

R001/2014 - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - ASF

Trimestre de Avaliação:

1º Trimestre

Ano: 2025

REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO

CG:	R001/2014 - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - ASF
CRS:	Coordenadoria Regional de Saúde Sul
STS:	Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros
OS:	Associação Saúde da Família – ASF
Local:	Rua Doutor Siqueira Campos, 172, Liberdade - São Paulo - SP - CEP: 01509-020. Sala de Reuniões 24, 10º andar - CPCSS / SMS.G
Data:	17/04/2025 às 08:32h
Pauta:	Avaliação dos Indicadores: Equipe I e II, Produção, Qualidade e Monitoramento da Execução Contratual do 1º Trimestre de 2025.
Fonte de Dados:	Nº Processo SEI Assistencial 6018.2025/0000674-5 WEBSASS - Demonstrativos de Apontamentos Técnicos (7.02) - 1ª Extração em 30/10/2025 - 2ª Extração em 03/11/2025

INFORMES GERAIS

A avaliação referente ao 1º trimestre de 2025 foi excepcionalmente realizada fora do cronograma originalmente previsto, em razão da necessidade de adequações técnicas e operacionais voltadas a assegurar o pleno atendimento às diretrizes e parâmetros definidos nas normativas vigentes.

A confecção desta ATA considera as legislações, vigentes no período, conforme segue.

Portaria SMS.G nº 739/2022 de 17 de novembro de 2022 - Introduz alterações na Portaria SMS nº 223/2022, a qual estabelece diretrizes e critérios para a retomada integral do atendimento presencial de consultas, exames e procedimentos nas Redes de Atenção Básica e Especializada.

Portaria SMS.G nº 143/2023 de 13 de março de 2023 - Institui e torna pública a versão atualizada em fevereiro de 2023 do Manual de Acompanhamento Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão, que objetiva orientar e subsidiar equipes técnicas da Secretaria Municipal de Saúde e das Organizações Sociais.

Portaria SMS.G nº 288/2023 de 17 de maio de 2023 - Introduz alterações na Portaria SMS nº 143/2023, que institui e torna pública a versão atualizada em fevereiro de 2023 do Manual de Acompanhamento Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão.

Decreto Municipal nº 63.266 de 18 de março de 2024 - Declara situação de emergência em saúde pública na Cidade de São Paulo em razão de epidemia de Dengue e estabelece a adoção de providências correlatas.

Portaria SMS.G nº 804 de 29 de novembro de 2024 - Regulamenta as práticas de teleassistência no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, atualiza os conceitos da teleassistência e revoga a Portaria SMS nº 267/2023.

Portaria SMS.G nº 866 de 31 de dezembro de 2024 - Atualiza os indicadores de qualidade, produção e monitoramento para os contratos de gestão e parcerias celebrados pela Secretaria Municipal da Saúde com Organizações Sociais, da Rede Assistencial das Supervisões Técnicas de Saúde – RAST e do Componentes Hospitalar, bem como dispõe sobre o acompanhamento assistencial desses contratos.

Portaria SMS nº 3/2025 de 16 de janeiro de 2025 - Confere diretrizes às Coordenadorias Regionais de Saúde e à Coordenadoria de Assistência Hospitalar para a confecção padronizada dos Termos Aditivos e dos Termos de Apostilamento dos Contratos de Gestão, no âmbito da Rede Assistencial das Supervisões Técnicas de Saúde - RASTS e da Rede Assistencial Hospitalar – RAH e das parcerias regidas pelo MROSC.

Portaria SMS.G nº 84 de 19 de fevereiro de 2025 – Institui na Secretaria Municipal de Saúde, o “Curador Institucional” aos moradores de Serviços Residencial Terapêutico - STRs e pacientes internados em Hospitais de longa permanência geridos por Organização Social – OS.

Portaria SMS.G nº 419 de 23 de julho de 2025 – Altera a Portaria SMS nº 03, de 15 de janeiro de 2025, que confere diretrizes às Coordenadorias Regionais de Saúde e à Coordenadoria de Assistência Hospitalar para a confecção padronizada dos Termos Aditivos e dos Termos de Apostilamento dos Contratos de Gestão, no âmbito da Rede Assistencial das Supervisões Técnicas de Saúde - RASTS e da Rede Assistencial Hospitalar – RAH e das parcerias regidas pelo MROSC.

Portaria SMS.G nº 699/2025 de 18 de dezembro de 2025 - Dispõe sobre o Regimento Interno das Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA) dos Contratos de Gestão da Saúde e dá outras providências.

Nota Técnica SMS/CPCS/DAMA nº 027/2025 – A presente Nota Técnica tem por objetivo compatibilizar o Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão às normativas da Portaria SMS nº 532/2024 e Portaria SMS nº 867/2024 e estabelecer novo fluxo e orientação de retificação de relatórios, sendo eles: P1, Déficit de equipe e Indicadores de Qualidade.

TERMOS ADITIVOS VIGENTES NO PERÍODO DE AVALIAÇÃO

Termo Aditivo nº 123/2024 - SMS.G: Aprovação de Plano Orçamentário do Custeio Regular para o período de setembro de 2024 a fevereiro de 2025, conforme portaria 490/2024 SMS.G, incluído dos termos aditivos apartados aprovados até julho de 2024: TA 112/2024, TA 113/2024, TA 115/2024, TA 116/2024 e TA 118/2024, TA 120/2024.

Termo Aditivo nº 127/2024 - SMS.G: Utilização de saldo de rendimento bancário para substituição ao médico PMMB na UBS Colônia, para o período de novembro de 2024 a fevereiro de 2025.

Termo Aditivo nº 130/2025 - SMS.G: Utilização de saldo financeiro de recursos repassados (Fonte 00) para incremento do valor da insalubridade da categoria Agente Comunitário de Saúde (ACS), conforme Convenção SINDHOSFIL, para o período de maio de 2024 a fevereiro de 2025.

Termo Aditivo nº 131/2025 - SMS.G: Inclusão de custeio do plano orçamentário, para continuidade do Termo Aditivo 125/2024, gratificação de ACS (auxílio deslocamento destinado exclusivamente as unidades de saúde rurais e microáreas rurais) para o período de janeiro a fevereiro de 2025.

Termo Aditivo nº 132/2025 - SMS.G: Aprovação de Plano Orçamentário do Custeio Regular para o período de março a agosto de 2025, considerando as portarias de SMS.G 866/2024 e 003/2025 e NT 027/2025, com a inclusão dos Termos Aditivos 125/24, TA 126/24, TA 127/24, TA 130/25.

Termo Aditivo nº 135/2025 - SMS.G: Inclusão no Contrato de Gestão de vigilância nas UBSs para o período a partir de 18 de fevereiro de 2025.

Termo de Apostilamento nº 013/2025 - SMS.G: Atualização do Termo Aditivo 123/2024, considerando a Portaria 866/2024 a partir de Janeiro de 2025.

Termo de Apostilamento nº 014/2025 - SMS.G: Atualização dos Termos Aditivos e Termos de Apostilamentos a partir de janeiro de 2025, considerando a Portaria 003/2025 e Nota Técnica 027/2025.

Termo de Apostilamento nº 016/2025 - SMS.G: Correção das metas do CER II Parelheiros nos termos aditivos TA 104/2024, TA 106/2024 e TA 123/2024 período de fevereiro de 2024 à fevereiro de 2025, considerando, NOTA TÉCNICA 024/2024.

Termo de Apostilamento nº 024/2025 - SMS.G: Complementar e anexar o Quadro de RH referente ao termo de apostilamento 013/2025, considerando a portaria 866/2024.

R001/2014 - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - ASF	Produção Trimestral WEBSAASS			
	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL DO TRIMESTRE
	REAL	REAL	REAL	TOTAL REAL
SAÚDE INDÍGENA				
Nº VD FAMÍLIA CADASTRADA ACS ESF INDÍGENA	366	533	349	1248
Nº VISITAS DOMICILIAR AUX/TEC ENFERMAGEM ESF	368	226	333	927
Nº ATIVIDADE COLETIVA PICS	0	0	0	0
Nº ATIVIDADE INDIVIDUAL PICS (PROCEDIMENTOS)	0	0	28	28
Nº CONSULTA ENFERMEIRO ESF INDÍGENA	266	169	288	723
Nº CONSULTA MÉDICA ESF INDÍGENA	187	317	152	656
Nº CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR FARMACÊUTICO	77	44	68	189
Nº CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NUTRICIONISTA	90	81	56	227
Nº CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR PSICÓLOGO	68	74	70	212
Nº CONSULTAS/ATENDIMENTOS ODONTO ESB	98	111	89	298
Nº GRUPO FARMACÊUTICO	10	7	19	36
Nº GRUPO NUTRICIONISTA	11	17	18	46
Nº GRUPO PSICÓLOGO	16	13	11	40
Nº TRATAMENTO INICIAL TI CLINICO/RESTAURADOR ESB	16	36	36	88
Nº TRATAMENTO INICIAL TI PROTESE ESB	1	0	0	1
TOTAL	1574	1628	1517	4719

DÉFICIT EQUIPE I	SAÚDE INDÍGENA			
PROFISSIONAL	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
AGENTE INDÍGENA DE SANEAMENTO/40H	0	0	0,32	0,32
AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE/40H	1,42	2,75	0	4,17
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL/40H	0	0,54	0,42	0,96
ENFERMEIRO/40H	0,71	1,25	0,74	2,7
EQUIPE ADMINISTRATIVA				
JOVEM APRENDIZ/20H	1	1	1	3
TOTAL DO MÊS	3,13	5,54	2,48	11,15
TOTAL	1º Trimestre			

COMENTÁRIOS E JUSTIFICATIVAS

Houve déficit de equipe.

Termo Aditivo nº 130/2025 - SMS.G: O incremento do valor da insalubridade da categoria Agente Comunitário de Saúde (ACS), conforme Convenção SINDHOSFIL, foi formalizado conforme documentação disponível no Processo SEI nº 6018.2024/0119402-0. O valor foi repassado aos trabalhadores em Janeiro de 2025 e documentação foi disponibilizada pela OSS na Prestação de Contas.

Termo Aditivo nº 131/2025 - SMS.G: A gratificação de ACS para auxílio deslocamento destinado exclusivamente as unidades de saúde rurais e microáreas rurais foi formalizado conforme documentação disponível no Processo SEI nº 6018.2025/0007377-9. O valor foi repassado aos trabalhadores em Dezembro de 2025, com efeitos retroativos a Setembro de 2025 e documentação foi disponibilizada pela OSS na Prestação de Contas.

Trimestre de Avaliação: 1º Trimestre Ano: 2025

R001/2014 - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - ASF	Produção Trimestral WEBSAASS									Cálculo Déficit de Equipe x Metas Previstas						Parametrização da Produção x Déficit de Equipe			Trava 100%					
	Janeiro			Fevereiro			Março			TOTAL DO TRIMESTRE			Déficit Profissional	Meta Mensal por Profissional	Total de Produção	AUSÊNCIAS LEGAIS	Meta Mensal por Profissional	Total de Produção	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %
	REAL	PREV.	%	REAL	PREV.	%	REAL	PREV.	%	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %												
ATENÇÃO DOMICILIAR - EMAD/EMAP																								
Nº VISITA DOMICILIAR ENFERMEIRO EMAD	100	110	90,91%	107	110	97,27%	103	110	93,64%	310	330	93,94%			0	0,02	110	2,2	310	327,8	94,57%	310	327,8	94,57%
Nº VISITA DOMICILIAR FISIOTERAPEUTA EMAD	45	80	56,25%	79	80	98,75%	84	80	105,00%	208	240	86,67%			0	0,5	80	40	208	200	104,00%	200	200	100,00%
Nº VISITA DOMICILIAR MÉDICO EMAD	71	110	64,55%	79	110	71,82%	56	110	50,91%	206	330	62,42%	1,39	55	76,45	0,67	55	36,85	206	216,7	95,06%	206	216,7	95,06%
Nº VISITA DOMICILIAR TEC.ENF. EMAD	170	240	70,83%	255	240	106,25%	177	240	73,75%	602	720	83,61%			0	2,06	80	164,8	602	555,2	108,43%	555	555,2	100,00%
Nº PACIENTES ATIVOS EM ATENDIMENTO DOMICILIAR EMAD	70	70	100,00%	74	70	105,71%	73	70	104,29%	217	210	103,33%			0			0	217	210	103,33%	210	210	100,00%
Nº PACIENTES DESOSPITALIZADOS	5	8	62,50%	5	8	62,50%	3	8	37,50%	13	24	54,17%			0			0	13	24	54,17%	13	24	54,17%
Nº VISITA DOMICILIAR ASSISTENTE SOCIAL EMAD	77	80	96,25%	90	80	112,50%	84	80	105,00%	251	240	104,58%			0			0	251	240	104,58%	240	240	100,00%
Nº VISITA DOMICILIAR NUTRICIONISTA EMAD	98	106	92,45%	98	106	92,45%	104	106	98,11%	300	318	94,34%			0			0	300	318	94,34%	300	318	94,34%
TOTAL	636	804	79,10%	787	804	97,89%	684	804	85,07%	2107	2412	87,35%	1,4	55	76	3,3	325	244	2107	2091,7	100,73%	2034	2092	97,25%

DÉFICIT EQUIPE I	ATENÇÃO DOMICILIAR - EMAD/EMAP			
PROFISSIONAL	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
MÉDICO CLÍNICO/GERIATRA/PEDIATRA/20H	0	0,39	1	1,39
EQUIPE ADMINISTRATIVA				
TOTAL DO MÊS	0	0,39	1	1,39
TOTAL	1º Trimestre			1,39

AUSÊNCIAS LEGAIS	ATENÇÃO DOMICILIAR - EMAD/EMAP			
PROFISSIONAL	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM/40H	0,91	0,14	1,01	2,06
ENFERMEIRO/40H	0	0	0,02	0,02
FISIOTERAPEUTA/30H	0,5	0	0	0,5
MÉDICO CLÍNICO/GERIATRA/PEDIATRA/20H	0,57	0,1	0	0,67
TOTAL DO MÊS	1,98	0,24	1,03	3,25
TOTAL	1º Trimestre			3,25

COMENTÁRIOS E JUSTIFICATIVAS

A linha de serviço EMAD atingiu 87,35%, porém, após a trava de 100% atingiu 86,61% da produção prevista, com a parametrização do Déficit de Equipe e das Ausências Legais atingiu 97,25%. Não há indicativo de desconto de produção. Houve déficit de equipe.

Em conformidade com a 4ª versão do Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão, os Relatórios P1 têm como finalidade apresentar, de forma descritiva, as ocorrências mensais que impactaram o resultado da produção. Os Relatórios P1 do período estão disponíveis no Processo SEI nº 6018.2025/0000674-5, docs. SEI nº 123576660, 123566165 e 125521815.

Nos termos do §3º e §4º do Artigo 10 da Portaria SMS nº 866/2024, é prevista a elaboração de Plano de Providências para os casos em que os indicadores apresentarem desempenho inferior à meta estabelecida ou superior em 20% por três meses consecutivos.

Doc. SEI nº 154849130 - O indicador - Nº VISITA DOMICILIAR MÉDICO EMAD - O desempenho abaixo da meta no período avaliado decorre de desligamentos, déficit de profissionais, treinamentos (FAST MEDIC) e atividades obrigatórias (capacitações clínicas) sendo tomadas medidas como priorização clínica de casos com maior gravidade (Casos agudos; Pacientes recém-desospitalizados; Situações de cuidados paliativos e Acompanhamento de urgências e remoções).

O indicador - Nº PACIENTES DESOSPITALIZADOS - O desempenho abaixo da meta no período de janeiro a março de 2025 decorre de fatores assistenciais diretamente relacionados ao perfil clínico dos pacientes internados no Hospital Municipal de Parelheiros (HMP). Foi realizado: um plano de ação construído com a equipe EMAD, revisando fluxos e critérios de elegibilidade; Aproximação ativa com o Hospital Municipal de Parelheiros, fortalecendo a comunicação com equipes médicas e de enfermagem; Criação e uso de planilha compartilhada (DRIVE) para notificação rápida de altas e Revisão e atualização diária do mapa de potenciais desospitalização.

Trimestre de Avaliação: **1º Trimestre** Ano: **2025**

R001/2014 - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - ASF	Produção Trimestral WEBSAASS												Parametrização da Produção x Déficit de Equipe			Trava 100%		
	Janeiro			Fevereiro			Março			TOTAL DO TRIMESTRE			TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %
	REAL	PREV.	%	REAL	PREV.	%	REAL	PREV.	%	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %						
PAI - PROGRAMA DE ACOMPANHANTES DE IDOSOS																		
Nº DE IDOSO EM ACOMPANHAMENTO	120	120	100,00%	123	120	102,50%	122	120	101,67%	365	360	101,39%	365	360	101,39%	360	360	100,00%
TOTAL	120	120	100,00%	123	120	102,50%	122	120	101,67%	365	360	101,39%	365	360	101,39%	360	360	100,00%

DÉFICIT EQUIPE I	PAI - PROGRAMA DE ACOMPANHANTES DE IDOSOS			
PROFISSIONAL	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
				0
EQUIPE ADMINISTRATIVA				
				0
TOTAL DO MÊS	0	0	0	0
TOTAL	1º Trimestre			

COMENTÁRIOS E JUSTIFICATIVAS

A linha de serviço PAI atingiu **101,39%**, porém, após a trava de 100% atingiu **100%** da produção prevista. Não há indicativo de desconto de produção. Não houve déficit de equipe.

Em conformidade com a 4ª versão do Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão, os **Relatórios P1** têm como finalidade apresentar, de forma descritiva, as ocorrências mensais que impactaram o resultado da produção. Os Relatórios P1 do período estão disponíveis no **Processo SEI nº 6018.2025/0000674-5**, docs. SEI nº 123576660, 123566165 e 125521815.

Nos termos do **§3º** e **§4º** do **Artigo 10 da Portaria SMS nº 866/2024**, é prevista a elaboração de **Plano de Providências** para os casos em que os indicadores apresentarem desempenho inferior à meta estabelecida ou superior em **20% por três meses consecutivos**.

Trimestre de Avaliação: **1º Trimestre** Ano: **2025**

R001/2014 - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - ASF	Produção Trimestral WEBSAASS											Parametrização da Produção x Déficit de Equipe			Trava 100%			
	Janeiro			Fevereiro			Março			TOTAL DO TRIMESTRE			TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %
	REAL	PREV.	%	REAL	PREV.	%	REAL	PREV.	%	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %						
CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL																		
Nº ATENDIMENTO DOMICILIAR PACIENTE E /OU FAMILIARES EM CAPS	44	30	146,67%	33	30	110,00%	40	30	133,33%	117	90	130,00%	117	90	130,00%	90	90	100,00%
Nº MATRICIAMENTO DE EQUIPES (RUE)	3	2	150,00%	3	2	150,00%	5	2	250,00%	11	6	183,33%	11	6	183,33%	6	6	100,00%
Nº MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	19	18	105,56%	19	18	105,56%	18	18	100,00%	56	54	103,70%	56	54	103,70%	54	54	100,00%
Nº PACIENTE COM CADASTRO ATIVO CAPS (RAAS)	184	155	118,71%	194	155	125,16%	195	155	125,81%	573	465	123,23%	573	465	123,23%	465	465	100,00%
TOTAL	250	205	121,95%	249	205	121,46%	258	205	125,85%	757	615	123,09%	757	615	123,09%	615	615	100,00%

DÉFICIT EQUIPE I	CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL			
PROFISSIONAL	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM/40H	0,48	0,00	0,00	0,48
MÉDICO PEDIATRA/PSIQUIATRA/NEUROLOGISTA/20H	1	1	1	3
EQUIPE ADMINISTRATIVA				
TOTAL DO MÊS	1,48	1,00	1,00	3,48
TOTAL	1º Trimestre			

COMENTÁRIOS E JUSTIFICATIVAS

A linha de serviço RAPS-CAPS atingiu **123,09%**, porém, após a trava de 100% atingiu **100,00%** da produção prevista. Não há indicativo de desconto de produção. Houve déficit de equipe.

Termo Aditivo nº 132/2025 - SMS.G: A inclusão do contrato de vigilância ao Contrato de Gestão da ASF ocorreu em 18/02/2025. Documentação disponível no Processo SEI nº 6018.2025/0026642-9.

Em conformidade com a 4ª versão do Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão, os **Relatórios P1** têm como finalidade apresentar, de forma descritiva, as ocorrências mensais que impactaram o resultado da produção. Os Relatórios P1 do período estão disponíveis no Processo **SEI nº 6018.2025/0000674-5, docs. SEI nº 123576660, 123566165 e 125521815.**

Nos termos do **§3º e §4º do Artigo 10 da Portaria SMS nº 866/2024**, é prevista a elaboração de **Plano de Providências** para os casos em que os indicadores apresentarem desempenho inferior à meta estabelecida ou superior em **20% por três meses consecutivos**.

Ofício ASF_SUL 146/2025 - Doc SEI nº 123321673: O indicador **Nº de Pacientes com Cadastro Ativo CAPS (RAAS)** atingiu o percentual de 125,16% - Houve aumento significativo nos acolhimentos iniciais no CAPS devido à retomada das aulas e ampliação da rede para crianças e adolescentes. Continuou-se a busca ativa de usuários que não comparecem por transporte, melhora do quadro ou condições que exigem intervenções no território. Assim, foram alcançados mais usuários com maior gravidade, demandando equipe constante no território.

O indicador **Nº de Matriciamento de Equipes RUE** atingiu o percentual de 150% - Em fevereiro foram realizados 3 matriciamentos com pontos da RUE, destacando a importância de organizar o cuidado longitudinal para casos agudos e crises de crianças e adolescentes. O objetivo é garantir um serviço comunitário que construa alternativas de cuidado integral.

Trimestre de Avaliação: 1º Trimestre Ano: 2025

DÉFICIT EQUIPE I	SRT - SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO			
PROFISSIONAL	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
ACOMPANHANTE COMUNITÁRIO/36H	0,58	0,46	0,74	1,78
EQUIPE ADMINISTRATIVA				
TOTAL DO MÊS	0,58	0,46	0,74	1,78
TOTAL	1º Trimestre			

COMENTÁRIOS E JUSTIFICATIVAS

Houve déficit de equipe.

Termo de Apostilamento nº 013/2025 - SMS.G: Serviço de Residência Terapêutica SRT Parelheiros I e SRT Parelheiros II passam a não considerar o n° de leitos ocupados nos termos aditivos.

- O SRT Parelheiros I tem 8 vagas disponíveis.
- O SRT Parelheiros II tem 10 vagas disponíveis.

R001/2014 - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - ASF	Produção Trimestral WEBSAASS												Cálculo Déficit de Equipe x Metas Previstas			Parametrização da Produção x Déficit de Equipe			Trava 100%		
	Janeiro			Fevereiro			Março			TOTAL DO TRIMESTRE			Déficit OS	Meta Mensal por Profissional	Total de Produção	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %
	REAL	PREV.	%	REAL	PREV.	%	REAL	PREV.	%	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %									
REDE DE CUIDADOS PCD																					
CER II - CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO																					
Nº PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO/TERAPIA	711	300	237,00%	779	300	259,67%	754	300	251,33%	2244	900	249,33%			0	2244	900	249,33%	900	900	100,00%
Nº PACIENTE NOVO REAB INTELCTUAL - CER	7	30	23,33%	37	30	123,33%	28	30	93,33%	72	90	80,00%			0	72	90	80,00%	72	90	80,00%
Nº PROCEDIMENTO POR PACIENTE	3,75	5	75,00%	3,2	5	64,00%	2,85	5	57,00%	9,8	15	65,33%			0	9,8	15	65,33%	10	15	65,33%
Nº PROCEDIMENTOS ACUPUNTURISTA - CER	249	90	276,67%	267	90	296,67%	215	90	238,89%	731	270	270,74%			0	731	270	270,74%	270	270	100,00%
Nº PROCEDIMENTOS ANESTESISTA - CER	37	60	61,67%	37	60	61,67%	51	60	85,00%	125	180	69,44%	1,5	60	90	125	90	138,89%	90	90	100,00%
Nº PROCEDIMENTOS ASSISTENTE SOCIAL - CER	268	270	99,26%	271	270	100,37%	101	270	37,41%	640	810	79,01%	0,68	135	91,8	640	718,2	89,11%	640	718,2	89,11%
Nº PROCEDIMENTOS FISIATRA - CER	83	60	138,33%	77	60	128,33%	91	60	151,67%	251	180	139,44%			0	251	180	139,44%	180	180	100,00%
Nº PROCEDIMENTOS FISIOTERAPEUTA - CER	462	405	114,07%	450	405	111,11%	463	405	114,32%	1375	1215	113,17%			0	1375	1215	113,17%	1215	1215	100,00%
Nº PROCEDIMENTOS FONOAUDIÓLOGO - CER	199	360	55,28%	322	360	89,44%	254	360	70,56%	775	1080	71,76%	0,77	180	138,6	775	941,4	82,32%	775	941,4	82,32%
Nº PROCEDIMENTOS NEUROLOGISTA - CER	61	60	101,67%	54	60	90,00%	15	60	25,00%	130	180	72,22%	0,82	60	49,2	130	130,8	99,39%	130	130,8	99,39%
Nº PROCEDIMENTOS NEUROPEDIATRA - CER	40	60	66,67%	44	60	73,33%	48	60	80,00%	132	180	73,33%	1,5	60	90	132	90	146,67%	90	90	100,00%
Nº PROCEDIMENTOS ORTOPEDISTA - CER	128	60	213,33%	116	60	193,33%	89	60	148,33%	333	180	185,00%			0	333	180	185,00%	180	180	100,00%
Nº PROCEDIMENTOS PSICÓLOGO - CER	291	180	161,67%	256	180	142,22%	196	180	108,89%	743	540	137,59%			0	743	540	137,59%	540	540	100,00%
Nº PROCEDIMENTOS TERAPEUTA OCUPACIONAL - CER	322	270	119,26%	378	270	140,00%	384	270	142,22%	1084	810	133,83%			0	1084	810	133,83%	810	810	100,00%
APD - PROGRAMA ACOMPANHANTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA																					
Nº PACIENTE ACOMPANHADO PELA EQUIPE APD	76	80	95,00%	98	80	122,50%	84	80	105,00%	258	240	107,50%			0	258	240	107,50%	240	240	100,00%
PROCEDIMENTOS ACOMPANHANTE APD	278	324	85,80%	279	324	86,11%	307	324	94,75%	864	972	88,89%			0	864	972	88,89%	864	972	88,89%
PROCEDIMENTOS EQUIPE TÉCNICA APD	175	205	85,37%	178	205	86,83%	171	205	83,41%	524	615	85,20%			0	524	615	85,20%	524	615	85,20%
TOTAL	3390,75	2819	120,28%	3646,2	2819	129,34%	3253,85	2819	115,43%	10290,8	8457	121,68%	5,3	495	460	10290,8	7997,4	128,68%	7530	7997	94,15%

DÉFICIT EQUIPE I	REDE DE CUIDADOS PCD				
	PROFISSIONAL	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
CER II - CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO					
ASSISTENTE SOCIAL/30H	0	0	0,68		0,68
FONOAUDIÓLOGO/40H	0	0	0,77		0,77
MÉDICO ANESTESISTA/20H	0,5	0,5	0,5		1,5
MÉDICO NEUROLOGISTA/20H	0	0,32	0,5		0,82
MÉDICO NEUROPEDIATRA/20H	0,5	0,5	0,5		1,5
RELATÓRIO DE MEDIÇÃO DE EQUIPE I TLP (ADMINISTRATIVO)					
					0
APD - PROGRAMA ACOMPANHANTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA					
					0
RELATÓRIO DE MEDIÇÃO DE EQUIPE I TLP (ADMINISTRATIVO)					
					0
TOTAL DO MÊS	1	1,32	2,95		5,27
TOTAL	1º Trimestre				

COMENTÁRIOS E JUSTIFICATIVAS

A linha de serviço REDE DE CUIDADO PCD atingiu 121,68%, porém, após a trava de 100% atingiu 89,95% da produção prevista, com a parametrização do Déficit de Equipe atingiu 94,15%. Não há indicativo de desconto de produção. Houve déficit de equipe.

Em conformidade com a 4ª versão do Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão, os Relatórios P1 têm como finalidade apresentar, de forma descritiva, as ocorrências mensais que impactaram o resultado da produção. Os Relatórios P1 do período estão disponíveis no Processo SEI nº 6018.2025/0000674-5, docs. SEI nº 123576660, 123566165 e 125521815.

Nos termos do §3º e §4º do Artigo 10 da Portaria SMS nº 866/2024, é prevista a elaboração de Plano de Providências para os casos em que os indicadores apresentarem desempenho inferior à meta estabelecida ou superior em 20% por três meses consecutivos.

Doc. SEI nº 154849130 - O indicador - Nº PROCEDIMENTO POR PACIENTE - O desempenho apresentado no indicador decorre de limitações estruturais relacionadas ao modelo atual de registro e consolidação da produção no sistema, que agrega de forma indistinta os atendimentos do CER, do APD e do Ambulatório de Dor. Essa configuração impacta diretamente a acurácia da análise, uma vez que o cálculo automático considera o total de pacientes vinculados ao CNES do CER, sem diferenciar os serviços. Foram realizadas ações como: contagem manual dos atendimentos; Plano de ação construído com a equipe; Aproximação com a gestão do Hospital de Parelheiros e Proposição de separação do CNES entre CER e Ambulatório de Dor.

O indicador - Nº PROCEDIMENTOS ANESTESISTA - CER - O desempenho abaixo da meta no período analisado decorre exclusivamente de fatores relacionados à força de trabalho, a profissional responsável pela execução dos procedimentos de anestesia solicitou redução de 10 horas em sua carga horária, gerando déficit imediato na capacidade produtiva do setor e houve dificuldade no preenchimento da vaga considerando a localização da unidade. Foi realizado: plano de ação construído com a equipe e Atuação conjunta com o RH, conseguindo regularizar o indicador em outro trimestre.

O indicador - Nº PROCEDIMENTOS FONOAUDIÓLOGO - CER - O serviço enfrentou sucessivas reduções de carga horária e ausência prolongada de profissional, o que impactou de forma direta a capacidade produtiva mensal. Foram realizadas ações como: plano de ação construído com a equipe, reorganizando fluxos e monitoramento contínuo das vacâncias.

O indicador - Nº PROCEDIMENTOS NEUROPEDIATRA - CER - o serviço apresentou déficit constante de 0,50 da carga horária prevista, impactando diretamente a capacidade de oferta de procedimentos. Foram realizadas ações como: intensificação da busca por profissionais, em articulação com o RH, incluindo abertura para contratação na modalidade PJ, ampliando as possibilidades de captação; reorganização interna da agenda, priorizando pacientes com demandas mais emergenciais e direcionamento dos casos prioritários para a médica do serviço.

O indicador - Nº PROCEDIMENTOS EQUIPE TÉCNICA APD - O desempenho abaixo da meta no período analisado decorre de limitações estruturais relacionadas à composição incompleta da equipe técnica da APD Parelheiros que não conta com o coordenador. O serviço operou com déficit de 0,51 da carga horária prevista, o que impactou diretamente a capacidade de realização de procedimentos. Foram realizadas ações como: Elaboração de plano de trabalho com proposta de adequação de equipe e reorganização interna dos fluxos.



Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
 Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde - CPCS
 Coordenadoria Regional de Saúde Sul
 R001/2014 - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - ASF

Trimestre de Avaliação: 1º Trimestre Ano: 2025

R001/2014 - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - ASF	Produção Trimestral WEBSAASS									Parametrização da Produção x Déficit de Equipe			Trava 100%					
	Janeiro			Fevereiro			Março			TOTAL DO TRIMESTRE			TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %
	REAL	PREV.	%	REAL	PREV.	%	REAL	PREV.	%	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %						
CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS																		
Nº APARELHO ENTREGUE	10	10	100,00%	12	10	120,00%	12	10	120,00%	34	30	113,33%	34	30	113,33%	30	30	100,00%
Nº CONSULTAS/ATENDIMENTOS ODONTO ESB*	120	87	137,93%	131	87	150,57%	139	87	159,77%	390	261	149,43%	390	261	149,43%	261	261	100,00%
Nº PROCEDIMENTO CIRURGIA ORAL	119	60	198,33%	104	60	173,33%	80	60	133,33%	303	180	168,33%	303	180	168,33%	180	180	100,00%
Nº PROCEDIMENTO ENDO	84	144	58,33%	78	144	54,17%	102	144	70,83%	264	432	61,11%	264	432	61,11%	264	432	61,11%
Nº PROCEDIMENTO PACIENTE ESPECIAL	113	80	141,25%	95	80	118,75%	13	80	16,25%	221	240	92,08%	221	240	92,08%	221	240	92,08%
Nº PROCEDIMENTO PERIO	93	80	116,25%	93	80	116,25%	89	80	111,25%	275	240	114,58%	275	240	114,58%	240	240	100,00%
Nº PROCEDIMENTO SEMIO	31	44	70,45%	30	44	68,18%	14	44	31,82%	75	132	56,82%	75	132	56,82%	75	132	56,82%
Nº TRATAMENTO CONCLUÍDO TC PROTESE CEO	85	84	101,19%	49	84	58,33%	60	84	71,43%	194	252	76,98%	194	252	76,98%	194	252	76,98%
Nº TRATAMENTO INICIAL TI CLINICO/RESTAURADOR ESB*	19	13	146,15%	25	13	192,31%	25	13	192,31%	69	39	176,92%	69	39	176,92%	39	39	100,00%
Nº TRATAMENTO INICIAL TI PROTESE CEO	106	88	120,45%	94	88	106,82%	56	88	63,64%	256	264	96,97%	256	264	96,97%	256	264	96,97%
Nº TRATAMENTO INICIAL TI PROTESE ESB*	5	4	125,00%	7	4	175,00%	6	4	150,00%	18	12	150,00%	18	12	150,00%	12	12	100,00%
TOTAL	785	694	113,11%	718	694	103,46%	596	694	85,88%	2099	2082	100,82%	2099	2082	100,82%	1772	2082	85,11%

R001/2014 - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - ASF	Produção Trimestral WEBSAASS									Parametrização da Produção x Déficit de Equipe			Trava 100%					
	Janeiro			Fevereiro			Março			TOTAL DO TRIMESTRE			TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %
	REAL	PREV.	%	REAL	PREV.	%	REAL	PREV.	%	TOTAL REAL	TOTAL PREV.	TOTAL %						
CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS																		
Nº APARELHO ENTREGUE	10	10	100,00%	12	10	120,00%	12	10	120,00%	34	30	113,33%	34	30	113,33%	30	30	100,00%
Nº PROCEDIMENTO CIRURGIA ORAL	119	84	141,67%	104	84	123,81%	80	84	95,24%	303	252	120,24%	303	252	120,24%	252	252	100,00%
Nº PROCEDIMENTO ENDO	84	108	77,78%	78	108	72,22%	102	108	94,44%	264	324	81,48%	264	324	81,48%	264	324	81,48%
Nº PROCEDIMENTO PACIENTE ESPECIAL	113	80	141,25%	95	80	118,75%	13	80	16,25%	221	240	92,08%	221	240	92,08%	221	240	92,08%
Nº PROCEDIMENTO PERIO	93	80	116,25%	93	80	116,25%	89	80	111,25%	275	240	114,58%	275	240	114,58%	240	240	100,00%
Nº PROCEDIMENTO SEMIO	31	26	119,23%	30	26	115,38%	14	26	53,85%	75	78	96,15%	75	78	96,15%	75	78	96,15%
Nº TRATAMENTO CONCLUÍDO TC PROTESE CEO	85	84	101,19%	49	84	58,33%	60	84	71,43%	194	252	76,98%	194	252	76,98%	194	252	76,98%
Nº TRATAMENTO INICIAL TI PROTESE CEO	106	88	120,45%	94	88	106,82%	56	88	63,64%	256	264	96,97%	256	264	96,97%	256	264	96,97%
TOTAL	641	560	114,46%	555	560	99,11%	426	560	76,07%	1622	1680	96,55%	1622	1680	96,55%	1532	1680	91,19%

DÉFICIT EQUIPE I	CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS				
	PROFISSIONAL	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL/40H		0,72	1,00	0	1,72
CIRURGIÃO DENTISTA PROTETISTA/20H		0	0,64	1	1,64
CIRURGIÃO DENTISTA PNE/20H		0	0	0,74	0,74
EQUIPE ADMINISTRATIVA					
JOVEM APRENDIZ/20H		1	1	0	2
TOTAL DO MÊS		1,72	2,64	1,74	
TOTAL		1º Trimestre			6,10

COMENTÁRIOS E JUSTIFICATIVAS

A linha de serviço CEO, considerando o segundo quadro apresentado, após considerações de STS PA e interlocutor de Saúde Bucal, atingiu 96,55%, porém, após a trava de 100% atingiu 91,19% da produção prevista. Não há indicação de desconto. Houve déficit de equipe.

Ofício ASF_SUL - 165/2026 - Doc. SEI nº 154849434 - Destaca-se que, em função das necessidades do território e pactuação com a STS Parelheiros, as agendas das especialidades odontológicas foram executadas de forma distinta da prevista nos Termos Aditivos nº 123/2024 (set/2024 a fev/2025) e nº 132/2025 (mar/2025 a ago/2025). Tal adequação foi posteriormente regularizada com novos ajustes por meio do TA nº 137/2025, vigente a partir de setembro de 2025. Com o objetivo de subsidiar tecnicamente as adequações realizadas nas agendas e na composição das especialidades do CEO Parelheiros, foi enviado memorando para STS PA em 13/06/2024 decorrente da reunião técnica realizada em 03/06/2024 em que foi pactuado o seguinte:

Considerando-se a baixa demanda nas Filas de Espera das Especialidades de Endodontia e Prótese e a necessidade de aumento de 1 ASB seguem as propostas:

- ENDODONTIA - Considerando a baixa demanda na F.E para a especialidade e a quantidade de vagas ofertadas/mês (160) para que não haja perdas primárias, propõe-se deslocar um profissional endodontista de 20h para Atenção Primária auxiliando a demanda da UBS Vila Roschel que hoje atende 20h semanais sendo justificados nos indicadores.
- PRÓTESE - Considerando a redução da Filas de Espera na especialidade devido à realização das próteses pelas UBS e quantidade de vagas ofertadas pelo CEO sugerimos que 1 profissional protetista de 20h de seguimento aos tratamentos protéticos iniciados pelas UBS de 2 equipes que estão com tempo médio de interconsultas de 40 dias dando assim maior celeridade a conclusão dos tratamentos sendo justificados os indicadores de TC.
- ESTOMATOLOGIA - Considerando a baixa demanda para a especialidade no território e a dificuldade de cumprir as metas do contrato foi sugerido que a agenda do profissional de 20h fosse dividida em 12h semanais para Estomatologia e 8h semanais para Cirurgia Oral menor auxiliando assim a diminuição da F.E de Cirurgia que se encontra com alta demanda sendo justificado nos indicadores.
- Necessidade de contratar 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) - Contratação de 1 ASB – temos um quadro atual de 9 auxiliares, porém não suficiente para atender toda a demanda para os processos de expurgo e esterilização que se intensificaram com as novas adequações para atender o padrão ONA, além do fluxo de profissionais na clínica em atendimento nos períodos da manhã e tarde sendo 7 profissionais por período.

Os indicadores - **Nº CONSULTAS/ATENDIMENTOS ODONTO ESB***, **Nº TRATAMENTO INICIAL TI CLINICO/RESTAURADOR ESB*** e **Nº TRATAMENTO INICIAL TI PROTESE ESB*** - Após discussão com a Assessoria Técnica de Saúde Bucal, ficou pactuado que deverão ser cadastrados em Termo Aditivo, com meta associada, apenas os indicadores previstos em Portaria vigente no período avaliado. Considerando a vulnerabilidade do território em questão e a inexistência de cadeira odontológica de Cirurgião-Dentista (CD) na UBS de referência, o presente CEO incorporou dois profissionais com o objetivo de suprir essa demanda assistencial. Ressalta-se que o acompanhamento da produção desses profissionais deve ocorrer de forma local, não devendo o Termo Aditivo e o WS conter meta associada a tais profissionais, uma vez que esta atuação não está prevista em Portaria vigente.

Em conformidade com a 4ª versão do Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Serviços, os **Relatórios P1** têm como finalidade apresentar, de forma descritiva, as ocorrências mensais que impactaram o resultado da produção. Os Relatórios P1 do período estão disponíveis no **Processo SEI nº 6018.2025/0000674-5**, docs. SEI nº 12357660, 123566165 e 125321515.

Relatório P1 JAN/25 - O indicador - **Nº PROCEDIMENTO ENDO** - atingiu 58,33% da meta. Houve 1 déficit por ausência legal.

O indicador - **Nº PROCEDIMENTO SEMIO** - atingiu 70,45% da meta. Houve 0,002 déficit por ausência legal somado à uma pactuação com STS PA de agenda de 12h semanais.

Relatório P1 FEV/25 - O indicador - **Nº PROCEDIMENTO ENDO** - atingiu 54,17% da meta. Houve 0,45 déficit por ausência legal somado à um absenteísmo de 43 pacientes para conclusão do tratamento impactando em 39,80% da meta.

O indicador - **Nº PROCEDIMENTO SEMIO** - atingiu 68,18% da meta. Houve 0,022 déficit por ausência legal somado à uma pactuação com STS PA de agenda de 12h semanais.

O indicador - **Nº TRATAMENTO CONCLUÍDO TC PROTESE CEO** - atingiu 58,33% da meta. Houve 0,64 déficit profissional e 0,01 déficit por ausência legal somado a solicitação de desligamento por parte do dentista protetista, sem cumprir aviso prévio, deixando de atender 40 pacientes prontos para a conclusão do tratamento protético no período.

Relatório P1 MAR/25 - O indicador - **Nº PROCEDIMENTO ENDO** - atingiu 70,83% da meta. Houve 0,02 déficit por ausência legal somado a um impacto de 37,50% da meta por feriado e pactuação com STS PA de 60h semanais de agenda para a especialidade.

O indicador - **Nº PROCEDIMENTO SEMIO** - atingiu 31,82% da meta. Houve um impacto de 37,50% da meta por feriado somado a uma baixa demanda de procedimentos para esse especialidade no período.

O indicador - **Nº PROCEDIMENTO PACIENTE ESPECIAL** - atingiu 16,25% da meta. Houve 0,74 déficit profissional somado a um impacto de 9,75% da meta por feriado.

O indicador - **Nº TRATAMENTO CONCLUÍDO TC PROTESE CEO** - atingiu 71,43% da meta. Houve 1 déficit profissional.

O indicador - **Nº TRATAMENTO INICIAL TI PROTESE CEO** - atingiu 63,64% da meta. Houve 1 déficit profissional somado a um impacto de 28,13% a meta por feriado.

Nos termos do 3º e 4º do Artigo 10 da Portaria SMS nº 866/2024, é prevista a elaboração de **Plano de Providências** para os casos em que os indicadores apresentarem desempenho inferior à meta estabelecida ou superior em 20% por três meses consecutivos.

Justificativa do não alcance da meta - Doc. SEI nº 154849130 - O indicador - **Nº PROCEDIMENTO ENDO** - O desempenho abaixo da meta no período analisado decorre de fatores assistenciais e operacionais diretamente relacionados à força de trabalho e à adesão dos usuários ao tratamento. Foram realizadas ações como: reorganização de agenda; monitoramento de absenteísmo e alinhamento com a gestão local visando adequação de carga horária conforme pactuação.

O indicador - **Nº PROCEDIMENTO SEMIO** - O desempenho abaixo da meta no período analisado está diretamente relacionado à configuração pactuada da agenda e ao perfil de demanda da especialidade no território. Agenda com carga horária reduzida pactuada com a STS Parelheiros, a especialidade passou a operar com 12 horas semanais, o que naturalmente reduz a capacidade de produção mensal quando comparada às metas parametrizadas para cargas horárias superiores. Essa condição se manteve de forma contínua nos três meses avaliados. O período apresentou reduzido número de casos com indicação para procedimentos de estomatologia, o que impactou diretamente o volume de atendimentos realizados. Foram realizadas ações como: monitoramento contínuo da demanda; revisão interna dos fluxos de encaminhamento e acompanhamento da pactuação de carga horária.

Trimestre de Avaliação: 1º Trimestre

Ano: 2025

DÉFICIT EQUIPE I	EEV - EQUIPE ESPECIALIZADA DE VIOLÊNCIA			TOTAL TRIMESTRE
	Janeiro	Fevereiro	Março	
PROFISSIONAL				0
EQUIPE ADMINISTRATIVA				0
TOTAL DO MÊS	0	0	0	0
TOTAL	1º Trimestre			0

COMENTÁRIOS E JUSTIFICATIVAS

Não houve déficit de equipe.



Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde - CPCS
Coordenadoria Regional de Saúde Sul
R001/2014 - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros - ASF

Trimestre de Avaliação:

1º Trimestre

Ano: 2025

SADT - SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

COMENTÁRIOS E JUSTIFICATIVAS

Termo de Apostilamento nº 013/2025 - SMS.G: considerando a Portaria 866/2024 SMS.G a partir de janeiro de 2025, onde o Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico, passa a ter um indicador de monitoramento (M 15) e sem metas de exames no termo aditivo.

Trimestre de Avaliação: 1º Trimestre Ano: 2025

DÉFICIT EQUIPE I	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO + PRONTO SOCORRO MUNICIPAL			
PROFISSIONAL	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
UPA III PALHEREIROS - EQUIPE TÉCNICA REGULAR				
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL DIURNO/12H	0,29	0	0	0,29
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL NOTURNO/12H	0	0	1	1
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM/40H	0	0	0,06	0,06
CIRURGIÃO DENTISTA NOTURNO/12H	0,32	0	0	0,32
ENFERMEIRO/36H	1,68	1,57	0,9	4,15
ENFERMEIRO/40H	1	0,32	0	1,32
ENFERMEIRO NOTURNO/36H	0	0	0,1	0,1
EQUIPE ADMINISTRATIVA REGULAR - UPA III PALHEREIROS				
AUXILIAR DE APOIO DIURNO/36H	0	0	0,87	0,87
AUXILIAR DE APOIO NOTURNO/36H	0,06	0	0	0,06
AUXILIAR TÉCNICO ADMINISTRATIVO/36H	0	0,14	0,06	0,2
AUXILIAR TÉCNICO ADMINISTRATIVO/40H	1	0	0	1
JOVEM APRENDIZ/20H	0	0	1	1
TÉCNICO DE FARMÁCIA DIURNO/36H	0	0,54	0	0,54
PSM/PA - EQUIPE TÉCNICA REGULAR				
ENFERMEIRO DIURNO/36H	0	0,39	0,16	0,55
ENFERMEIRO/40H	1	1	1	3
EQUIPE ADMINISTRATIVA REGULAR - PSM/PA				
TÉCNICO DE INFORMÁTICA/40H	0	0	0,19	0,19
TOTAL DO MÊS	5,35	3,96	5,34	14,65
TOTAL	1º Trimestre			

DÉFICIT EQUIPE I PMSP	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO + PRONTO SOCORRO MUNICIPAL			
PROFISSIONAL	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM PMSP/30H	7	7	7	21
ENFERMEIRO PMSP/30H	1	1	1	3
EQUIPE ADMINISTRATIVA				
				0
TOTAL DO MÊS	8	8	8	24
TOTAL	1º Trimestre			

DÉFICIT EQUIPE II	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO + PRONTO SOCORRO MUNICIPAL			
PLANTÃO	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
PSM - EQUIPE REGULAR				
MÉDICO CLÍNICO DIURNO/12H	0,76	0,78	0,66	2,2
MÉDICO CLÍNICO NOTURNO/12H	0,52	0,92	1,56	3
MÉDICO PEDIATRA DIURNO/12H	0,71	0,73	0,85	2,29
MÉDICO PEDIATRA NOTURNO/12H	0,1	0,33	0,18	0,61
UPA III PARELHEIROS				
MÉDICO CIRURGIÃO DIURNO/12H	2	1,22	0,15	3,37
MÉDICO CIRURGIÃO NOTURNO/12H	3	0	0,04	3,04
MÉDICO CLÍNICO DIURNO/12H	0,24	0,91	1,16	2,31
MÉDICO CLÍNICO NOTURNO/12H	1	0,7	0,59	2,29
MÉDICO ORTOPEDISTA DIURNO/12H	2,02	1,03	3,47	6,52
MÉDICO ORTOPEDISTA NOTURNO/12H	1,06	0,27	2,38	3,71
MÉDICO PEDIATRA DIURNO/12H	1,13	0,26	0,88	2,27
MÉDICO PEDIATRA NOTURNO/12H	1	0	2	3
MÉDICO PSIQUIATRA DIURNO/12H	9,03	5,02	2	16,05
MÉDICO PSIQUIATRA NOTURNO/12H	4	1	0,03	5,03
TOTAL DO MÊS	26,57	13,17	15,95	55,69
TOTAL	1º Trimestre			

COMENTÁRIOS E JUSTIFICATIVAS
Houve déficit de equipe.
Termo Aditivo nº 132/2025 - SMS.G: A contratação de (1) Jovem Aprendiz na UBS Parelheiros ocorreu em 17/06/2025 e já encontra-se atuando. Documentação disponível no Processo SEI nº 6018.2025/0026642-9. A prestação de Contas deste TA foi realizada através dos Relatório de Equipe do período avaliado com o apontamento dos déficits de contratação, que podem ser visualizados através do processo SEI nº 6018.2025/0000674-5.

Trimestre de Avaliação: **1º Trimestre** Ano: **2025**

DÉFICIT EQUIPE	COORDENAÇÃO DE GESTÃO - UNIDADE ADMINISTRATIVA REGIONAL			
PROFISSIONAL	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO II/40H	0	0	1	1
JOVEM APRENDIZ/20H	1	1	1,29	3,29
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO III/40H	0	0	1	1
TOTAL DO MÊS	1	1	3,29	5,29
TOTAL	1º Trimestre			

DÉFICIT EQUIPE	INSTITUCIONAL OSS			
PROFISSIONAL	Janeiro	Fevereiro	Março	TOTAL TRIMESTRE
				0
TOTAL DO MÊS	0	0	0	0
TOTAL	1º Trimestre			

COMENTÁRIOS E JUSTIFICATIVAS

Houve déficit de equipe.

Dimensões da Avaliação de Desempenho do Contrato - Condolidado de Produção

Modalidades de Atenção	Linhas de Serviço	Recursos Humanos		Produção				
		Déficit de Equipe I (Profissionais)	Déficit de Equipe II (Plantões)	Realizada	Prevista	% Realizado	Produção Final	
							% Final após análise (trava de 100%)	Resultado
Atenção Básica	UBS ESF	71,61		275199	268095	102,65%	97,58%	Não há indicação de desconto
	UBS SAÚDE INDÍGENA	11,15		4719				
	ATENÇÃO DOMICILIAR	1,39		2107	2091,7	100,73%	97,25%	Não há indicação de desconto
	PAI	0		365	360	101,39%	100,00%	Não há indicação de desconto
Atenção Especializada e Redes Temáticas	CAPS	3,48		757	615	123,09%	100,00%	Não há indicação de desconto
	SRT/UA	1,78						
	REDE DE CUIDADOS PCD	5,27		10290,8	7997,4	128,68%	94,15%	Não há indicação de desconto
	CUIDADOS ODONTOLÓGICOS	6,1		1622	1680	96,55%	91,19%	Não há indicação de desconto
	ATEND. À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	0						
	SADT							
Urgência e Emergência	UPA III + PSM	14,65	55,69					
ADMINISTRATIVO OSS	CTA OSS	5,29						
	INSTITUCIONAL OSS	0						
PERFORMANCE TOTAL DO CG NO TRIMESTRE		120,72	55,69	295059,8	280839			

INFORMAÇÕES GERAIS

As Dimensões da Avaliação de Desempenho do Contrato - Condolidado de Produção e Dimensionamento de equipes, foram retirados de TA vigente ao período (TA 123/2024 e TA 132/2025) e embasados na Portaria 866/2025.

Dimensões da Avaliação de Desempenho do Contrato - Consolidado dos Indicadores de Qualidade												
Objetivo	Indicador	Relatório	Meta	Matriz Termo de Aditivo nº 123/2024 e 132/2025			Resultado			Pontuação		
				Janeiro	Fevereiro	Março	Janeiro	Fevereiro	Março	Janeiro	Fevereiro	Março
Avaliação da efetiva realização das reuniões dos conselhos gestores das unidades conforme calendário de reuniões previamente estabelecido e o cumprimento dos requisitos legais de competência dos conselhos gestores locais.	Funcionamento do Conselho Gestor	Q1	≥ 80%			25			100%			25
Permite avaliar se o prazo de resposta das queixas registradas na Rede de Ouvidorias SUS atende o previsto na legislação.	Atendimento às Solicitações da Ouvidoria	Q2	≥ 80%		25			94%			25	
Espera-se verificar a qualidade do registro do atendimento, por meio da avaliação dos seguintes itens: Identificação do profissional (nome legível e número de registro classe) responsável pela consulta/atendimento; Data de atendimento; Descrição de exame clínico; Hipótese diagnóstica, quando couber; Conduta	Avaliação do Prontuário e Fichas de Atendimento	Q3	≥ 90%		25			97,78%			25	
Espera-se monitorar a cobertura vacinal em crianças com até 04 anos, 11 meses e 29 dias de modo a controlar a ocorrência de doenças imunopreveníveis.	Calendário Vacinal	Q4	≥ 90%									
Pretende-se fomentar a consulta do recém-nascido em tempo oportuno, considerando a importância do momento para avaliações e orientações à família, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil.	Consulta do Recém Nascido até o 10º dia	Q5	≥ 60%	15			31,16%			JUSTIFICADO		
Pretende-se fomentar a consulta do recém-nascido em tempo oportuno, considerando a importância do momento para avaliações e orientações à família, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil.	Consulta do Recém Nascido até o 11º e 30º dia	Q6	≥ 60%	15			16,33%			JUSTIFICADO		
Espera-se qualificar a assistência, por meio da formação dos profissionais da Rede, monitorando a realização das ações planejadas.	Apresentação, Aprovação e Execução do Plano de Educação Permanente Aprovado pela CRS	Q7	≥ 90%	40			100%			40		
Espera-se qualificar a assistência ao pré-natal, por meio da realização de no mínimo 7 consultas.	Número de Consultas Pré Natal	Q8	≥ 90%			25			94,17%			25
Avalia a proporção de gestantes que realizaram exames mínimos do pré-natal, com vistas a minimizar danos à gestante e criança.	Exames da Gestante	Q9	≥ 90%			25			90,53%			25
Permite a análise do acesso da gestante ao cuidado em Saúde Bucal durante a gestação, visando identificar e tratar agravos bucais que têm potencial relação com desfechos adversos na gestação.	Consulta Odontológica da Gestante	Q10	≥ 75%			25			81,41%			25
Pretende-se que todos os casos de violência notificados sejam referenciados à equipe do NPV para atendimento inicial.	Atendimento do Núcleo de Prevenção à Violência	Q11	≥ 60%	15			SEM DADOS			JUSTIFICADO		
Espera-se, através da realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica – AMPI, qualificar a assistência à saúde da população idosa.	Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (AMPI-AB)	Q12	≥ 30%									
Permite avaliar a resolutividade e consequente acesso ao tratamento odontológico.	Tratamento Odontológico Concluído nas UBS (Saúde Bucal)	Q13	≥ 75%	15			100%			15		
Monitorar a adesão ao protocolo de classificação de risco, assegurando que todos os pacientes tenham sua condição avaliada de forma sistemática e sejam encaminhados para atendimento com base na gravidade e necessidade clínica. Esse indicador visa melhorar a segurança do paciente, a eficiência operacional e a qualidade do atendimento.	UPA Percentual de Pacientes com Risco Classificado	Q14	≥ 90%		25			105%			25	
Monitorar a existência e a operação das Comissões Obrigatórias e o cumprimento de suas obrigações regimentais	LUPA Comissões Obrigatórias	Q15	≥ 90%		25			100%			25	
PONTUAÇÃO FINAL DA MATRIZ DE INDICADORES										55	100	100

INFORMAÇÕES GERAIS:

O Consolidado dos Indicadores de Qualidade foi retirado da: "Matriz dos indicadores de Qualidade" presente no Termo Aditivo nº 123/2024, Anexo II, p. 5; e Termo Aditivo 132/2025, Anexo III, p. 5; para o período de competência avaliado por esta CTA.

Q1: Não há indicação de desconto de qualidade.

Q2: Não há indicação de desconto de qualidade.

Q3: Não há indicação de desconto de qualidade.

Q4: Não previsto para o período.

Q5: Não atingiu a meta, mas frente as justificativas apresentadas pela OSS, e aceitas em CTA; não há indicação de desconto de qualidade.
Relatório Q5 - Doc. SEI nº 122122567 e Ofício ASF_SUL - 088/2025 Doc. SEI nº 123581944. Considerando as limitações técnicas dos relatórios atualmente disponíveis, a rastreabilidade dos dados necessários à apuração e a qualidade técnica do processo avaliativo, o indicador encontra-se justificado. Ressalta-se que a SMS mantém esforços contínuos para qualificação dos instrumentos de registro, de modo a assegurar maior consistência e fidedignidade às informações." Dessa forma, a apresentação de relatório nominal deixa de ser obrigatória para a avaliação, permanecendo válida a justificativa acima em caso de não atingimento da meta.

Q6: Não atingiu a meta, mas frente as justificativas apresentadas pela OSS, e aceitas em CTA; não há indicação de desconto de qualidade.
Relatório Q6 - Doc. SEI nº 123578557 e Ofício ASF_SUL - 427/2025 Doc. SEI nº 142778307. Considerando as limitações técnicas dos relatórios atualmente disponíveis, a rastreabilidade dos dados necessários à apuração e a qualidade técnica do processo avaliativo, o indicador encontra-se justificado. Ressalta-se que a SMS mantém esforços contínuos para qualificação dos instrumentos de registro, de modo a assegurar maior consistência e fidedignidade às informações.

Q7: Não há indicação de desconto de qualidade.

Q8: Não há indicação de desconto de qualidade.

Q9: Não há indicação de desconto de qualidade.

Q10: Não há indicação de desconto de qualidade.

Q11: Não atingiu a meta, mas frente as justificativas apresentadas pela OSS, e aceitas em CTA; não há indicação de desconto de qualidade.
Relatório Q11 - Doc. SEI nº 124039719. Não é possível a formalização do Relatório Q11 (período de referência: janeiro/2025), uma vez que o indicador Violência, previsto na Portaria nº 866, possui período de pontuação em janeiro/2025 e período de medição entre julho e outubro/2024, anterior à instituição do código do procedimento 0301049181 – Atendimento inicial à pessoa em situação de violência. Ressalta-se que referido código foi disponibilizado apenas em meados de fevereiro/2025, inexistindo, portanto, base operacional para a apuração do indicador no período de medição estabelecido.

Q12: Não previsto para o período.

Q13: Não há indicação de desconto de qualidade.

Q14: Não há indicação de desconto de qualidade.

Q15: Não há indicação de desconto de qualidade.

Informamos que a assinatura deste documento ocorre digitalmente, dentro da plataforma SEI.

ASSINATURAS

Informamos que a assinatura deste documento ocorreu digitalmente e constará na informação seguinte a este arquivo, no processo SEI assistencial de referência. Assim, esta deve ser entendida como parte integrante da ata de CTA.

Validado,

OS Titular: Glauber Alves dos Prazeres

OS Suplente: Alan Sabino Santos Silva

STS Titular: Lirian Leiko Takahahi

STS Suplente: Juliane Oliveira Leite

CRS Titular: Samara Bragagnolo

CRS Suplente: Erika de Almeida Lima

CPCS (Coordenador de CTA): Giovanna Pagliuso dos Santos

CPCS Suplente: Marina Sanches Pereira

OBSERVAÇÕES

Participaram como convidados:

OSS: Diego da Silveira - Assessor Técnico

OSS: Glaucia Percin - Assessora da Área Monitoria e Avaliação

OSS: Quezia Gomes do Nascimento - Assessora Técnica

STS: Denis de Oliveira Souza - Assistente Administrativo de Gestão

STS: Alessandra Ramalho da Silva - Assessora Técnica III