas cinco unidades sem movimentação há mais de três semanas e situações de concentração de grande número de baixas em um único dia após períodos prolongados sem registros. Esses achados reforçam a importância de avaliar não somente a existência da baixa no sistema, mas também sua regularidade ao longo do tempo.

O monitoramento permitiu, portanto, identificar diferentes padrões de utilização do SIGMA e direcionar as ações de apoio às unidades que apresentam maior necessidade de adequação. Como encaminhamento, foram previstas orientações individualizadas às unidades com inconsistências na utilização dos códigos e àquelas com longos períodos sem registro de movimentação, além da realização de novos ciclos de monitoramento para avaliação da evolução da adesão ao fluxo estabelecido.

A iniciativa integra a construção de um modelo de gestão de estoque orientado por dados, no qual o registro sistemático e qualificado das baixas permitirá ampliar a confiabilidade das informações sobre o consumo das unidades. A consolidação dessa base de dados deverá subsidiar a análise do perfil e da velocidade de consumo dos materiais, o dimensionamento das necessidades e o planejamento mais adequado das compras, contribuindo para reduzir compras incompatíveis com a demanda, melhorar a distribuição dos insumos e prevenir situações de desabastecimento nas unidades de APS.

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 **agosto 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 **agosto** de 2026.

Análise Assistencial Variável 1 – Competência AGOSTO 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	1259	98,28%	SIM
		D	1281		
03 - Estrutura para impressão de documentos assistenciais	**95%**	N	398	100,00%	SIM
		D	398		
04 - Abastecimento regular das unidades	**95%**	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
05 - Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	**95%**	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
06 - Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)	**100%**	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
07 - Proporção de equipes ESF que receberam mensalmente por e-mail pela OSS o resultado dos indicadores de desempenho (variável 2 e 3) de sua equipe	**100%**	N	1281	100,00%	SIM
		D	1281		
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	628	96,47%	SIM
		D	651		
11 - Proporção de cura de Tuberculose	**90%**	N	37	97,37%	SIM

		D	38		
12 - Acompanhamento de Sífilis na Gestação	90%	N	12	70,59%	NÃO
		D	17		
13 - Proporção de Consultas de Pré-natal com mais de 7 ou mais consultas	85%	N	138	84,66%	NÃO
		D	163		
14 - Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	90%	N	452388	99,53%	SIM
		D	454507		
15 - Manutenção dos Colegiados Gestores	95%	N	25	100,00%	SIM
		D	25		
16 - Rotatividade de profissionais nas equipes	≤ 5	N	12,5	1,01	SIM
		D	1237		
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	136	100,00%	SIM
		D	136		
19 - Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	100%	N	1463	12,64%	NSA*
		D	11578		

Fonte: PEP/VitaCare, competência: 01/08/2026 a 31/08/2026.

***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 **agosto 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%	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				

Tabela 2-Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

O presente indicador mensura a conformidade das Unidades de Atenção Primária (UAP) quanto à manutenção das Comissões de Revisão de Prontuários (CRP). A constituição e o funcionamento das CRP estão em conformidade com a Resolução nº 41/1992 do CREMERJ e a Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que estabelecem a obrigatoriedade da constituição dessas comissões nas instituições de saúde.

De acordo com a Resolução nº 1.638/2002 do CFM, o prontuário do paciente é compreendido como um documento único, constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações relacionados à saúde do paciente e à assistência prestada. Possui caráter legal, sigiloso e científico, sendo fundamental para a comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional e para a garantia da continuidade do cuidado.

Nesse contexto, o prontuário constitui uma importante ferramenta para a avaliação da qualidade da assistência, o apoio à tomada de decisões clínicas, a continuidade do cuidado e a promoção da segurança do paciente. A atuação sistemática das Comissões de Revisão de Prontuários contribui, ainda, para a identificação de oportunidades de melhoria e para o aprimoramento dos processos assistenciais e de registro em saúde.

Com o objetivo de fortalecer e acompanhar a atuação das comissões instituídas nas UAP, a Gerência de Planejamento IGEDES (GPI) desenvolveu roteiros estruturados de avaliação organizados por linhas de cuidado. Esses instrumentos favorecem a análise qualitativa dos

prontuários, possibilitando a identificação de não conformidades, a orientação das equipes e o direcionamento de ações de melhoria dos processos de trabalho, repercutindo positivamente na qualidade e na segurança da assistência prestada.

No mês de **agosto** de 2026, foi alcançado o resultado de **100%** de manutenção das Comissões de Revisão de Prontuários nas Unidades de Atenção Primária, evidenciando a adesão integral das unidades ao processo e o fortalecimento das práticas de monitoramento e qualificação dos registros assistenciais.

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%	98,28%		
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

O presente indicador tem como objetivo acompanhar a regularidade do cadastro dos colaboradores, verificando a correspondência entre os profissionais registrados no Prontuário Eletrônico (PEP) e aqueles efetivamente atuantes nas Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Saúde Bucal (eSB), bem como sua devida vinculação ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Dessa forma, busca-se assegurar a confiabilidade das informações cadastrais e a adequada distribuição dos profissionais, fortalecendo o indicador como instrumento de gestão e de monitoramento da força de trabalho. 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 e o monitoramento contínuo dos registros no PEP, com foco na correção, atualização e compatibilização permanente das informações.

Para a manutenção da conformidade do indicador, as movimentações ocorridas ao longo do período são verificadas semanalmente pela equipe de Planejamento, mediante análise e

validação dos logins solicitados pelas Unidades de Atenção Primária (UAP). As possíveis divergências identificadas são encaminhadas às respectivas unidades para correção. Após a regularização das informações, é dada continuidade ao processo de criação dos logins necessários aos novos profissionais, garantindo sua correspondência com os registros do CNES, que é atualizado diariamente pela equipe da DICA da CAP 3.2.

Da mesma forma, os logins de profissionais desligados são desativados no sistema mediante solicitação da Unidade de Saúde ou por acionamento da equipe de Planejamento junto ao suporte do Prontuário Eletrônico. A variação observada no indicador está diretamente relacionada ao fluxo de entrada e saída de profissionais, bem como às transferências e demais movimentações funcionais ocorridas durante o mês.

Como parte do processo de validação, os arquivos XML disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e atualizados no Prontuário Eletrônico ao longo do mês são utilizados para a comparação dos cadastros de profissionais entre o SCNES e o VitaCare (PEP). Em razão do volume de movimentações e das diferentes etapas necessárias para a atualização e processamento desses arquivos, podem ocorrer divergências temporárias durante o período de acompanhamento, as quais podem permanecer até o fechamento mensal ou trimestral do indicador.

No mês de **agosto** de 2026, foi alcançado o percentual de **98,28%** de acompanhamento do cadastramento e atualização dos profissionais no SCNES, demonstrando elevado nível de conformidade e efetividade das ações de monitoramento realizadas pelas equipes envolvidas.

INDICADOR 03: Estrutura para impressão de documentos assistenciais

3. PERCENTUAL DE CONSULTÓRIOS COM IMPRESSORAS FUNCIONANDO				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
95%	100,00%	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				

Tabela 4- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

O presente indicador monitor a disponibilidade e a funcionalidade dos equipamentos de impressão nos consultórios e demais ambientes estratégicos das Unidades de Atenção Primária (UAP), considerando esse recurso como um componente importante para a resolutividade assistencial e a eficiência dos processos de trabalho.

A adequada impressão dos documentos gerados durante os atendimentos, tais como receitas, solicitações de exames, encaminhamentos e orientações aos usuários, é fundamental para garantir comunicação clara, segura e eficaz entre os profissionais de saúde, a instituição e os usuários do serviço. A qualidade e a legibilidade dessas informações estão diretamente relacionadas às práticas de Segurança do Paciente, uma vez que documentos ilegíveis ou com falhas de impressão podem favorecer interpretações equivocadas e comprometer a continuidade do cuidado.

A informatização dos consultórios contribui para a agilidade dos processos assistenciais, reduzindo atrasos relacionados ao atendimento, à prescrição e à dispensação de medicamentos, além de minimizar riscos associados à dificuldade de interpretação da escrita manual. Entretanto, a utilização de recursos informatizados deve estar acompanhada de uma infraestrutura adequada para impressão, garantindo que os documentos produzidos apresentem qualidade e legibilidade suficientes para sua utilização pelos usuários e profissionais.

Esse cuidado também se aplica à impressão de solicitações, laudos e resultados de exames, cuja clareza é indispensável para sua correta interpretação e utilização na tomada de decisões clínicas. Nesse contexto, o indicador avalia a existência de estrutura adequada para a impressão de documentos assistenciais, considerando a disponibilidade de equipamentos em pleno funcionamento ou de impressoras em rede capazes de atender às necessidades dos consultórios e salas estratégicas.

O IGEDES mantém acompanhamento contínuo dessa estrutura, buscando identificar e solucionar eventuais indisponibilidades ou falhas nos equipamentos, de modo a assegurar a continuidade dos processos assistenciais e administrativos e contribuir para a qualidade e segurança do atendimento prestado.

No mês de **agosto** de 2026, **100%** das Unidades de Atenção Primária avaliaram positivamente a disponibilidade da estrutura necessária para a impressão de documentos assistenciais,

demonstrando plena conformidade do indicador no período e evidenciando a efetividade das ações de acompanhamento e manutenção da infraestrutura de impressão nas unidades.

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%	100,00%		
Cálculo do Indicador: Nº de declarações de abastecimento adequado / Nº de unidades recebendo apoio à gestão x 100. **Fonte:** PEP VITACARE **Periodicidade da avaliação:** Trimestral				

Tabela 5- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

O presente indicador mensura a regularidade do abastecimento e a adequada provisão de recursos nas Unidades de Atenção Primária (UAP), por meio de declaração formal mensal emitida pelos gestores das unidades. Seu acompanhamento é fundamental para assegurar a disponibilidade dos insumos e recursos necessários ao desenvolvimento das atividades assistenciais e administrativas, contribuindo diretamente para a qualidade dos serviços de saúde prestados.

A regularidade do abastecimento exerce impacto significativo sobre o funcionamento dos serviços de saúde e sobre a percepção de qualidade por parte dos profissionais e da população usuária, refletindo-se nas condições de trabalho das equipes e na capacidade de resposta às necessidades de saúde do território (Infante, 2007).
Nesse contexto, o IGEDES atua de forma contínua no monitoramento e aprimoramento dos processos relacionados ao abastecimento das Unidades de Atenção Primária da AP 3.2, buscando fortalecer os fluxos internos, antecipar possíveis necessidades e garantir a adequada provisão de recursos. Essas ações têm como finalidade assegurar condições favoráveis para a execução das atividades assistenciais, contribuindo para a continuidade do cuidado e para a melhoria dos resultados em saúde.

No mês de **agosto** de 2026, o indicador de regularidade do abastecimento alcançou **100%** das Unidades de Atenção Primária, demonstrando resultado positivo e plena conformidade no período avaliado.

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%	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				

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 **agosto** 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%	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 **agosto** 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%	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 **agosto** 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	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	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%	96,47%		

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 (UAP) quanto à qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados. Esse acompanhamento tem como principal finalidade obter informações que subsidiem a melhoria contínua dos processos, promovendo maior eficiência na execução dos serviços de saúde e assegurando condições adequadas para o desenvolvimento das atividades pelas equipes e para o atendimento à população.

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

No mês de **agosto** de 2026, o indicador de qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados alcançou **96,47%,** evidenciando resultado global satisfatório no período. A análise individualizada das unidades, entretanto, identificou resultados inferiores à média geral, indicando fragilidades pontuais que requerem acompanhamento e adoção de medidas para qualificação dos serviços prestados. Resultados inferiores serão priorizados para análise, visando à identificação dos itens e serviços que impactaram negativamente as avaliações e das causas associadas às não conformidades identificadas.

Como estratégia de intervenção, o IGEDES realizará acompanhamento direcionado às unidades com maior criticidade, em articulação com os respectivos gestores, para análise das fragilidades apontadas, definição dos encaminhamentos necessários e acompanhamento das medidas corretivas junto às áreas responsáveis. A atuação buscará assegurar o tratamento das pendências identificadas e monitorar a evolução dos resultados nos períodos subsequentes.

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%	97,37%		

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

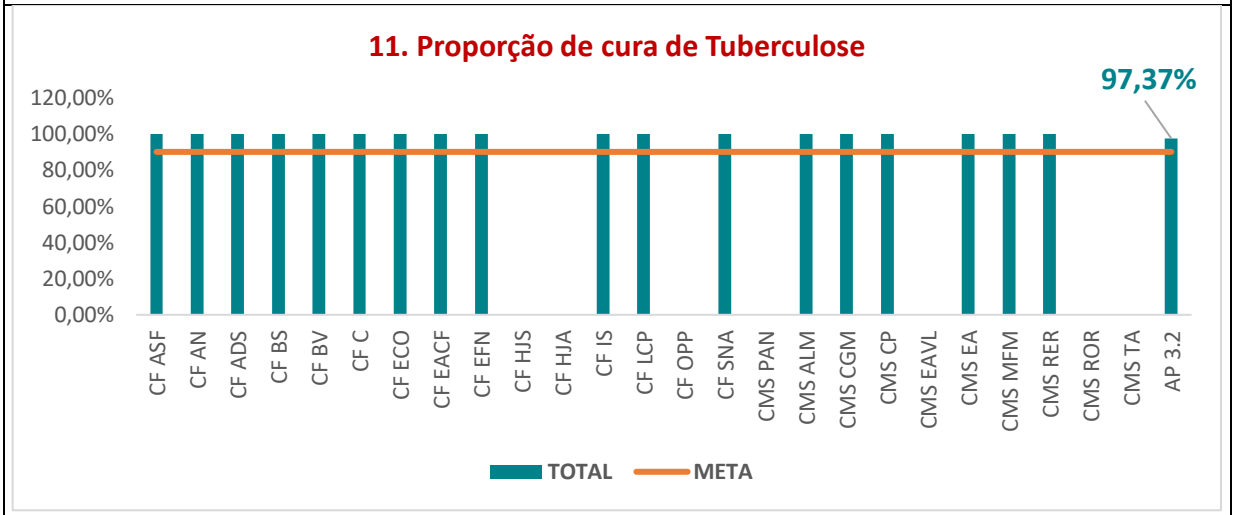


Tabela 12- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

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

No mês de **agosto** de 2026, a AP 3.2 apresentou percentual de cura de tuberculose de **97,37%,** permanecendo acima da meta pactuada para o indicador, estabelecida em 90%.

No período analisado, foram encerrados 39 casos de tuberculose no território, sendo 37 com desfecho por cura e 1 com outro desfecho, resultando no desempenho apresentado pela área.

Durante o processo de monitoramento, foram identificadas seis unidades que não apresentaram encerramento de casos de tuberculose no período avaliado, não contribuindo para o cálculo do indicador no mês: CF Herbert José de Souza, CF Honório José de Andrade, CMS Antenor Nascentes, CMS Eduardo A. Vilhena, CMS Rodolpho Rocco e CMS Tia Alice.

Também foram identificadas duas unidades com percentual de cura abaixo da meta pactuada, ambas relacionadas a casos com outros desfechos: CF Olga Pereira Pacheco: 0,00%. Foi identificado um caso de tuberculose que apresentou transferência para a CMS Ariadne Lopes, realizada de forma adequada. O desfecho, entretanto, impactou o resultado do indicador da unidade no período analisado.

Apesar das ocorrências pontuais identificadas no monitoramento, o resultado consolidado da AP 3.2 demonstra desempenho satisfatório, com percentual de cura de 97,37%, superior à meta de 90%. Ressalta-se a importância da continuidade do acompanhamento dos casos pelas equipes, especialmente quanto à atualização e qualificação dos registros nos sistemas e prontuários, bem como ao adequado acompanhamento dos pacientes transferidos, a fim de garantir a correta caracterização dos desfechos e a fidedignidade do indicador.

Obs.: Informo que, na data de exportação dos dados, foi identificada uma inconsistência no prontuário eletrônico que ocasionou divergência no indicador referente a um usuário com tuberculose da unidade CF Izabel dos Santos. O caso não havia sido contabilizado como encerrado por cura na unidade, impactando o resultado do indicador. Diante da inconsistência identificada, foi aberto o chamado #124524, sendo a situação prontamente analisada e corrigida pela equipe do VitaCare, com a devida atualização do registro no prontuário eletrônico.

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%	70,59%		
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				

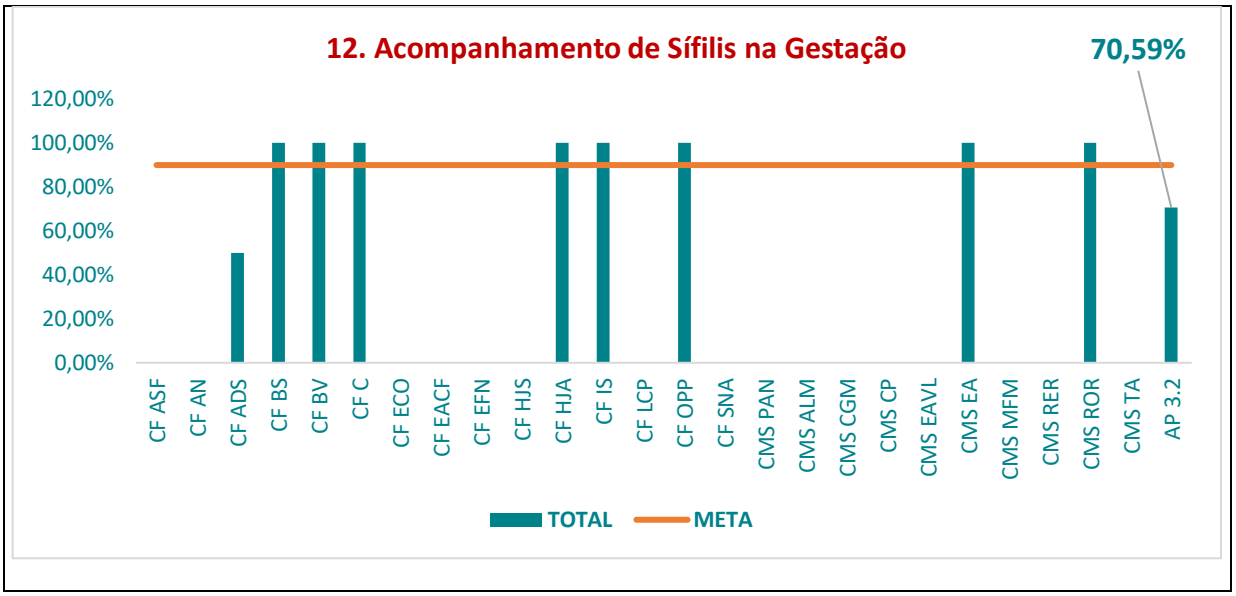


Tabela 13

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

Na análise do indicador de acompanhamento e tratamento adequado da sífilis na gestação, a AP 3.2 apresentou, no mês de **agosto** de 2026, 17 gestantes com encerramento da gestação e diagnóstico de sífilis. Deste total, 12 gestantes apresentaram tratamento adequado, correspondendo a **70,59%,** enquanto 5 gestantes tiveram o tratamento classificado como inadequado pelo sistema.

Durante o monitoramento, foram identificadas 14 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 Anna Nery, CF Emygdio Alves Costa Filho, CF Erivaldo Fernandes Nobrega, CF Herbert José de Souza, CF Luiz Célio Pereira, CMS Antenor Nascentes, CMS Ariadne Lopes de Menezes, CMS Carlos Gentille de Mello, CMS César Pernetta, CMS Eduardo A. Vilhena, CMS Milton Fontes Magarão, CMS Renato Rocco e CMS Tia Alice.

Entre as unidades com casos elegíveis, destacaram-se aquelas que alcançaram 100% de tratamento adequado, demonstrando acompanhamento satisfatório dos casos, cumprimento do esquema terapêutico e qualificação dos registros no prontuário eletrônico.

Em contrapartida, foram identificadas 5 situações classificadas como tratamento inadequado, distribuídas entre a CF Anthídio Dias da Silveira (3 casos), CF Cabo Edney (1 caso) e CF Sérgio Nicolau Amin (1 caso).

A análise individualizada evidenciou que os principais fatores relacionados ao resultado do indicador foram inconsistências nos registros das doses, lançamento incorreto de datas, ausência de informações necessárias no sistema e falhas na atualização do acompanhamento dos casos. Também foram identificadas situações relacionadas a intervalos inadequados entre doses e interrupção do acompanhamento em decorrência de abortamento.

Ressalta-se que, em parte dos casos, o tratamento foi realizado adequadamente, porém o registro no sistema não refletiu a assistência efetivamente realizada, impactando negativamente o resultado do indicador.

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%	84,66%		

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

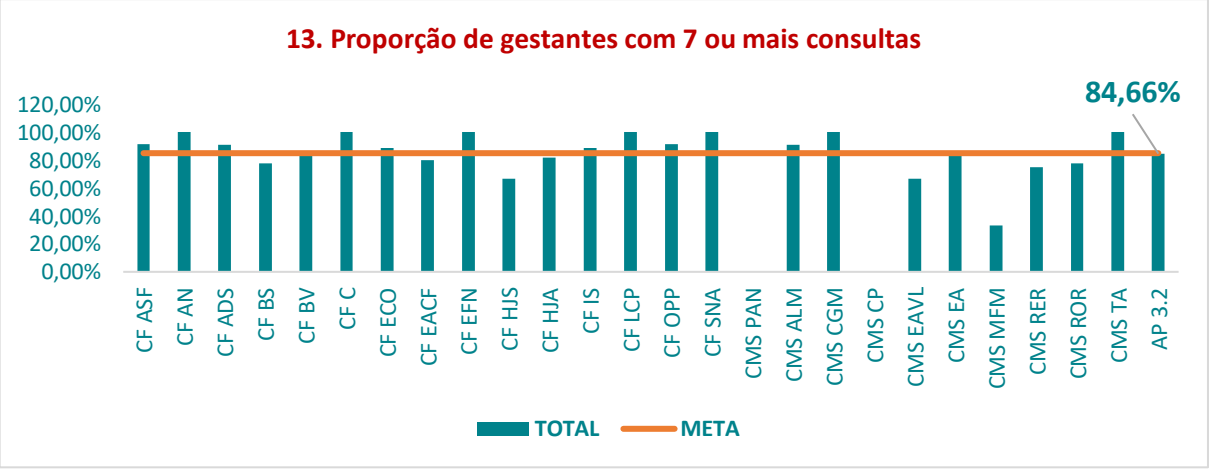


Tabela 14

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

No mês de **agosto** de 2026, foram identificadas na AP 3.2 163 gestantes com encerramento da gestação, das quais 138 apresentaram registro de sete ou mais consultas de pré-natal, correspondendo a **84,66%.** Considerando a meta pactuada de 85%, o resultado mensal apresenta diferença de 0,34 ponto percentual, devendo ser compreendido como resultado parcial de acompanhamento, uma vez que a avaliação do indicador ocorre de forma trimestral.

O monitoramento mensal tem como objetivo acompanhar a evolução do indicador ao longo do trimestre e possibilitar a identificação precoce de fragilidades e a implementação oportuna de ações de intervenção, não representando, portanto, o resultado definitivo do período avaliativo.

Na análise referente a agosto, foram identificadas 25 gestantes com menos de sete consultas de pré-natal registradas até o encerramento da gestação. Entre as unidades com maior número de situações, destacou-se a CF Herbert José de Souza, com três casos, seguida da CF Bárbara Starfield, CF Bibi Vogel, CF Emygdio Alves Costa Filho, CF Honório José de Andrade, CMS Milton Fontes Magarão e CMS Rodolpho Rocco, com dois casos cada. O CMS Antenor Nascentes não apresentou gestantes com encerramento da gestação no período e, portanto, não compôs o resultado mensal do indicador.

A análise individualizada das situações identificadas apontou fragilidades relacionadas à captação e ao acompanhamento oportuno das gestantes, à ocorrência de abortamento em alguns casos, à ausência ou insuficiência de busca ativa diante das faltas às consultas e à necessidade de fortalecimento do monitoramento longitudinal pelas equipes.

A partir desses achados, o acompanhamento ao longo do trimestre deverá priorizar o monitoramento nominal das gestantes, a identificação precoce daquelas com baixa frequência às consultas, a busca ativa diante das faltas e o acompanhamento sistemático da trajetória assistencial. O objetivo é possibilitar intervenções ainda durante o período avaliativo, favorecendo a continuidade do cuidado e a evolução do indicador até o fechamento trimestral.

No resultado mensal de agosto, sete unidades alcançaram 100% no indicador entre as gestantes com encerramento da gestação no período: CF Anna Nery, CF Carioca, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Luiz Célio Pereira, CF Sergio Nicolau Amin, CMS Carlos Gentille de Mello e CMS Tia Alice. Esses resultados também serão acompanhados nos meses

subsequentes, considerando que o desempenho definitivo será aferido no fechamento do trimestre.

Por outro lado, sete unidades alcançaram 100% de desempenho no indicador entre as gestantes com encerramento de gestação no período: CF Anna Nery, CF Carioca, CF Erivaldo Fernandes Nóbrega, CF Luiz Célio Pereira, CF Sérgio Nicolau Amin, CMS Carlos Gentille de Mello e CMS Tia Alice, demonstrando acompanhamento adequado e capacidade de garantir a realização de sete ou mais consultas de pré-natal entre as gestantes acompanhadas.

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%	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 **agosto** 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%	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 constitui um processo essencial para garantir uma gestão participativa, fortalecendo as ações e estratégias desenvolvidas no território de atuação. Esse modelo de gestão compartilhada proporciona um espaço permanente para a troca de ideias, a construção coletiva de soluções e a tomada de decisões colaborativas, contribuindo para a qualificação dos serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde.

No contexto deste indicador, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) VitaCare desempenha 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 respectivas atas. Esse procedimento possibilita o monitoramento contínuo da atuação dos colegiados, além de promover maior transparência e organização dos processos de gestão.

Para que o Colegiado Gestor seja considerado ativo, é necessária a realização de, no mínimo, uma reunião mensal. Esse requisito tem como objetivo assegurar a manutenção de um fluxo contínuo de comunicação entre os membros, favorecendo o alinhamento das ações da unidade às necessidades do território e às demandas da comunidade, bem como garantindo a continuidade das atividades planejadas.

Além disso, as programações das reuniões são compartilhadas regularmente com as lideranças comunitárias, ampliando a participação social no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas unidades.

Essa iniciativa fortalece o vínculo entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para a construção de um modelo de gestão cada vez mais inclusivo, participativo, transparente e alinhado às necessidades do território.

No mês de **agosto** de 2026, todas as 25 unidades realizaram as reuniões de Colegiado Gestor previstas, alcançando **100%** de cumprimento do indicador. O resultado demonstra a manutenção da regularidade dos espaços de gestão participativa e o compromisso das unidades com o fortalecimento da participação social e da gestão compartilhada.

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	1,01		
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 **1,01** no mês de **agosto** 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 **agosto** 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%	100,00%		
Cálculo do Indicador: Nº de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde / Total de escolas da área x 100. **Fonte:** PEP VitaCare **Periodicidade da avaliação:** Mensal **Nota:** Mês não letivo, não será considerado para o trimestre (janeiro e julho).				

Tabela 19- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês **de agosto** de 2026, o indicador de ações do Programa Saúde na Escola (PSE) atingiu **100%,** 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.

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%	12,64%		
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 constitui um indicador que tem como objetivo garantir o acesso dos usuários aos insumos básicos necessários à promoção da saúde bucal, com meta estabelecida em 100%.

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

Com o intuito de aprimorar o controle das entregas e evitar duplicidades, foi adotado o procedimento de extração de listas específicas de usuários que ainda não receberam o kit no trimestre em andamento. Essa estratégia busca qualificar o processo de trabalho das equipes, direcionando as ações aos usuários ainda não contemplados e substituindo a 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, a família não será computada para fins do indicador. Essa condição reforça a necessidade de um controle rigoroso e preciso das entregas, bem como da adequada realização dos registros pelas equipes.

Na avaliação referente ao mês de **agosto** de 2026, a área da Coordenação de Atenção Primária (CAP) 3.2 alcançou o percentual de **12,64%** na distribuição dos kits de higiene oral nas unidades.

Ressalta-se que, em consonância com o alinhamento estabelecido no âmbito da área, durante o mês de agosto não foi orientada a obrigatoriedade da entrega individual do kit de higiene bucal aos usuários vinculados ao indicador. Como estratégia de reorganização das ações, foi estabelecida a utilização dos kits em atividades coletivas, especialmente nas ações de educação em saúde e do Programa Saúde na Escola (PSE), com foco na promoção e prevenção em saúde bucal.

A orientação vigente é que o estoque atualmente disponível seja utilizado de forma planejada e racional nas ações de educação em saúde, Saúde do Escolar, orientação em saúde bucal, escovação supervisionada e demais atividades preventivas desenvolvidas pelas equipes, priorizando intervenções que ampliem o alcance das ações de promoção da saúde bucal no território.

Essa medida decorre de alinhamento administrativo entre a gestão da Organização Social de Saúde (OSS) e a Coordenação de Área, a partir de um reordenamento estratégico dos critérios de utilização e dispensação dos insumos. Nesse contexto, foram revisados os fluxos e critérios relacionados à disponibilização dos materiais, com o objetivo de promover maior racionalização dos recursos, evitar aquisições desnecessárias e contribuir para a sustentabilidade financeira do contrato.

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 agosto de 2026:

UNIDADE	Cadastros Agosto	100% Agosto	100% Completude Agosto
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	30406	30215	**99,37%**
CF ANNA NERY	17085	16710	**97,81%**
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	19756	18719	**94,75%**
CF BARBARA STARFIELD	28420	25491	**89,69%**
CF BIBI VOGEL	21060	19100	**90,69%**
CF CARIOCA	8070	8006	**99,21%**
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	21052	20686	**98,26%**
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	21622	21114	**97,65%**
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	21493	21066	**98,01%**
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	20700	19938	**96,32%**
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	8578	8193	**95,51%**
CF IZABEL DOS SANTOS	20634	20065	**97,24%**
CF LUIZ CELIO PEREIRA	23686	22154	**93,53%**
CF OLGA PEREIRA PACHECO	22663	21328	**94,11%**
CF SERGIO NICOLAU AMIN	18797	17499	**93,09%**
CMS ANTENOR NASCENTES	3899	3806	**97,61%**
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	14504	12661	**87,29%**
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	20852	20442	**98,03%**
CMS CESAR PERNETTA	13223	12253	**92,66%**
CMS EDUARDO A VILHENA LEITE	15455	14587	**94,38%**
CMS ELIZA ABRANTES	15763	14368	**91,15%**
CMS MILTON FONTES MAGARAO	23007	22209	**96,53%**
CMS RENATO ROCCO	14491	14011	**96,69%**
CMS RODOLPHO ROCCO	21783	21171	**97,19%**
CMS TIA ALICE	8102	7517	**92,78%**
TOTAL AP 3.2	455001	433309	**95,23%**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare-Informes Mensais

INDICADORES VARIÁVEL 02

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

INDICADOR A1: Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio Médico de Família.				
META	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TRIMESTRE
>70%	79,90%	79,05%		

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

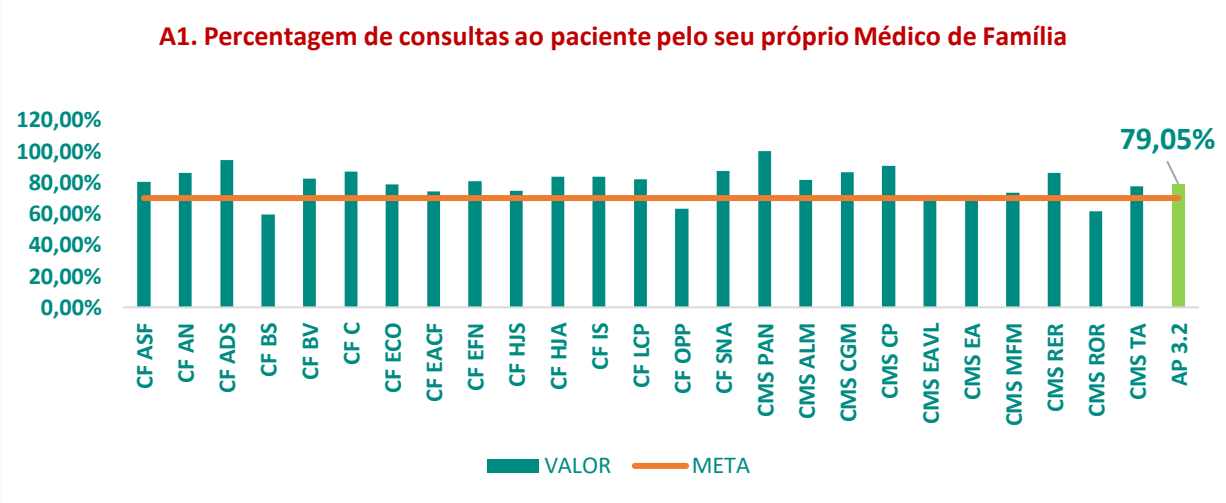


Gráfico 1 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

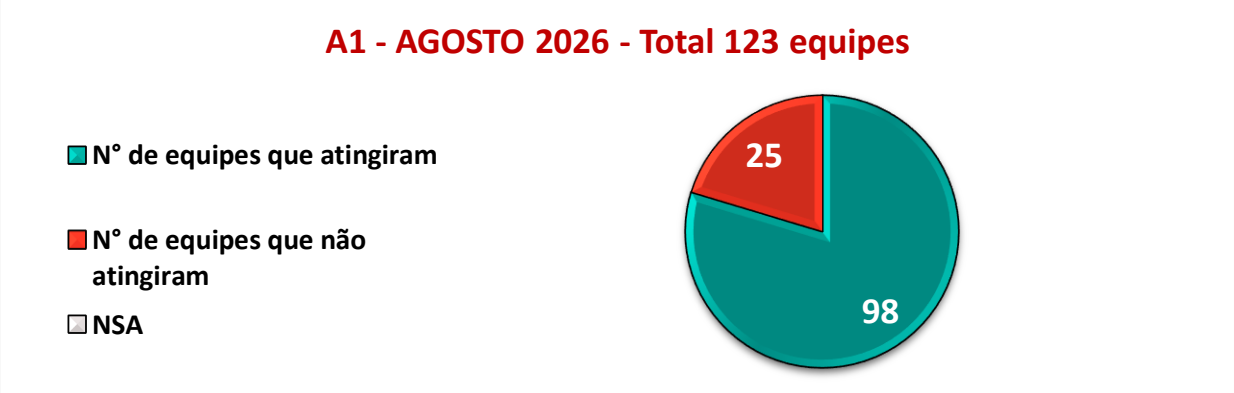


Gráfico 2 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Em **agosto** de 2026, o Indicador A1, que mede a porcentagem de consultas realizadas pelo próprio médico de família do paciente, apresentou média global de **79,05%** 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, **98** alcançaram a meta do indicador, enquanto **25** 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%	69,68%		

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

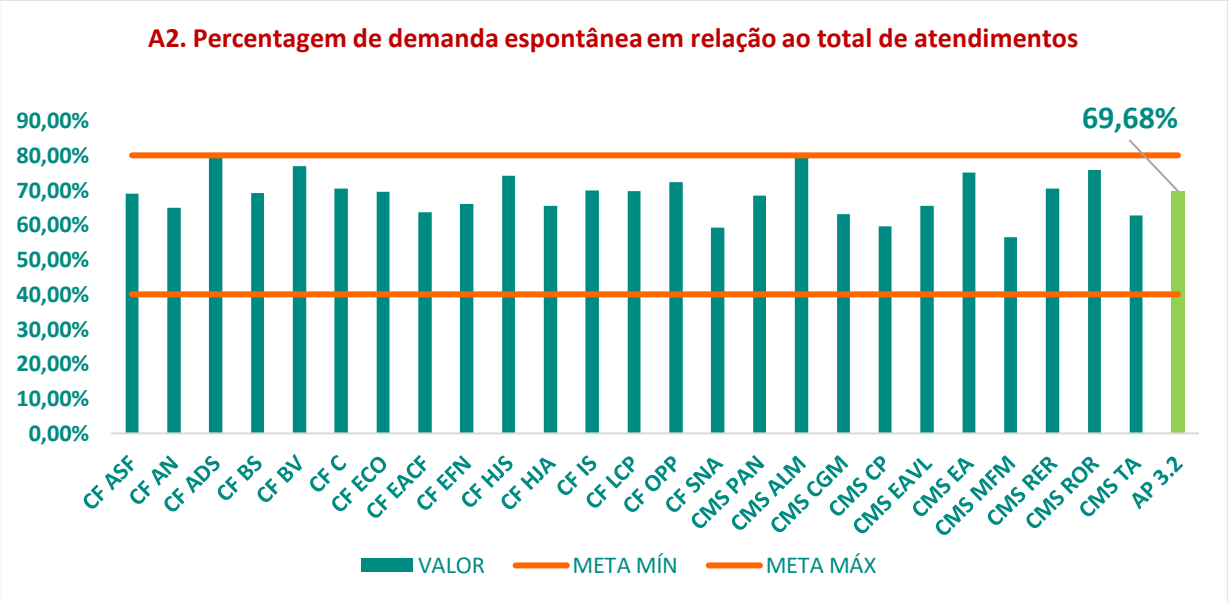


Gráfico 3 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

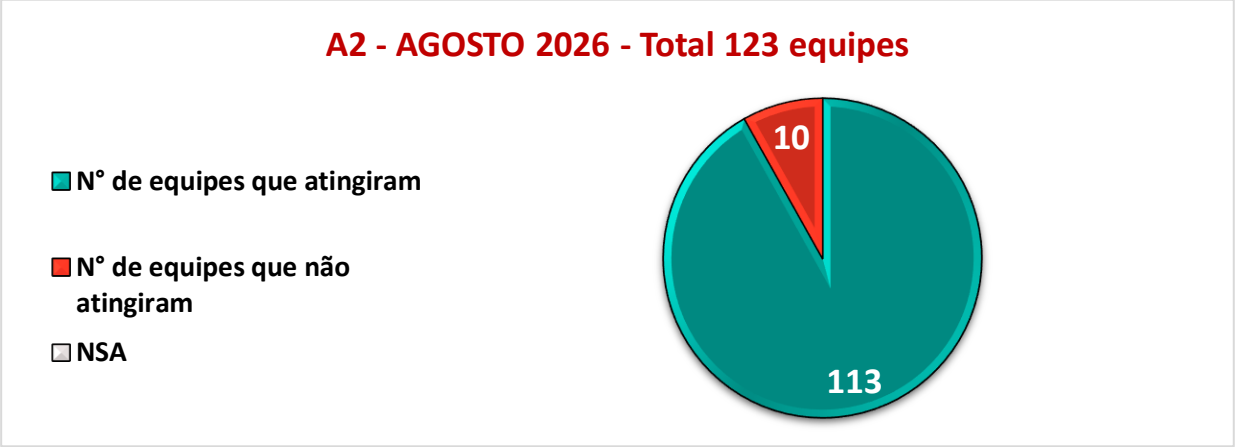


Gráfico 4 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto de 2026** o indicador "Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos" apresentou média global de **69,68%** 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, **113** alcançaram o indicador, enquanto **10** não atingiram a meta estabelecida.

INDICADOR A3: Taxa de visitas domiciliares

INDICADOR A3: Taxa de visitas domiciliares				
META	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TRIMESTRE
Mínimo 360/ 1000	170,43	154,73		

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

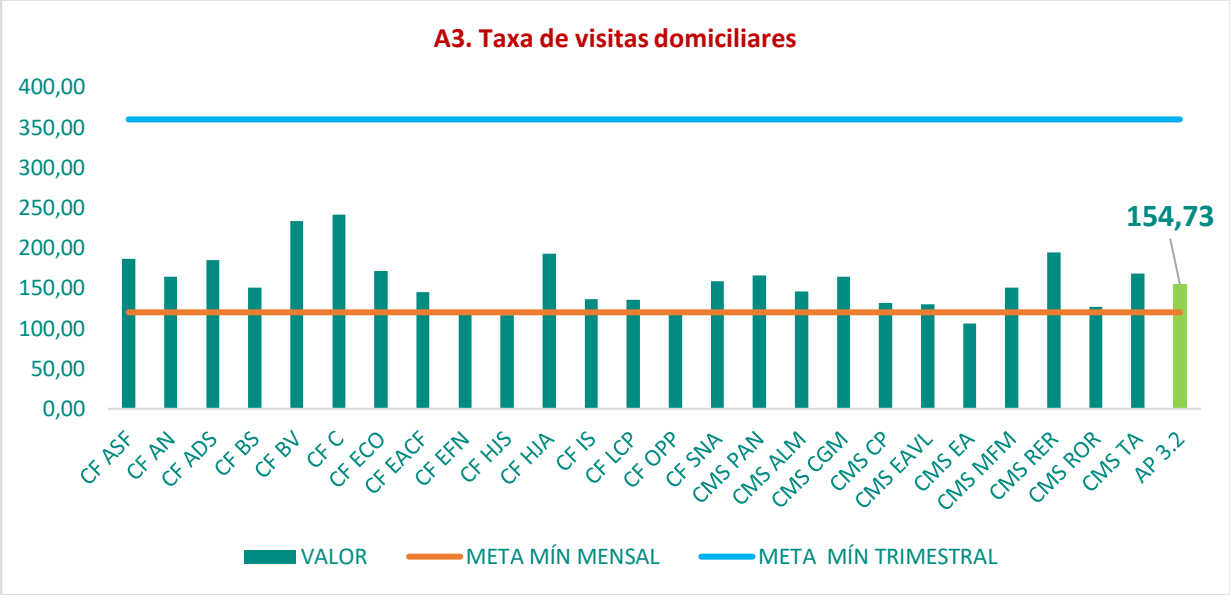


Gráfico 5 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

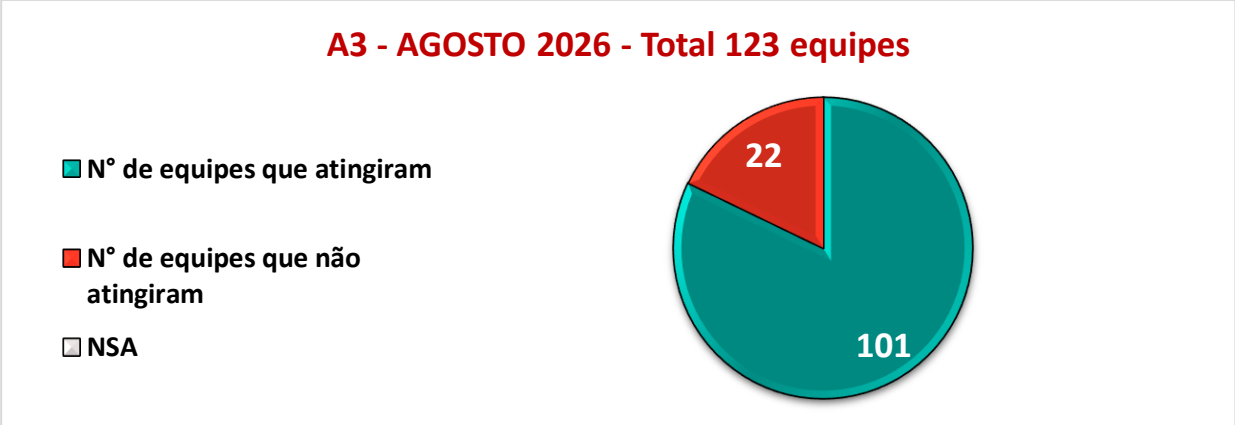


Gráfico 6 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto** de 2026, o indicador "Taxa de visitas domiciliares" apresentou média global de **154,73/ 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, **101** alcançaram quantitativo igual ou superior a 120/1000 visitas no mês de agosto**,** enquanto **22** equipes permaneceram com média proporcional inferior ao esperado.

INDICADOR A4: Taxa de atividades educativas coletivas

INDICADOR A4: Taxa de atividades educativas coletivas				
META	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TRIMESTRE
Mínimo 6/1000 (s/ eSB) ou 12/1000 (c/ eSB)	7,55	7,66		
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				

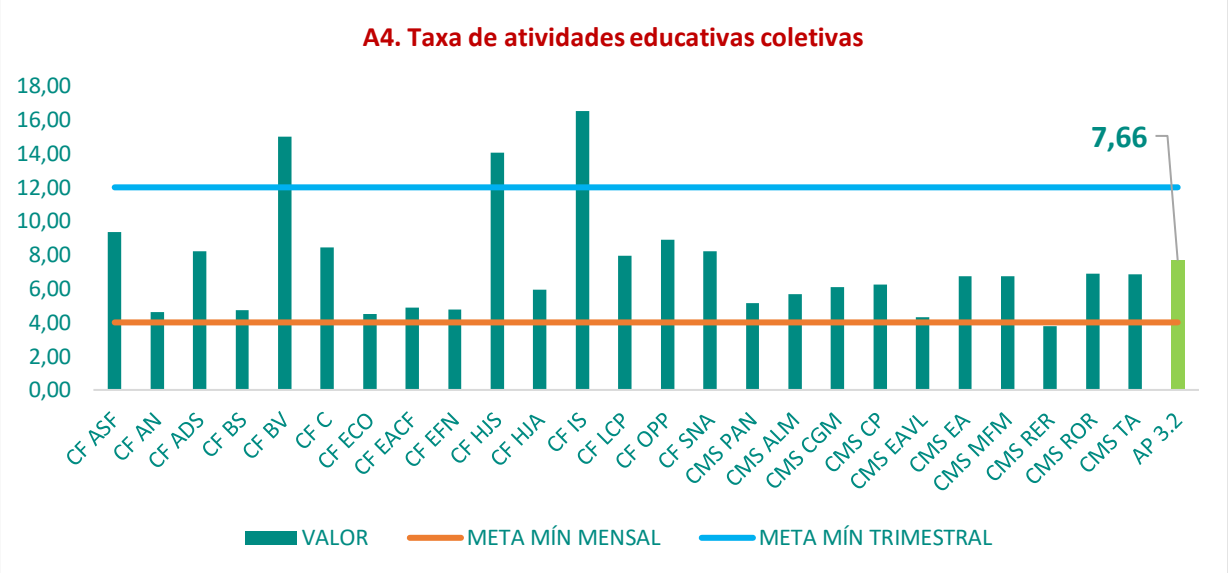


Gráfico 7 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

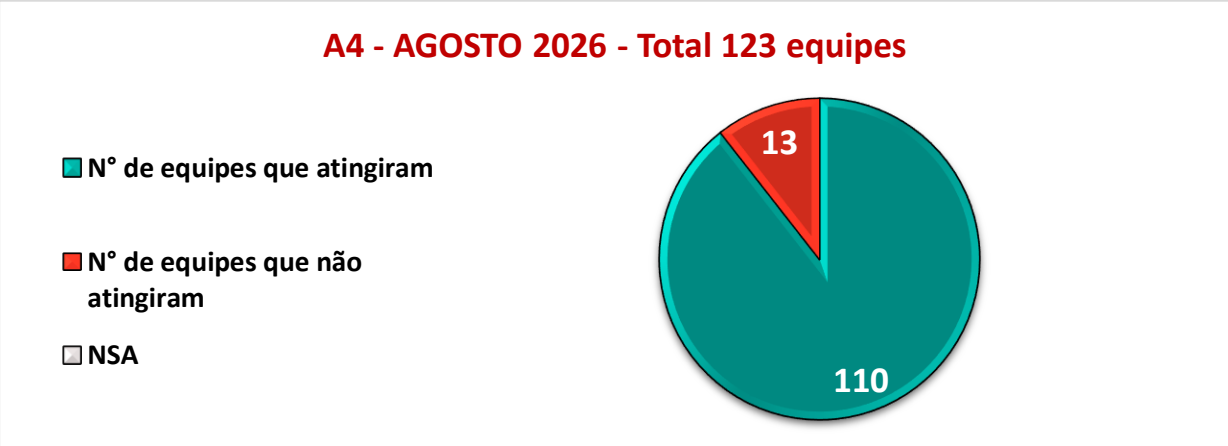


Gráfico 8 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto** de 2026, o indicador "Taxa de atividades educativas coletivas" apresentou média global de **7,66** 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, **110** alcançaram quantitativo igual ou superior a 2/1000 ou 4/1000 no mês de **agosto**, enquanto **13** equipes permaneceram abaixo da meta proporcional estabelecida.

INDICADOR A5: Proporção de ações estratégicas da Carteira de Serviços implementadas

INDICADOR A5: Proporção de ações estratégicas da Carteira de Serviços implementadas				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Mínimo 85%	100,00%	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

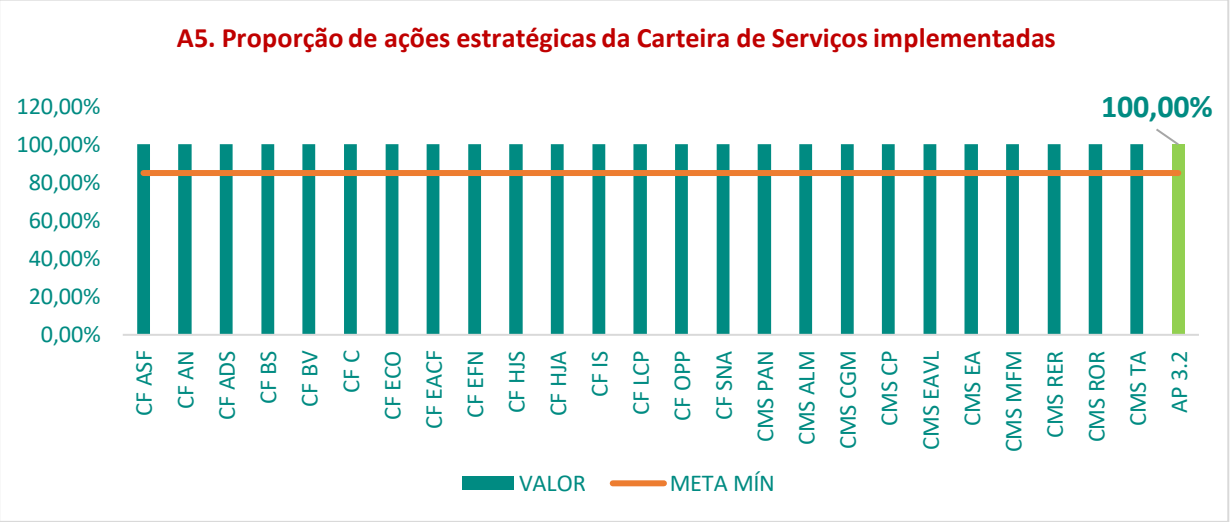


Gráfico 9 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

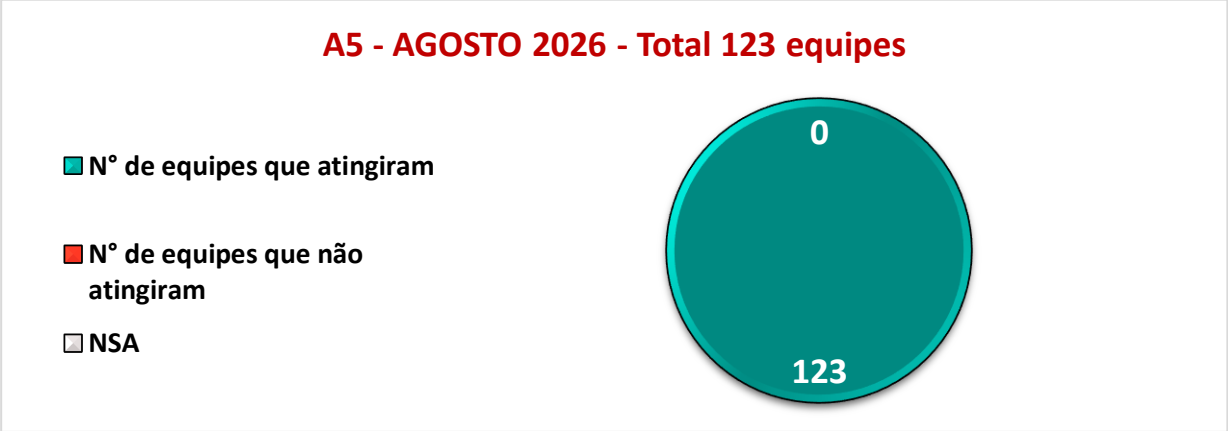


Gráfico 10 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto** 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%	18,15%		
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				

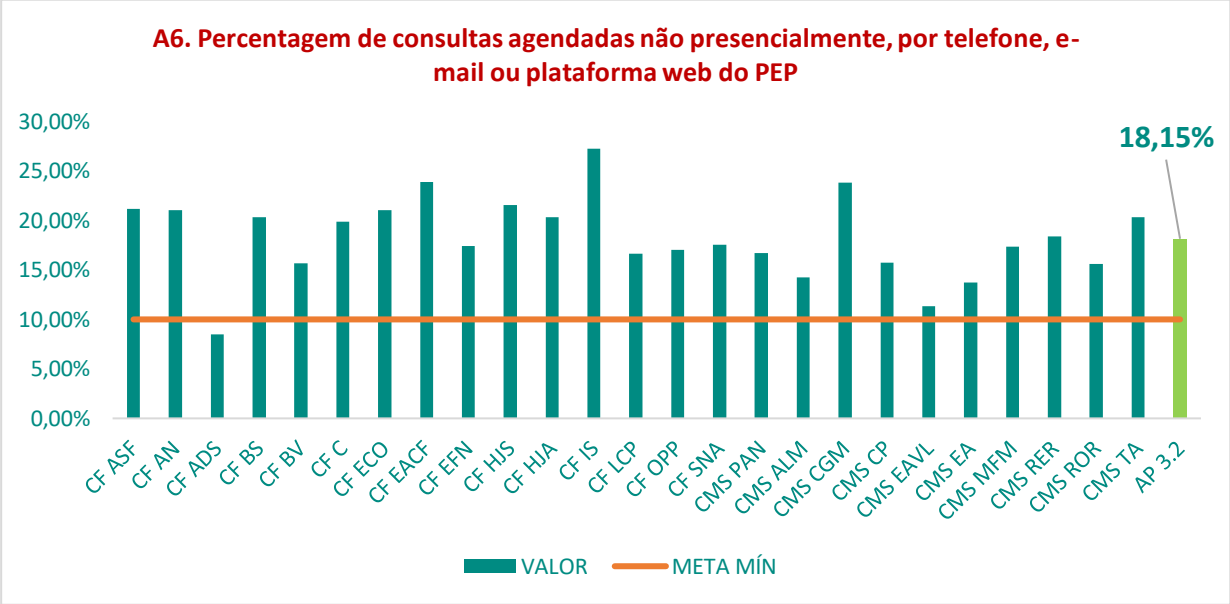


Gráfico 11 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

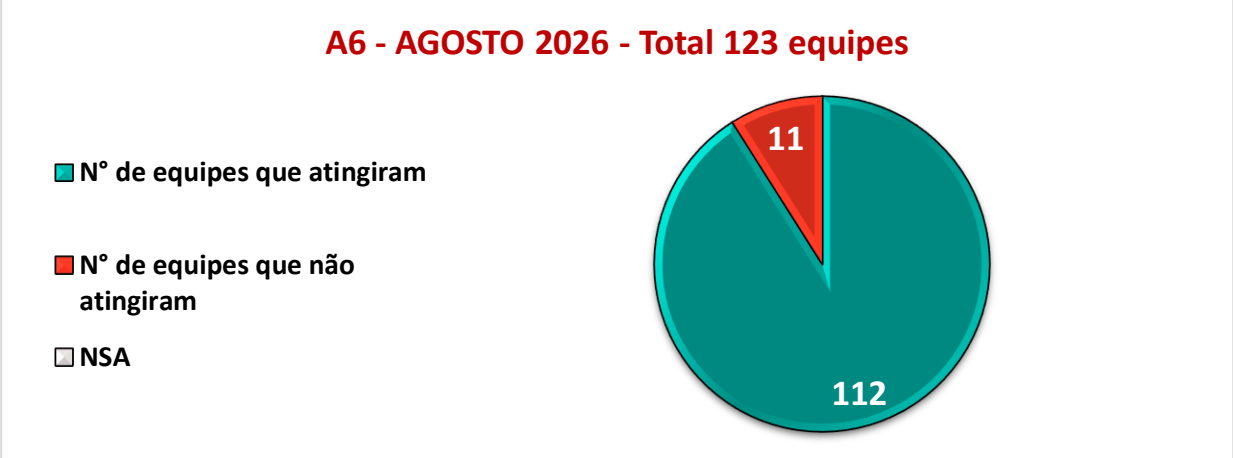


Gráfico 12 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto** de 2026, o indicador "Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico" apresentou média global de **18,15%** 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 **112** das 123 equipes alcançaram a meta pactuada, enquanto **11** 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 programada

INDICADOR A7: Cobertura de primeira consulta odontológica programática.				
META	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TRIMESTRE
>=3%	2,21%	2,35%		

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

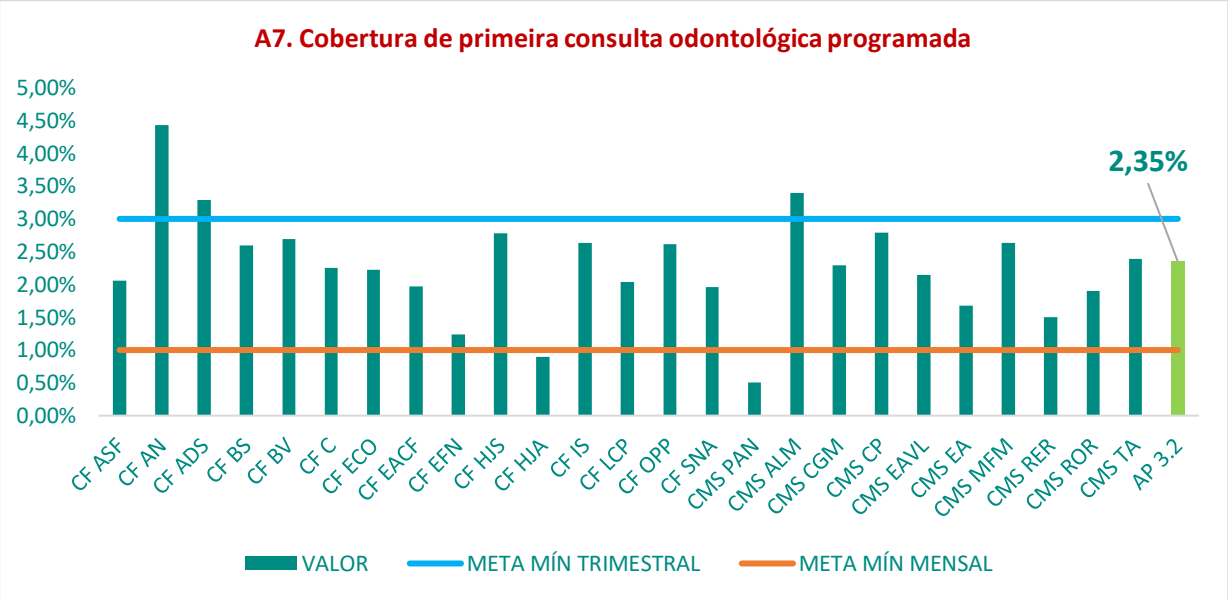


Gráfico 13 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

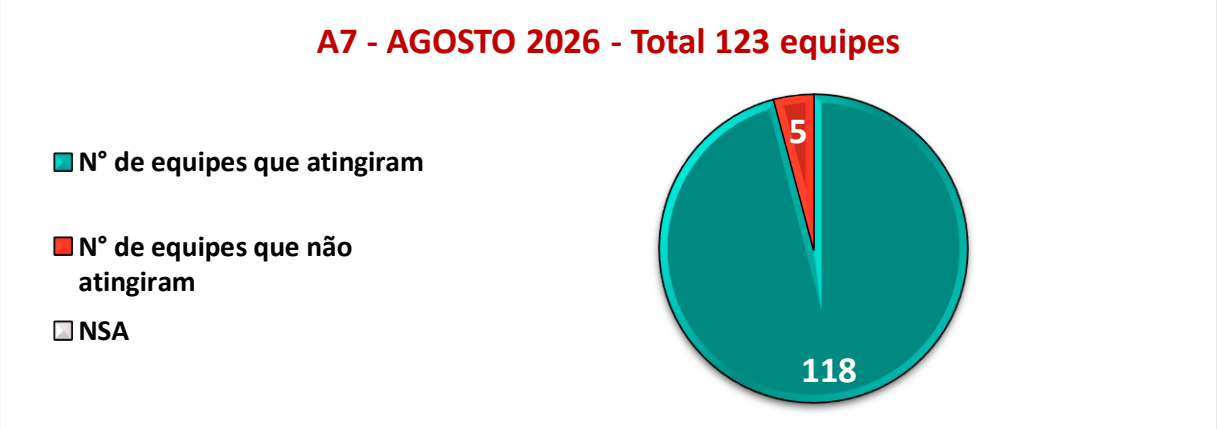


Gráfico 14 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto** de 2026, o indicador "Cobertura de primeira consulta odontológica programada" apresentou média global de **2,35%** 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 agosto (2,35%) 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, **118** 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 registrada nos últimos 3 anos.

INDICADOR D1: Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Mínimo 80%	42,97%	42,75%		
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				

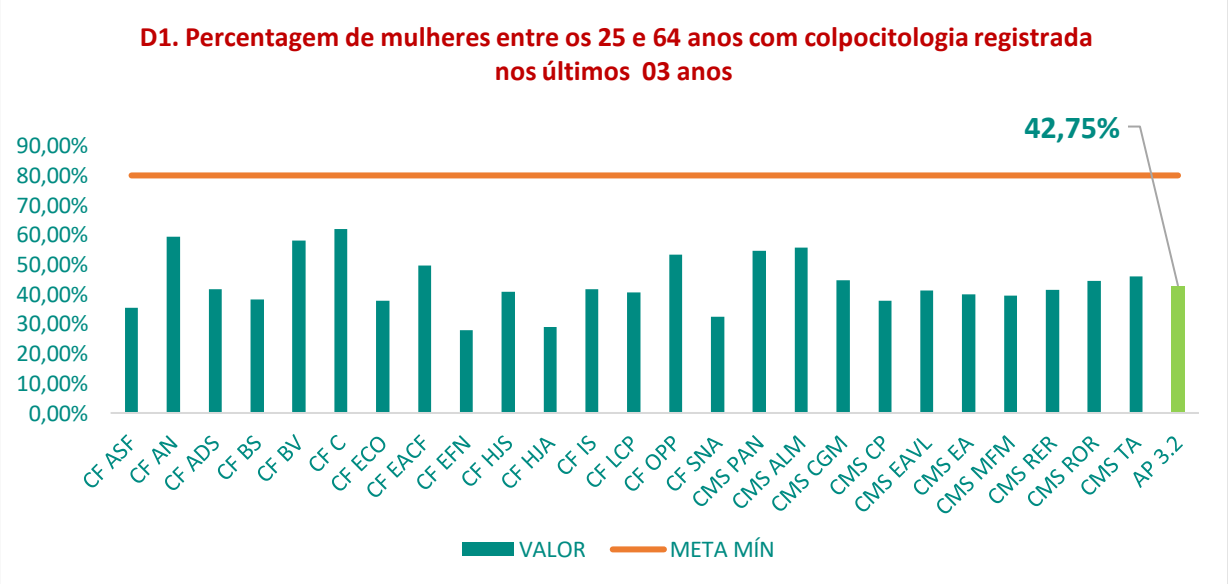


Gráfico 15 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

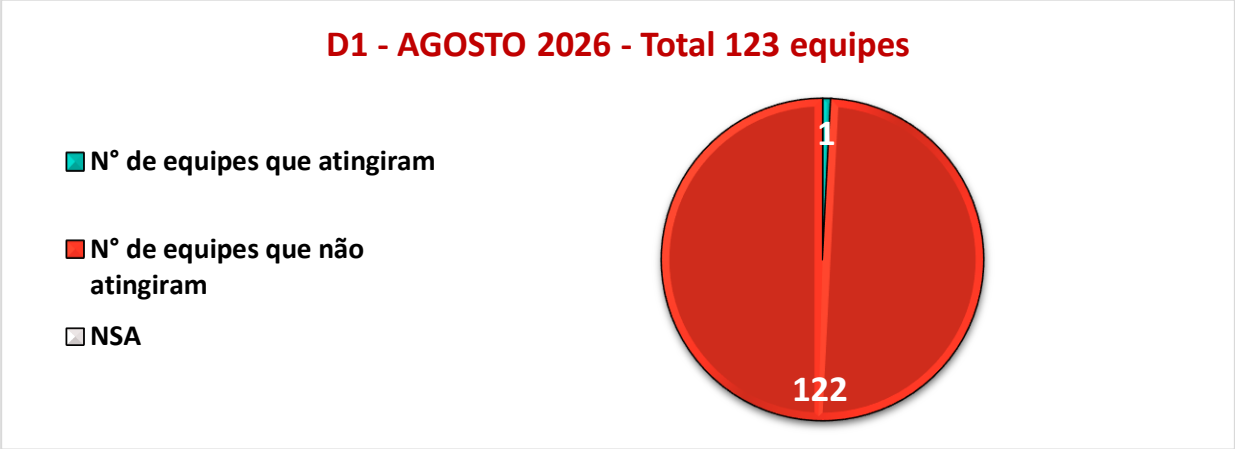


Gráfico 16 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

O indicador "Percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos três anos", no mês de **agosto**, apresentou média global de **42,75%** 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%	75,17%		
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				

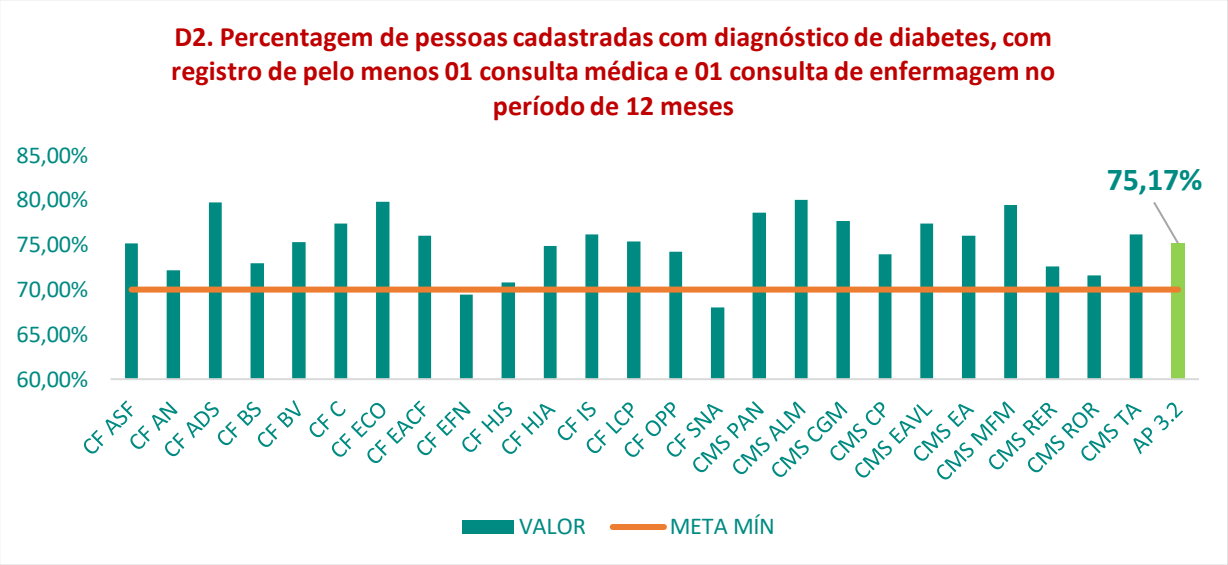


Gráfico 17 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

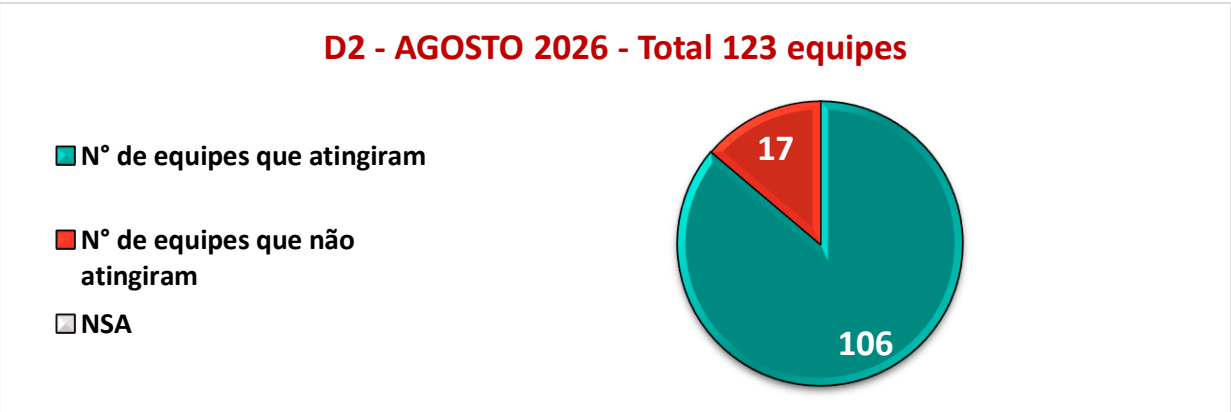


Gráfico 18 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Em **agosto** 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 **75,17%** na CAP 3.2, ficando acima da meta estabelecida de 70%. %. A análise por equipe evidencia que **106** 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%	68,12%		

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

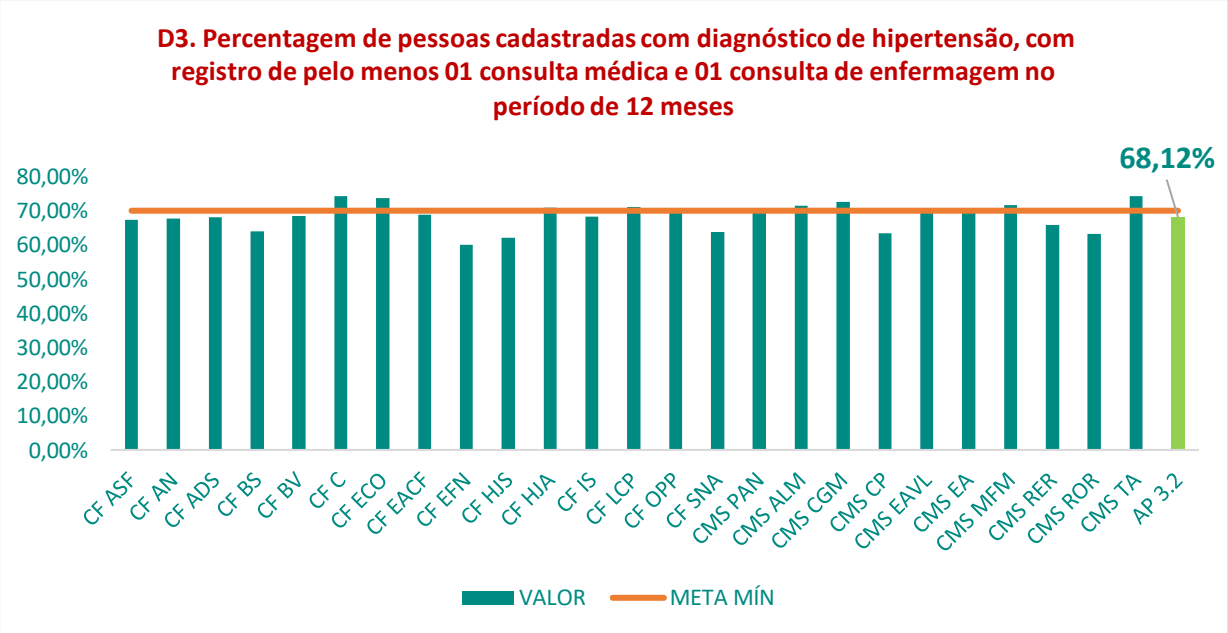


Gráfico 19 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

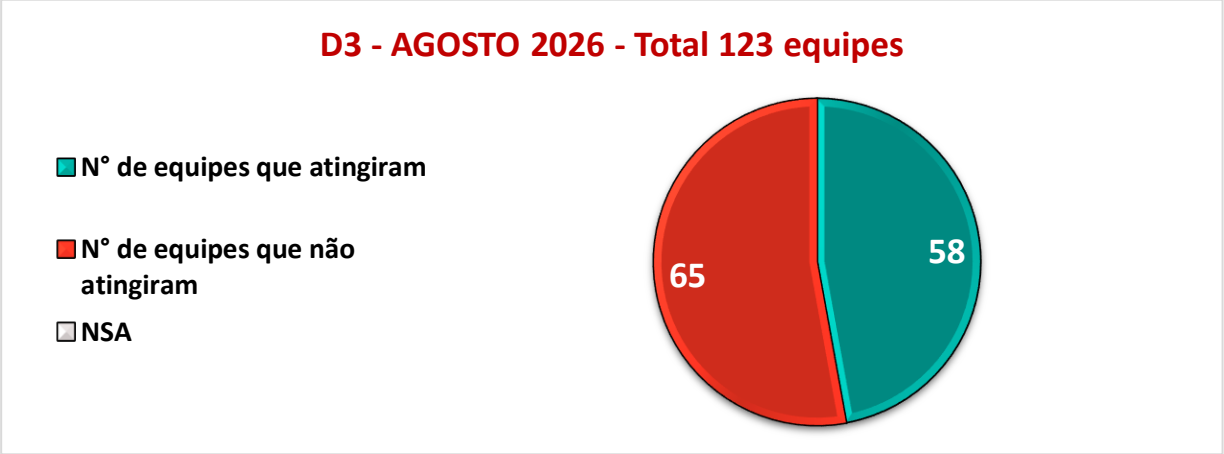


Gráfico 20 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Em **agosto** 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 **68,12%** 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 **58** 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%	93,38%		
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				

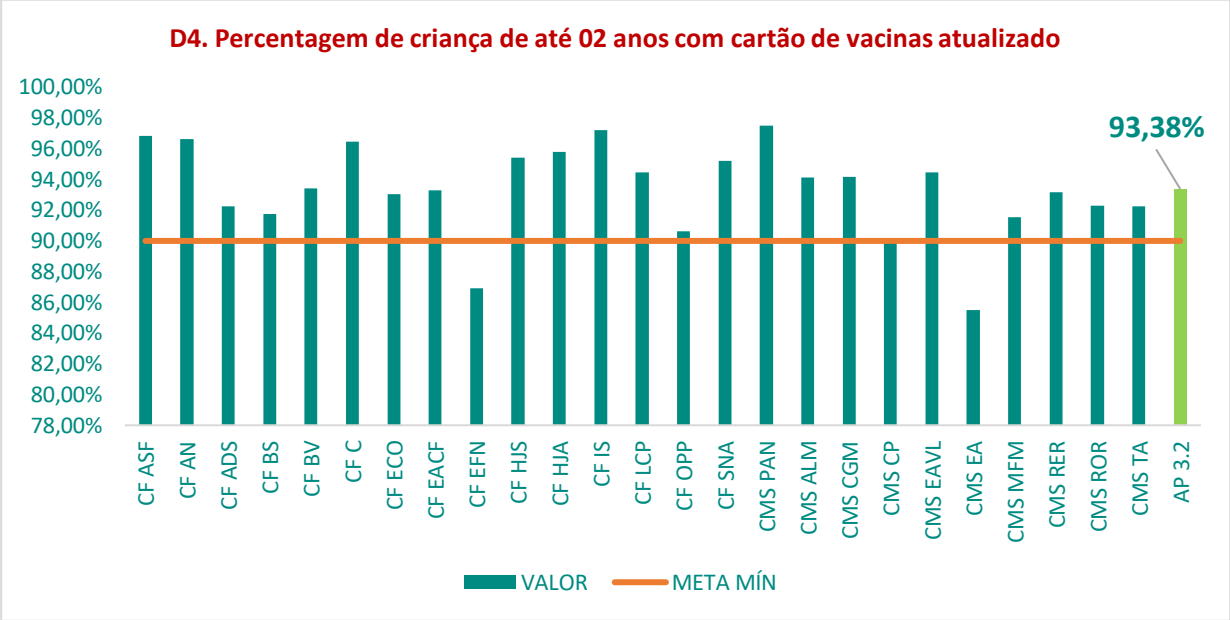


Gráfico 21 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

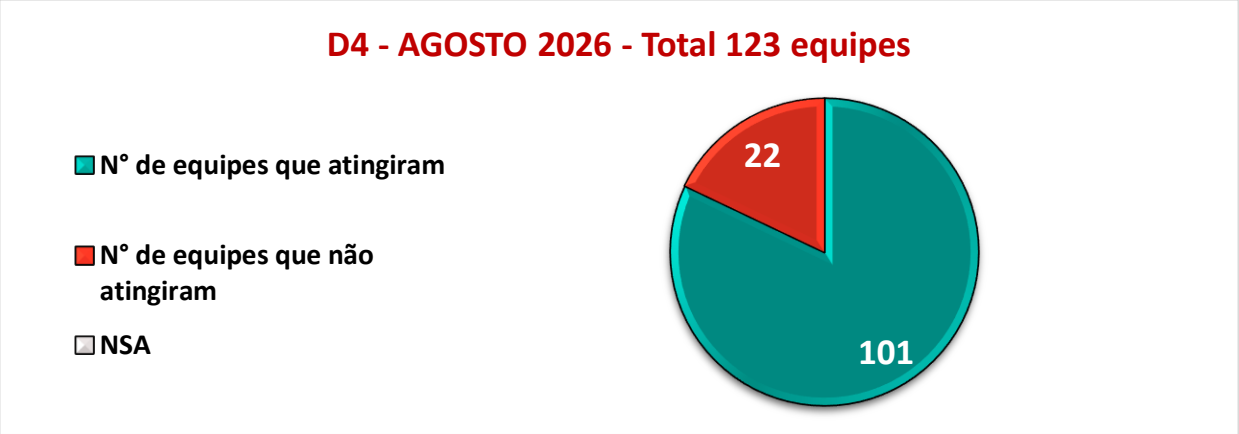


Gráfico 22 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Em **agosto** de 2026, o indicador "Percentagem de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado" observa-se que **101** 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%	96,04%		

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

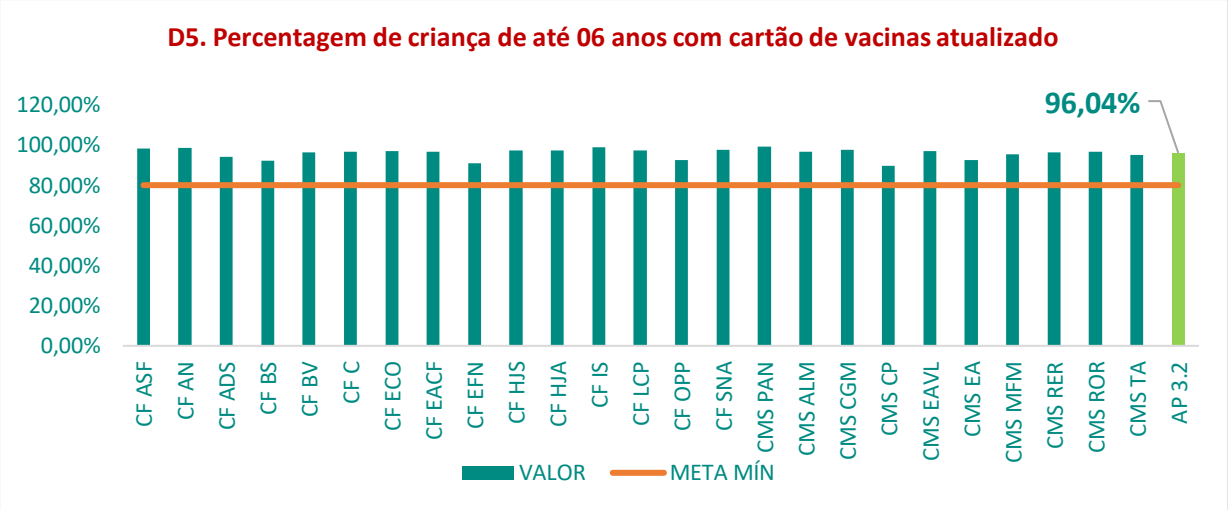


Gráfico 23 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

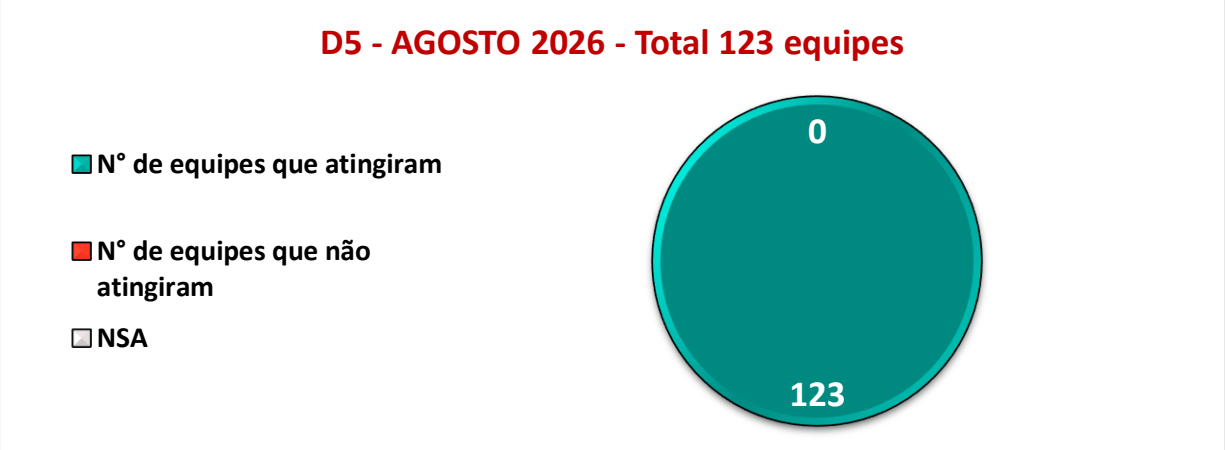


Gráfico 24 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto** 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%	83,15%		
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				

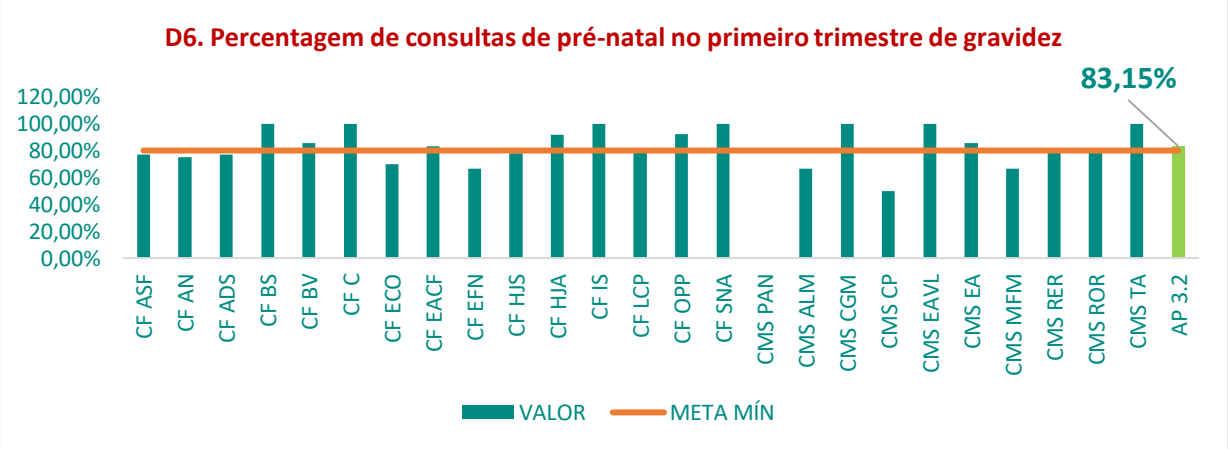


Gráfico 25 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

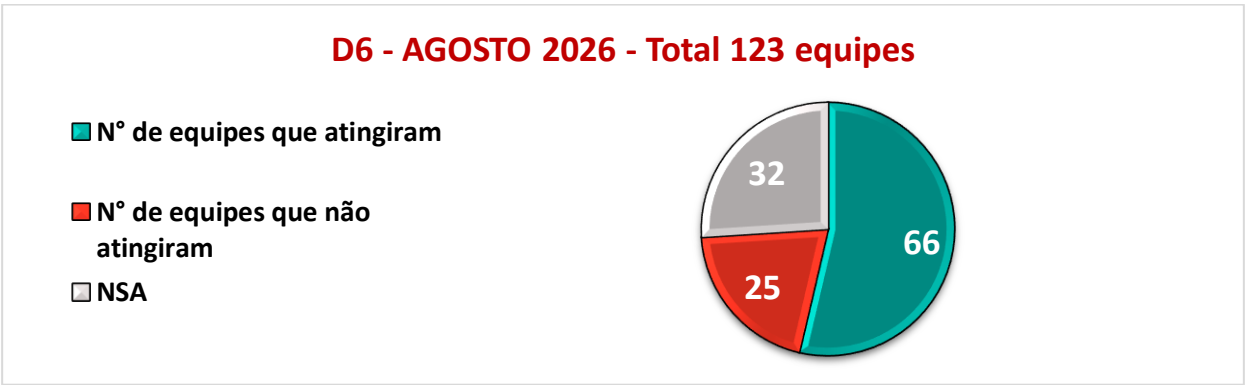


Gráfico 26 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No indicador “Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gestação”, no mês de **agosto** de 2026, das 123 equipes de Atenção Primária à Saúde, **66** 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%	84,04%		
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				

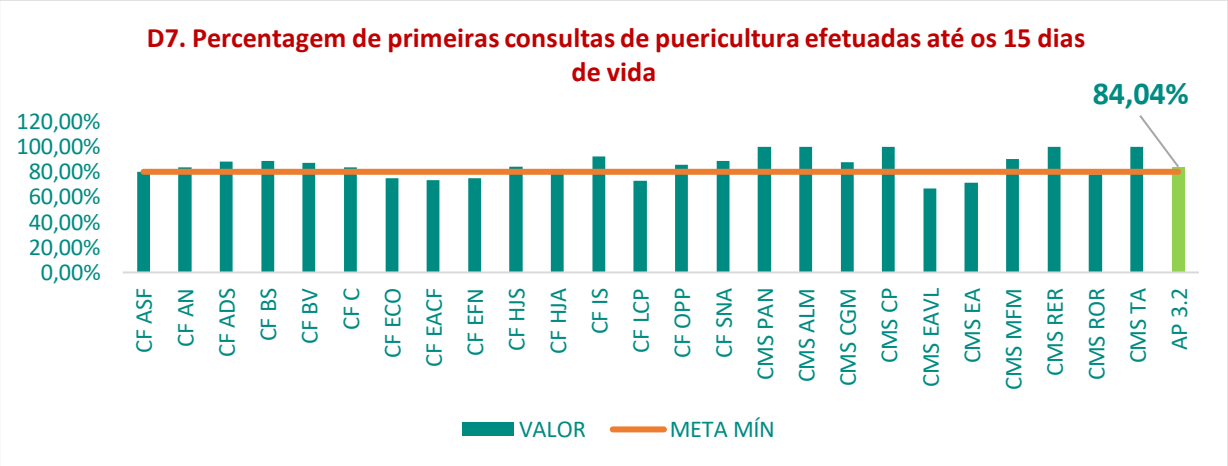


Gráfico 27 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

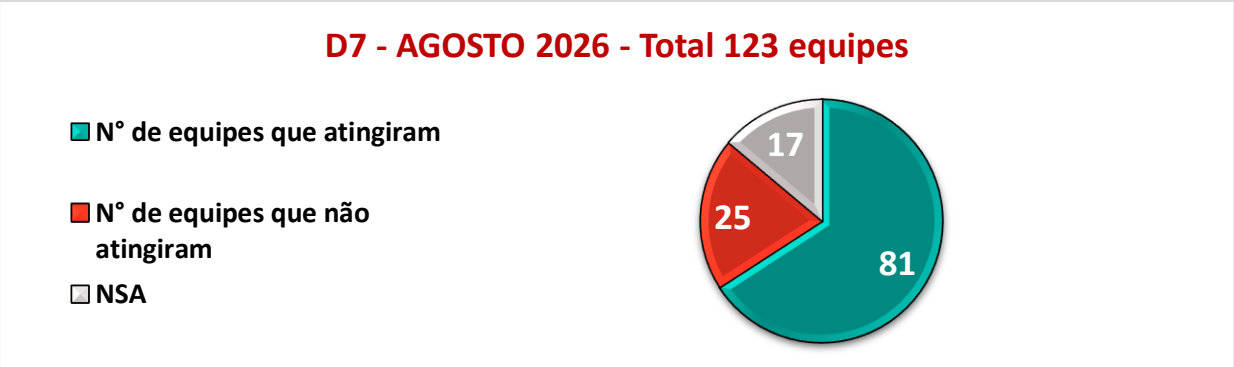


Gráfico 28 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto** 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, **81** alcançaram percentual igual ou superior a 80%, conforme meta estabelecida.

INDICADOR D8: Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programadas

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

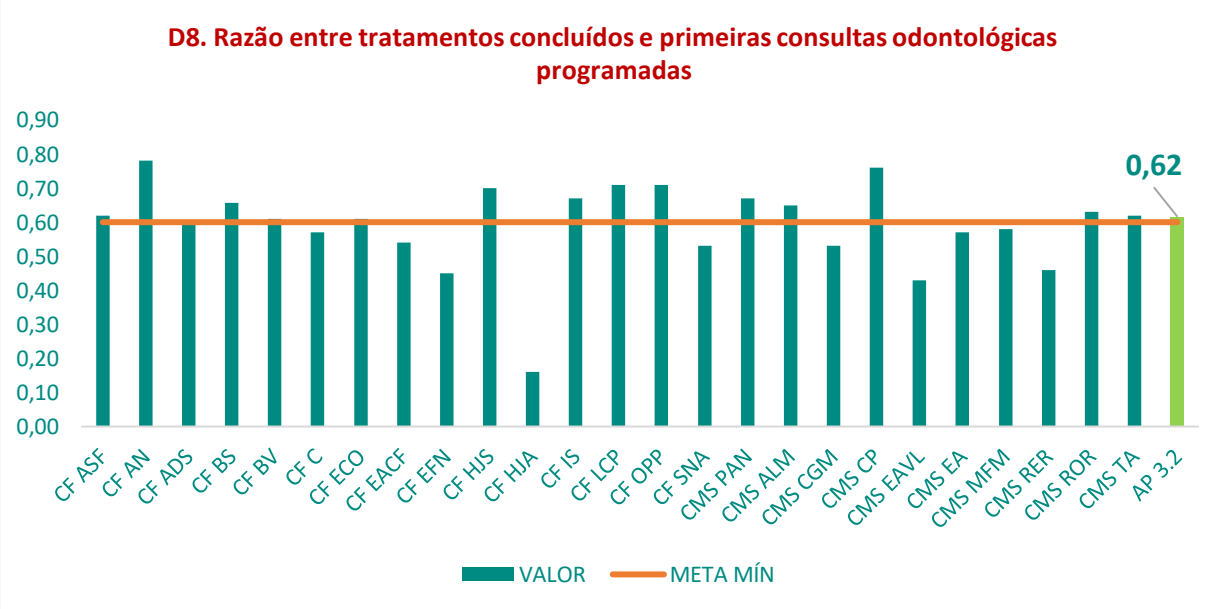


Gráfico 29 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

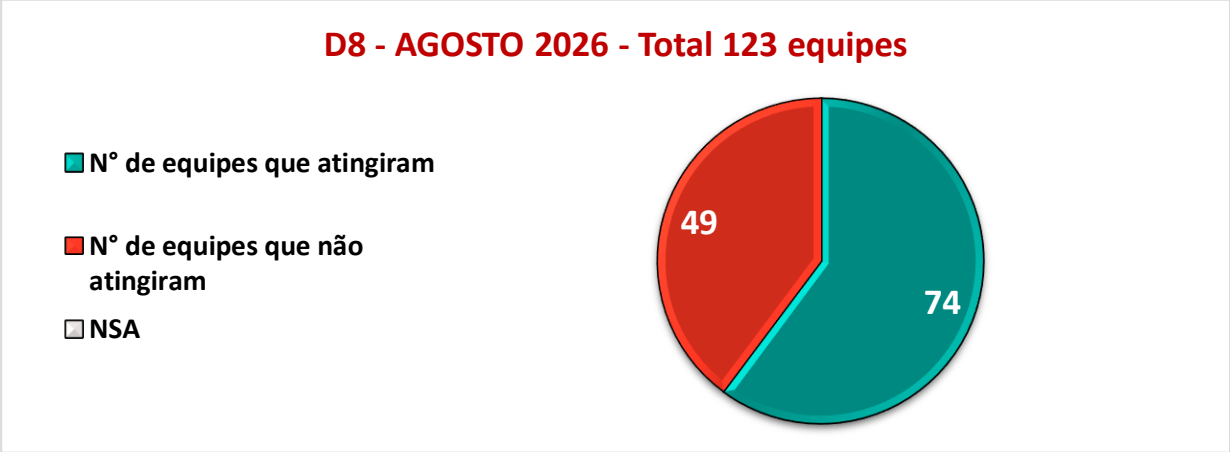


Gráfico 30 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto** de 2026, o indicador "Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programadas" apresentou desempenho heterogêneo entre as equipes. Das 123 equipes de Estratégia Saúde da Família, apenas **74** 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	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 previstos por usuário.

INDICADOR E1: Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário.				
META	**JULHO**	**AGOSTO**	**SETEMBRO**	**TRIMESTRE**
Máximo R$ 41,80	R$ 15,11	R$ 13,13		

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

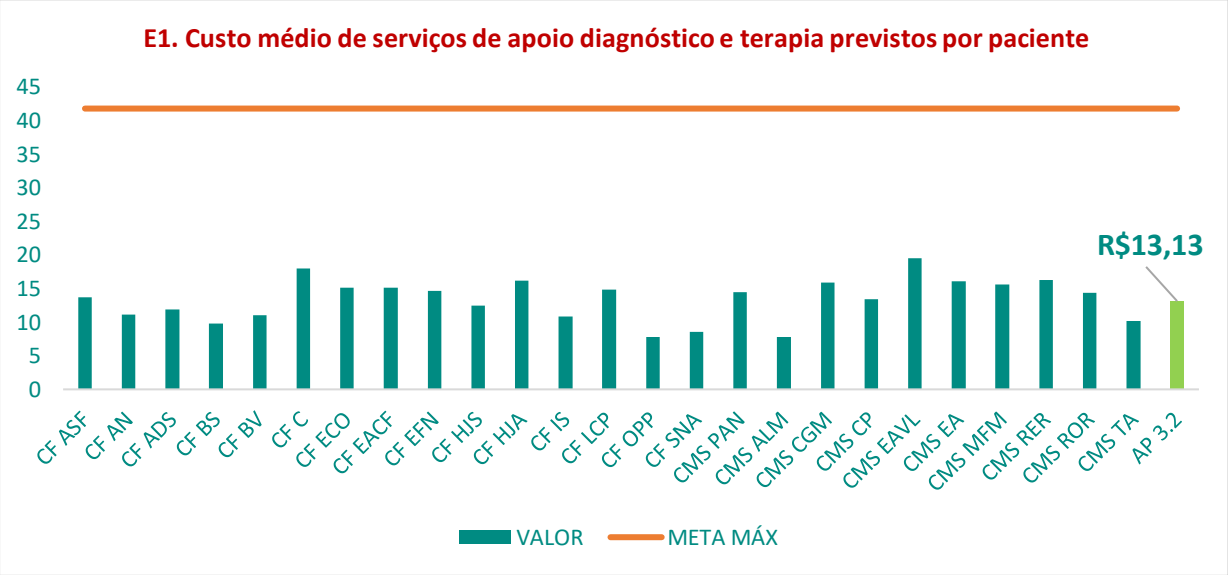


Gráfico 31 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

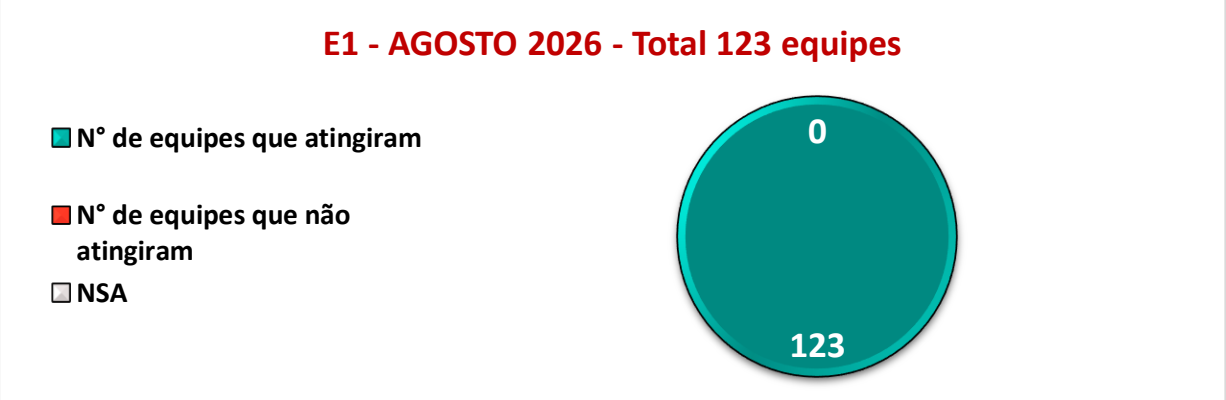


Gráfico 32 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

O indicador “Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário” apresentou, no mês de **agosto** 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%	24,28%		
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				

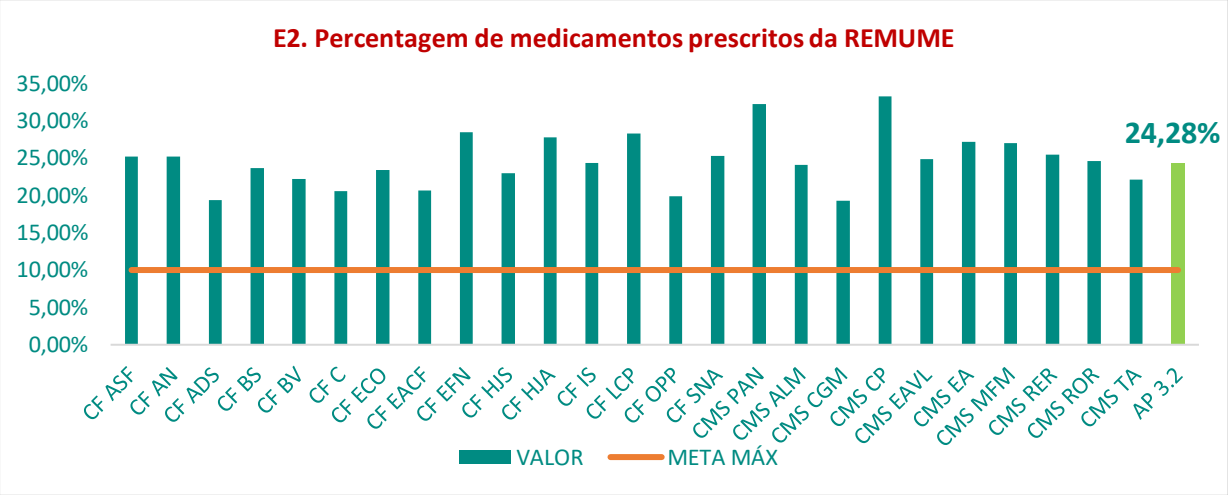


Gráfico 33 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

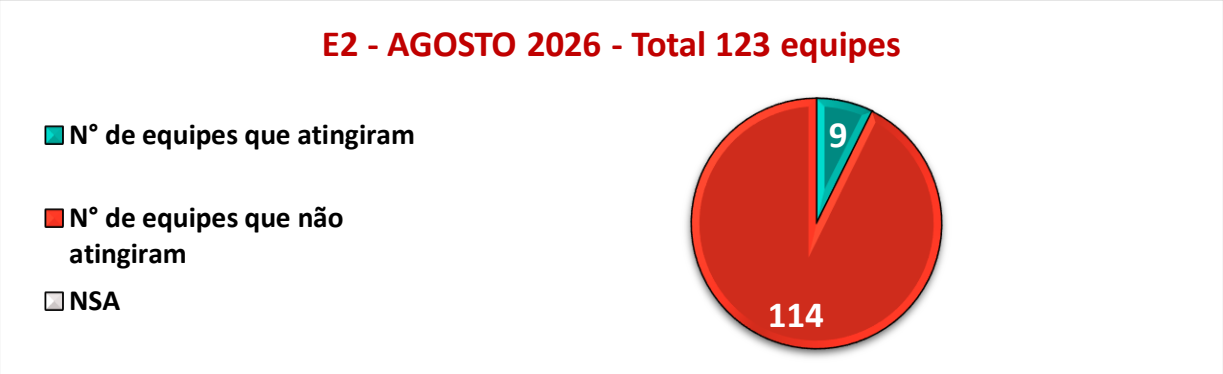


Gráfico 34- Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No indicador “Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME”, no mês de **agosto** de 2026, tivemos apenas **9** 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%	5,77%		

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

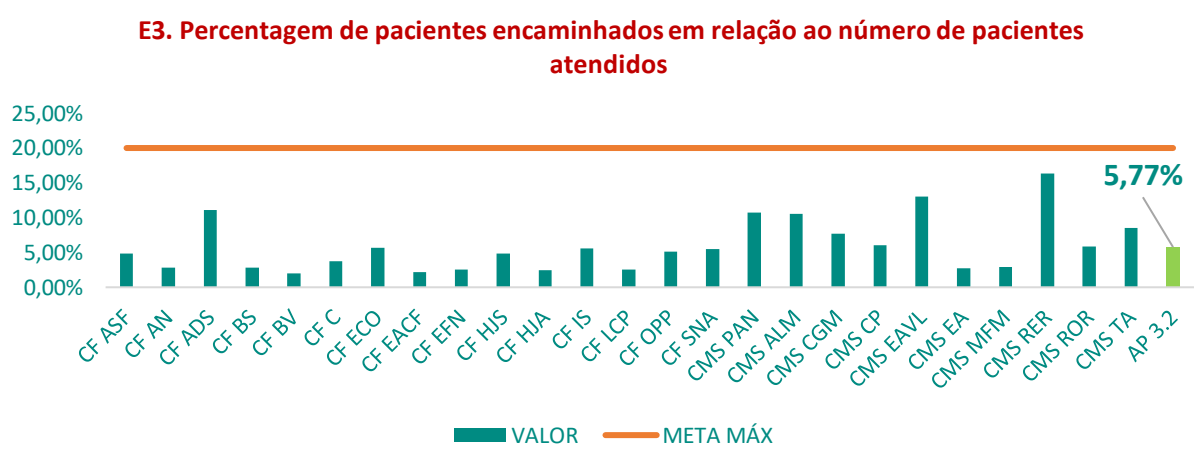


Gráfico 35 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

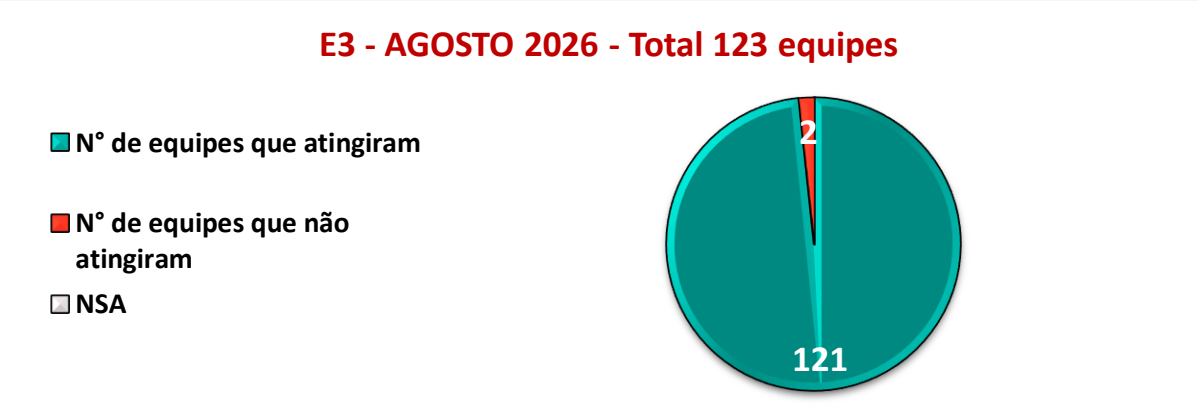


Gráfico 36 - Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

Em **agosto** de 2026, **121** 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 Coordenadoria de Área. No entanto, até o fechamento deste relatório, os dados referentes aos meses de julho e agosto 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 1º ano de vida	07
05	Acompanhamento anual de uma criança, no 2º 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.

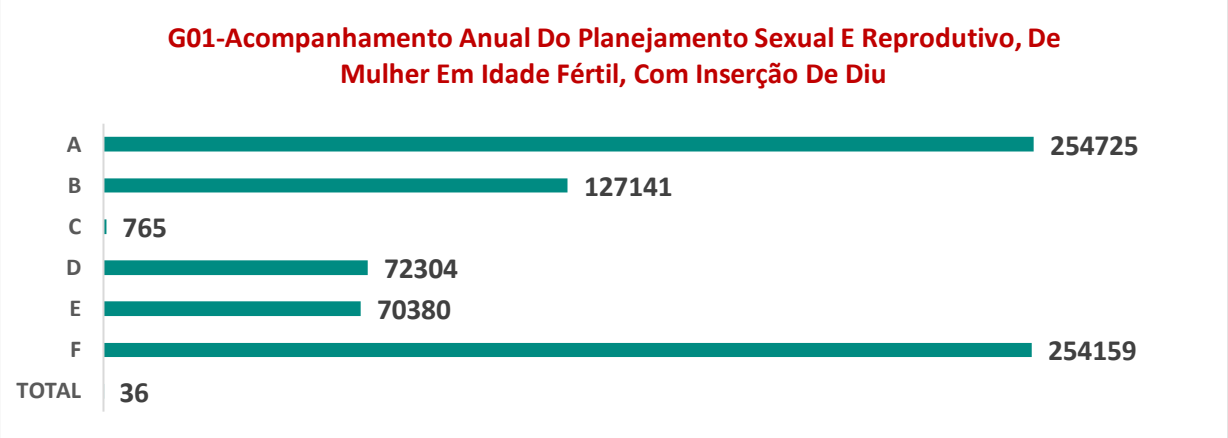
Total - Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F].

AGOSTO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	17108	8523	29	4281	4350	17078	0
CF ANNA NERY	9330	4693	23	3275	3673	9303	2
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	10901	6201	30	3654	4203	10871	1
CF BARBARA STARFIELD	13006	6887	28	3386	3323	12986	0
CF BIBI VOGEL	11757	6368	65	4381	4632	11690	13
CF CARIOCA	4341	2632	22	1938	1503	4321	3
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12292	6253	41	3312	3508	12257	1
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11835	6046	22	3816	3194	11820	1
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12623	5021	27	2119	2610	12606	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11522	6237	53	3467	3469	11486	2
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4943	2379	20	1097	916	4940	1
CF IZABEL DOS SANTOS	11591	6293	39	3494	3059	11570	1
CF LUIZ CELIO PEREIRA	13006	5744	38	3207	3255	12986	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12845	6518	28	4117	3780	12815	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	10585	5400	20	2538	2215	10574	0
CMS ANTENOR NASCENTES	2263	1017	10	676	574	2257	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8242	4233	33	2898	2861	8211	2
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	11999	6258	52	3726	3526	11976	1
CMS CESAR PERNETTA	7739	2657	10	1370	1351	7733	0
CMS EDUARDO A VILHENA	8940	4360	27	2259	1809	8927	3
CMS ELIZA ABRANTES	9191	4416	39	2544	2402	9167	1
CMS MILTON FONTES MAGARAO	13720	6100	28	3311	3172	13707	2

CMS RENATO ROCCO	8347	4492	30	2535	2947	8314	2
CMS RODOLPHO ROCCO	12201	6232	33	3663	2924	12178	0
CMS TIA ALICE	4398	2181	18	1240	1124	4386	0
AP 3.2	**254725**	**127141**	**765**	**72304**	**70380**	**254159**	**36**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto**, a Área 3.2 pontuou **36** 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.

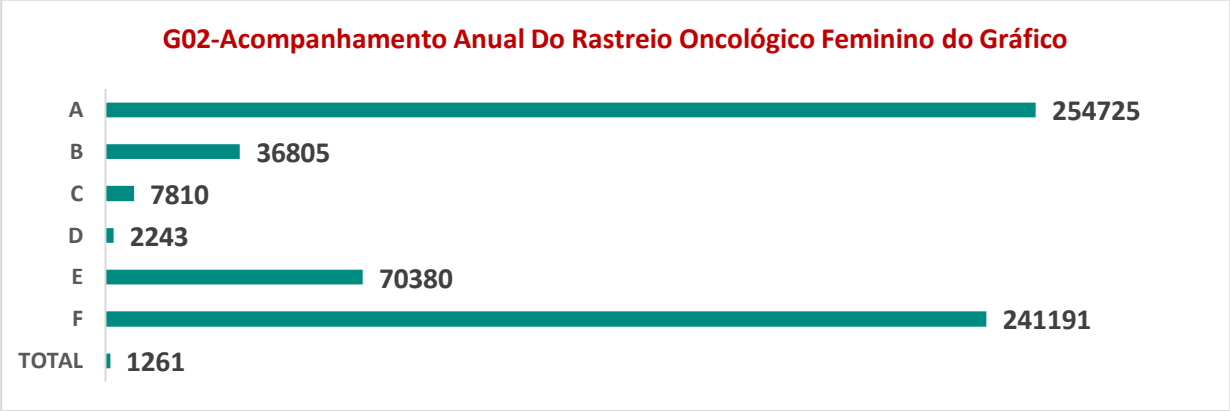
F - Não ter recebido LC no grupo de ação 02 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

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

AGOSTO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	17108	2059	454	129	4350	16367	48
CF ANNA NERY	9330	1863	378	85	3673	8174	54
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	10901	1682	349	112	4203	10366	294
CF BARBARA STARFIELD	13006	1862	382	137	3323	12335	58
CF BIBI VOGEL	11757	2414	494	126	4632	10490	140
CF CARIOCA	4341	1024	170	41	1503	4000	28
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	12292	1574	363	88	3508	11611	30
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	11835	2001	368	90	3194	11235	42
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	12623	1002	368	132	2610	12238	32
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11522	1683	261	52	3469	10899	57
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	4943	443	138	48	916	4906	7
CF IZABEL DOS SANTOS	11591	1818	368	116	3059	11004	33
CF LUIZ CELIO PEREIRA	13006	1573	296	80	3255	12395	30
CF OLGA PEREIRA PACHECO	12845	2120	405	78	3780	12072	39
CF SERGIO NICOLAU AMIN	10585	1223	194	59	2215	10219	26
CMS ANTENOR NASCENTES	2263	368	162	40	574	2126	7
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	8242	1582	318	68	2861	7542	47
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	11999	1906	298	78	3526	11426	56
CMS CESAR PERNETTA	7739	739	172	50	1351	7511	21
CMS EDUARDO A VILHENA	8940	1254	369	104	1809	8610	34
CMS ELIZA ABRANTES	9191	1206	286	110	2402	8858	37
CMS MILTON FONTES MAGARAO	13720	1701	417	181	3172	13227	50
CMS RENATO ROCCO	8347	1172	229	73	2947	7741	32
CMS RODOLPHO ROCCO	12201	1836	398	115	2924	11698	44
CMS TIA ALICE	4398	700	173	51	1124	4141	15
AP 3.2	**254725**	**36805**	**7810**	**2243**	**70380**	**241191**	**1261**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto**, a Área 3.2 pontuou **1261** usuários. 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 com pelo menos um registro de resultado de mamografia em campo específico no prontuário eletrônico nos últimos 24 meses.

GRUPO 03 (G3): Acompanhamento de uma gravidez

Legenda do Indicador G3:

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

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

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

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

E - Ter resultado de VDRL registrado com o código SIGTAP 02.02.03.117-9, realizado até a 24° semana de gestação, se positivo Teste Rápido para Sífilis, com o código SIGTAP 02.14.01 .008-2 ou 02.02.03.116-0.

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

G - Ter pelo menos um registro de resultado de Teste Rápido para HIV, com o código SIGTAP 02.14.01 .004-0 ou 02.14.01.005-8, realizado até a 24a semana (< 25 semanas) de gestação.

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

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

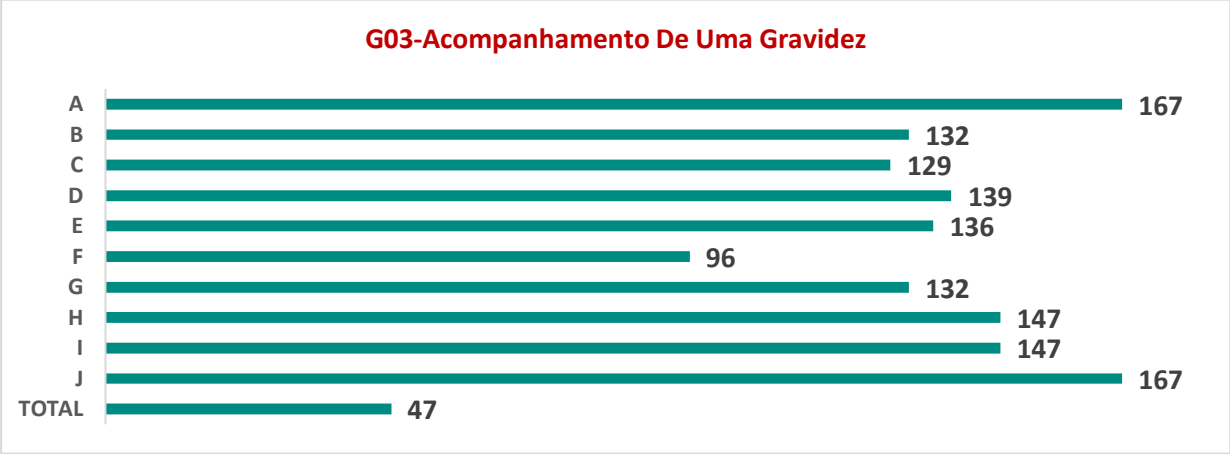
J - Não ter recebido LC no grupo de ação 03 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

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

AGOSTO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	12	11	7	11	11	6	8	12	11	12	4
CF ANNA NERY	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	11	9	8	8	5	5	9	10	11	11	3
CF BARBARA STARFIELD	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	2
CF BIBI VOGEL	14	14	11	11	12	8	12	13	12	14	6
CF CARIOCA	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	1
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	10	9	7	9	9	5	8	8	9	10	2
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	10	5	8	9	10	5	9	8	10	10	2
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	9	7	6	7	7	6	7	8	7	9	1
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	12	2	11	11	11	7	8	12	11	12	2
CF IZABEL DOS SANTOS	9	9	9	8	6	7	9	8	9	9	4
CF LUIZ CELIO PEREIRA	5	3	4	4	4	1	1	5	3	5	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	13	9	11	11	11	8	10	12	8	13	3
CF SERGIO NICOLAU AMIN	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	1
CMS ANTENOR NASCENTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	12	7	8	10	8	4	6	11	11	12	2
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	0
CMS CESAR PERNETTA	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0
CMS EDUARDO A VILHENA	3	3	1	2	3	2	3	3	3	3	1
CMS ELIZA ABRANTES	7	6	5	6	6	7	7	7	6	7	4
CMS MILTON FONTES MAGARAO	4	4	3	3	2	2	3	1	2	4	0
CMS RENATO ROCCO	5	5	4	5	3	3	4	3	4	5	2
CMS RODOLPHO ROCCO	9	8	7	4	7	7	7	5	8	9	2
CMS TIA ALICE	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
AP 3.2	**167**	**132**	**129**	**139**	**136**	**96**	**132**	**147**	**147**	**167**	**47**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto**, no Grupo 03 (G3) – Acompanhamento de uma gravidez, a Área 3.2 pontuou **47** gestantes. 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.

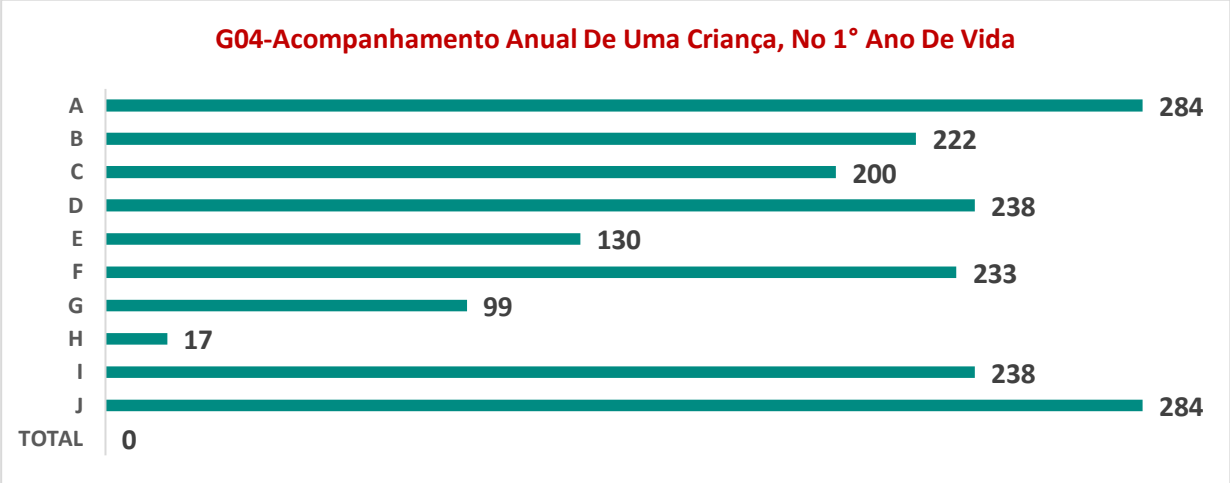
J - Não ter recebido LC no grupo de ação 04 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

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

AGOSTO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	17	14	14	15	9	15	0	1	16	17	0
CF ANNA NERY	14	10	10	12	8	11	7	0	14	14	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	21	16	14	19	10	18	12	2	18	21	0
CF BARBARA STARFIELD	11	6	4	6	5	6	4	1	9	11	0
CF BIBI VOGEL	11	10	10	11	6	9	7	0	10	11	0
CF CARIOCA	3	2	2	3	1	2	0	0	3	3	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	18	12	10	14	8	14	6	1	8	18	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	13	10	10	10	7	11	6	3	8	13	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	9	5	4	4	2	7	3	0	4	9	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	11	10	9	10	7	11	0	0	11	11	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	10	6	6	9	1	10	2	0	10	10	0
CF IZABEL DOS SANTOS	17	13	12	14	10	14	9	0	17	17	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	8	7	7	8	4	4	1	3	7	8	0
CF OLGA PEREIRA PACHECO	14	12	13	14	8	10	8	1	14	14	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	7	4	3	4	2	6	2	1	4	7	0
CMS ANTENOR NASCENTES	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	11	6	7	7	2	11	2	0	8	11	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	14	13	9	12	8	14	4	0	10	14	0
CMS CESAR PERNETTA	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
CMS EDUARDO A VILHENA	9	8	4	6	3	5	3	1	5	9	0
CMS ELIZA ABRANTES	16	14	11	14	3	13	6	0	16	16	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	17	17	16	16	8	14	9	1	17	17	0
CMS RENATO ROCCO	14	12	9	11	9	11	2	1	10	14	0
CMS RODOLPHO ROCCO	14	11	11	14	5	13	5	0	14	14	0
CMS TIA ALICE	3	2	3	3	2	3	1	0	3	3	0
AP 3.2	**284**	**222**	**200**	**238**	**130**	**233**	**99**	**17**	**238**	**284**	**0**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto**, no Grupo 04 (G4) – Acompanhamento de uma criança no primeiro ano de vida, a Área Programática não pontuou nenhuma criança. 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.

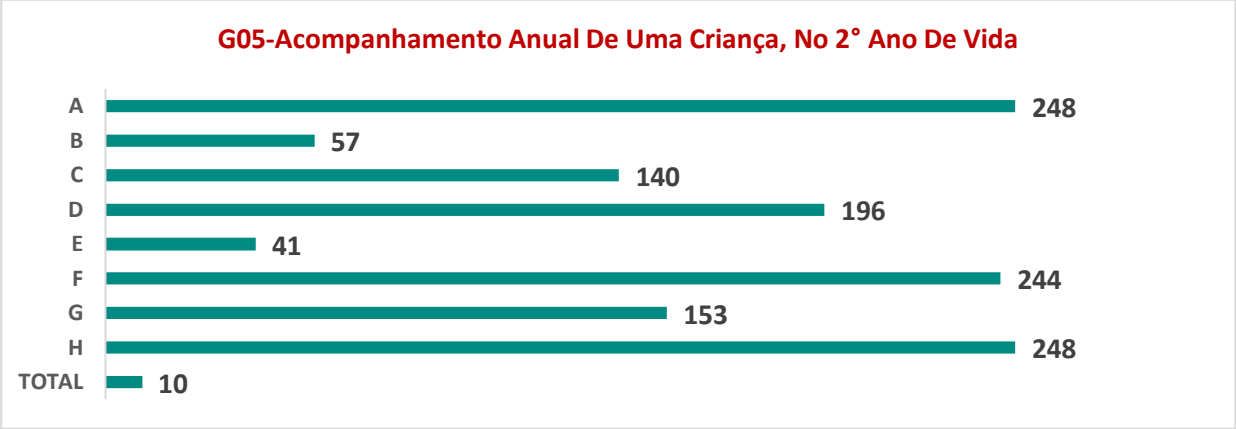
H - Não ter recebido LC no grupo de ação 05 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

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

AGOSTO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	18	5	11	13	2	17	13	18	2
CF ANNA NERY	13	4	7	13	4	13	12	13	3
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	14	1	8	13	3	13	5	14	0
CF BARBARA STARFIELD	11	1	3	8	1	10	4	11	0
CF BIBI VOGEL	15	1	9	11	1	15	12	15	0
CF CARIOCA	5	1	2	3	0	5	0	5	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	11	2	6	8	2	11	2	11	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	9	2	7	9	4	9	3	9	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	7	3	4	2	1	7	3	7	1
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	12	3	7	11	1	12	11	12	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	9	3	5	7	3	9	9	9	1
CF IZABEL DOS SANTOS	11	4	6	9	1	11	7	11	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	9	3	5	9	3	9	6	9	1
CF OLGA PEREIRA PACHECO	11	2	3	9	4	10	10	11	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	8	1	6	7	1	8	6	8	0
CMS ANTENOR NASCENTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	6	4	3	6	2	6	6	6	1
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	18	2	10	15	3	18	9	18	1
CMS CESAR PERNETTA	3	0	1	0	0	3	2	3	0
CMS EDUARDO A VILHENA	15	3	10	12	3	15	3	15	0
CMS ELIZA ABRANTES	11	4	7	5	0	11	11	11	0
CMS MILTON FONTES MAGARAO	11	1	5	7	1	11	8	11	0
CMS RENATO ROCCO	6	2	4	6	0	6	4	6	0
CMS RODOLPHO ROCCO	11	3	8	9	0	11	3	11	0
CMS TIA ALICE	4	2	3	4	1	4	4	4	0
AP 3.2	**248**	**57**	**140**	**196**	**41**	**244**	**153**	**248**	**10**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto**, no Grupo 05 (G5) – Acompanhamento de uma criança no segundo ano de vida, a Área Programática pontuou **10** 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.

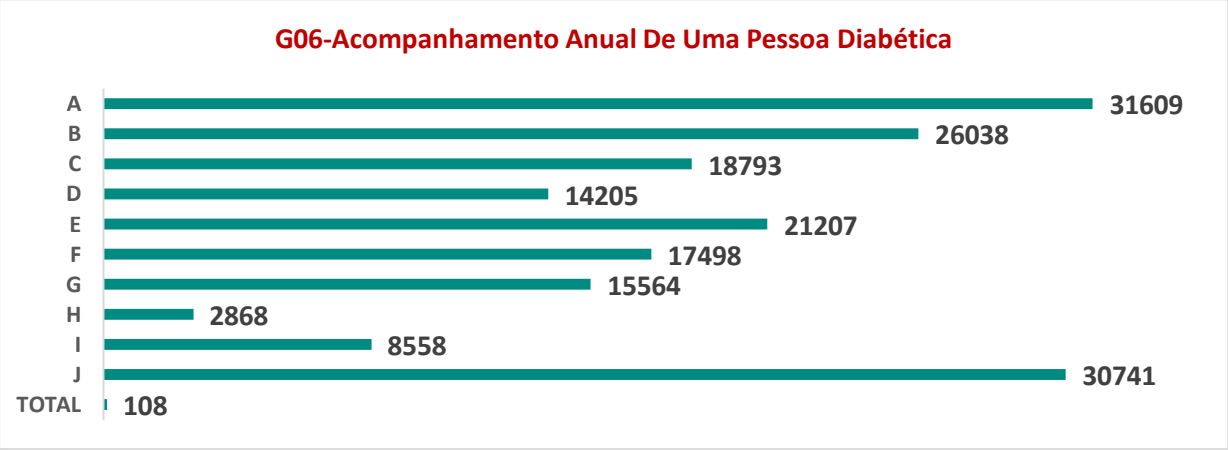
Total - Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+1+J].

AGOSTO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	2130	1746	1269	757	1341	961	978	175	511	2078	6
CF ANNA NERY	1210	1033	719	585	981	751	703	145	319	1172	16
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	1264	1045	804	554	761	790	375	29	393	1256	0
CF BARBARA STARFIELD	1422	1142	931	683	1315	786	677	278	856	1288	34
CF BIBI VOGEL	1621	1360	940	757	1185	953	813	139	505	1551	3
CF CARIOCA	506	427	326	255	467	343	291	8	236	499	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	1448	1190	899	671	872	838	516	26	210	1440	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	1457	1172	790	689	1044	791	744	57	458	1438	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	1291	886	611	527	711	653	530	52	172	1281	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	1292	1108	776	605	1038	856	725	146	289	1258	13
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	686	613	483	376	437	481	361	7	25	672	4
CF IZABEL DOS SANTOS	1202	1007	789	636	896	799	626	42	831	1173	2
CF LUIZ CELIO PEREIRA	1737	1378	840	675	1331	769	761	92	290	1728	0

CF OLGA PEREIRA PACHECO	1722	1396	1116	612	1014	814	823	149	690	1666	1
CF SERGIO NICOLAU AMIN	993	819	573	447	802	566	426	11	255	991	0
CMS ANTENOR NASCENTES	343	285	253	191	232	254	240	0	0	343	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	1138	974	633	540	450	647	605	15	180	1135	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	1417	1173	834	658	918	856	804	434	291	1326	11
CMS CESAR PERNETTA	984	824	497	550	542	423	423	32	184	958	1
CMS EDUARDO A VILHENA	1162	967	764	511	807	644	789	310	330	1088	12
CMS ELIZA ABRANTES	1188	994	780	591	753	739	672	92	244	1155	1
CMS MILTON FONTES MAGARAO	1975	1700	1224	864	1151	1036	1237	367	366	1880	3
CMS RENATO ROCCO	1134	973	748	522	784	632	458	47	156	1112	0
CMS RODOLPHO ROCCO	1756	1372	803	647	1025	751	683	212	623	1727	1
CMS TIA ALICE	531	454	391	302	350	365	304	3	144	526	0
AP 3.2	**31609**	**26038**	**18793**	**14205**	**21207**	**17498**	**15564**	**2868**	**8558**	**30741**	**108**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto**, no Grupo 06 (G6) – Acompanhamento de uma pessoa diabética, a Área Programática pontuou **108** 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.

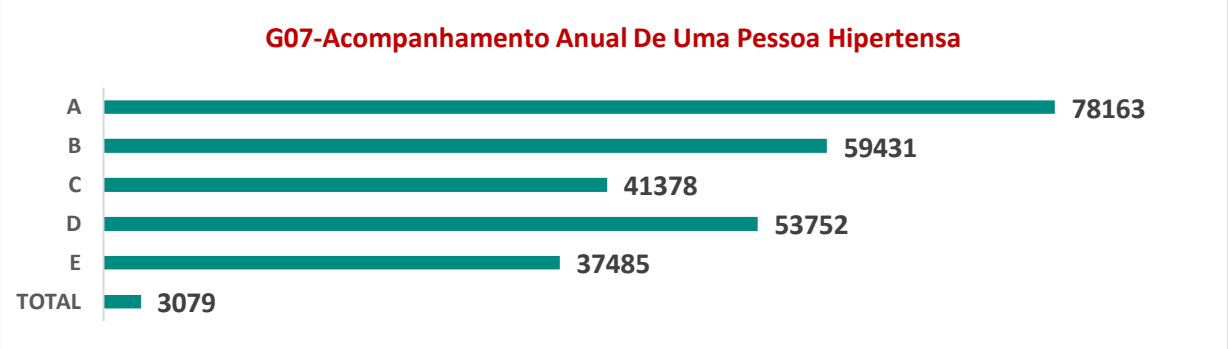
Total - Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E].

AGOSTO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	5291	3984	2769	3350	2543	170
CF ANNA NERY	2772	2195	1599	2021	1246	135
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	3821	2750	1928	2779	1764	103
CF BARBARA STARFIELD	3838	2800	1986	2757	1670	140
CF BIBI VOGEL	3934	3031	2067	2805	1909	226
CF CARIOCA	1224	991	727	946	493	59
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	3643	2792	1982	2487	1717	117
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	3931	2888	1830	2753	1918	139
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	3275	1998	1386	2141	1786	115
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	3160	2436	1698	2117	1614	151
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	1663	1402	1062	1128	883	101
CF IZABEL DOS SANTOS	3236	2527	1939	2313	1462	153
CF LUIZ CELIO PEREIRA	4245	3152	1895	2641	2430	166

CF OLGA PEREIRA PACHECO	3945	3075	2311	2612	1742	115
CF SERGIO NICOLAU AMIN	2717	2111	1333	1975	1247	100
CMS ANTENOR NASCENTES	909	711	602	677	327	34
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3200	2486	1546	2293	1439	93
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	3349	2655	1864	2527	1522	171
CMS CESAR PERNETTA	1921	1476	950	1002	1162	93
CMS EDUARDO A VILHENA	2585	2033	1600	1730	1156	84
CMS ELIZA ABRANTES	2616	2053	1577	1959	1043	131
CMS MILTON FONTES MAGARAO	4310	3412	2407	3023	2025	182
CMS RENATO ROCCO	2851	2258	1626	2040	1268	110
CMS RODOLPHO ROCCO	4441	3151	1786	2687	2687	133
CMS TIA ALICE	1286	1064	908	989	432	58
AP 3.2	**78163**	**59431**	**41378**	**53752**	**37485**	**3079**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto**, no Grupo 07 (G7) – Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, a Área Programática pontuou **3079** usuários. 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.

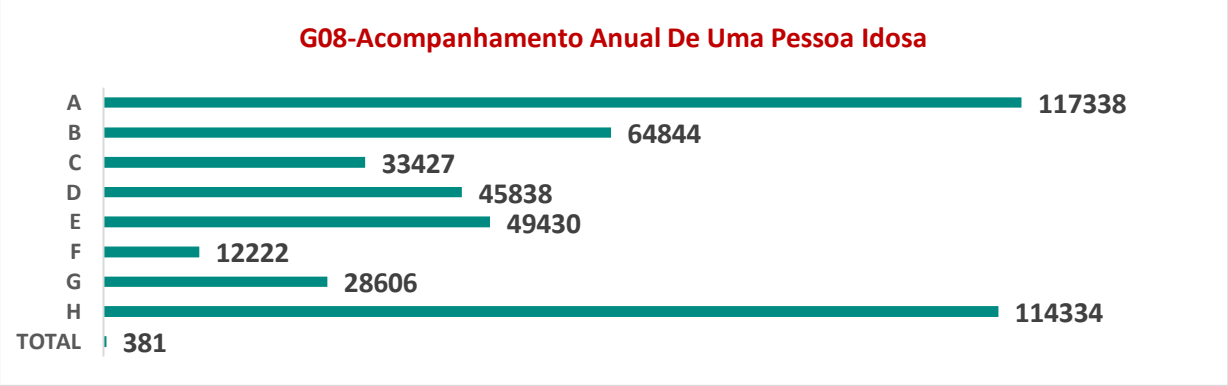
H - Não ter recebido LC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses. **Total-** Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H].

AGOSTO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	8023	4503	2282	3102	3574	720	2033	7813	30
CF ANNA NERY	4104	2383	1257	2023	1827	710	1237	3914	29
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	3447	2461	1409	1611	1840	490	530	3401	8
CF BARBARA STARFIELD	5764	3195	1711	2777	2513	843	1188	5585	17
CF BIBI VOGEL	4267	2948	1502	2553	2257	973	1221	3845	61
CF CARIOCA	993	724	424	675	606	96	398	943	4
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	5368	2995	1668	2170	2345	432	950	5312	10
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	5347	2860	1349	2005	2095	421	1857	5209	8
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	8168	3227	1385	2244	2343	892	1129	8084	18
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	4383	2375	1256	1559	1861	428	831	4303	16
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	2345	1700	902	1124	1412	68	495	2340	4
CF IZABEL DOS SANTOS	4612	2542	1524	1782	2005	407	1115	4521	20
CF LUIZ CELIO PEREIRA	7750	4078	1724	2914	2852	782	1756	7573	20
CF OLGA PEREIRA PACHECO	5687	3085	1769	2063	2548	493	1406	5575	12
CF SERGIO NICOLAU AMIN	5071	2351	1098	1808	1619	360	694	5007	3
CMS ANTENOR NASCENTES	1225	773	532	516	688	137	626	1157	6

CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3384	2262	1115	808	1660	415	470	3342	2
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	4449	2586	1326	2063	1957	390	1138	4351	17
CMS CESAR PERNETTA	5978	2422	938	1607	1337	526	1232	5870	18
CMS EDUARDO A VILHENA	4626	2393	1399	1647	2108	359	1549	4487	15
CMS ELIZA ABRANTES	4172	2246	1286	1361	1822	358	1694	4037	9
CMS MILTON FONTES MAGARAO	7496	4074	2155	2445	3163	779	2403	7280	30
CMS RENATO ROCCO	3139	2145	1264	1498	1667	584	466	3039	5
CMS RODOLPHO ROCCO	5313	3315	1380	2626	2286	295	1491	5229	11
CMS TIA ALICE	2227	1201	772	857	1045	264	697	2117	8
AP 3.2	**117338**	**64844**	**33427**	**45838**	**49430**	**12222**	**28606**	**114334**	**381**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto**, no Grupo 08 (G8) – Acompanhamento anual de uma pessoa idosa, a Área Programática pontuou **381** usuários. 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.

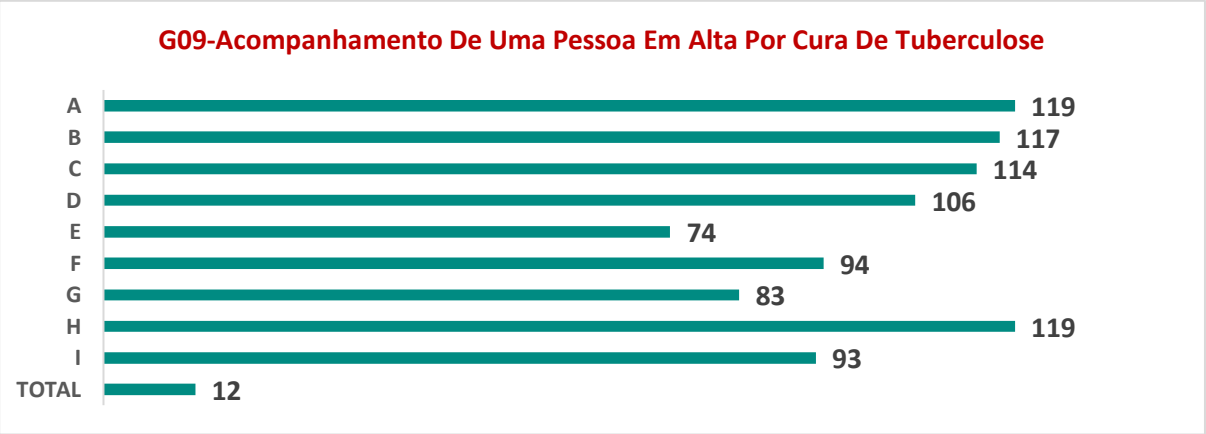
Total - Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I].

AGOSTO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	5	5	5	5	3	5	5	5	4	2
CF ANNA NERY	6	6	6	5	1	5	5	6	6	0
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	13	13	12	10	9	4	10	13	12	0
CF BARBARA STARFIELD	3	3	3	3	2	3	3	3	1	0
CF BIBI VOGEL	7	7	7	7	5	5	6	7	5	0
CF CARIOCA	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	5	5	5	5	3	3	3	5	5	1
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	2	2	2	2	1	2	2	2	1	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	4	4	4	4	2	4	4	4	2	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	2	1	1	2	1	2	2	2	1	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	2	2	2	2	0	1	0	2	2	0
CF IZABEL DOS SANTOS	7	7	7	7	6	7	7	7	3	2
CF LUIZ CELIO PEREIRA	5	5	5	5	2	5	4	5	4	1
CF OLGA PEREIRA PACHECO	10	10	10	8	6	8	10	10	7	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	3	3	3	3	3	3	1	3	2	0
CMS ANTENOR NASCENTES	3	3	2	3	2	3	0	3	3	2
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	3	3	3	2	1	1	2	3	3	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	8	7	8	7	7	7	4	8	6	1
CMS CESAR PERNETTA	5	5	5	3	5	5	0	5	5	0
CMS EDUARDO A VILHENA	3	3	2	2	3	3	3	3	2	0
CMS ELIZA ABRANTES	6	6	6	6	2	6	0	6	6	2

CMS MILTON FONTES MAGARAO	6	6	6	5	4	5	4	6	4	1
CMS RENATO ROCCO	6	6	6	5	3	4	3	6	5	0
CMS RODOLPHO ROCCO	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0
CMS TIA ALICE	2	2	2	2	1	2	2	2	1	0
AP 3.2	**119**	**117**	**114**	**106**	**74**	**94**	**83**	**119**	**93**	**12**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare

No mês de **agosto**, no Grupo 09 (G9) – Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose, a Área Programática pontuou **12** 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.

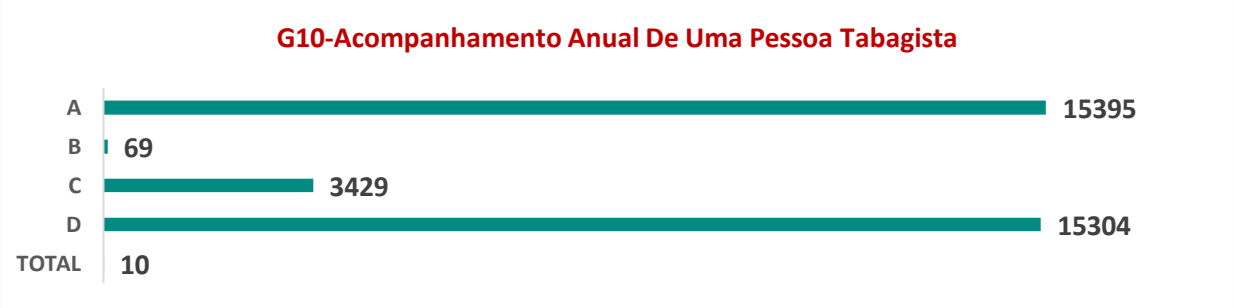
D - Não ter recebido LC no grupo de ação 10 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

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

AGOSTO 2026

UNIDADE	A	B	C	D	TOTAL
CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA	801	4	224	790	0
CF ANNA NERY	877	1	178	875	1
CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA	853	0	174	853	0
CF BARBARA STARFIELD	592	0	186	592	0
CF BIBI VOGEL	529	9	152	521	1
CF CARIOCA	316	0	190	316	0
CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA	923	5	152	920	0
CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO	859	3	215	854	0
CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA	562	0	109	562	0
CF HERBERT JOSE DE SOUZA	427	1	94	427	0
CF HONORIO JOSE DE ANDRADE	325	2	11	325	2
CF IZABEL DOS SANTOS	496	0	132	496	0
CF LUIZ CELIO PEREIRA	651	15	182	633	1
CF OLGA PEREIRA PACHECO	873	0	284	865	0
CF SERGIO NICOLAU AMIN	492	1	97	490	0
CMS ANTENOR NASCENTES	164	0	0	164	0
CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES	713	0	112	713	0
CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO	940	0	169	938	0
CMS CESAR PERNETTA	222	8	60	208	0
CMS EDUARDO A VILHENA	319	0	66	319	0
CMS ELIZA ABRANTES	762	1	102	762	1
CMS MILTON FONTES MAGARAO	939	3	131	939	2
CMS RENATO ROCCO	741	0	134	741	0
CMS RODOLPHO ROCCO	599	2	139	593	0
CMS TIA ALICE	420	14	136	408	2
AP 3.2	**15395**	**69**	**3429**	**15304**	**10**

Fonte: Prontuário Eletrônico Vitacare



No mês de **agosto** de 2026, no Grupo 10 (G10) Acompanhamento de uma pessoa tabagista – a Área Programática pontuou **10** usuários. No G9, a principal lacuna de cuidado identificada no mês refere-se a 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