

NOTA TÉCNICA Nº 027/2025 – SMS/CPCS/DAMA

Atualizada em 08/01/2025

1. ASSUNTO

- 1.1. 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](#).
- 1.2. Estabelecer novo fluxo e orientação de retificação de relatórios, sendo eles: P1, Déficit de equipe e Indicadores de Qualidade.

2. ANÁLISE

- 2.1. A [Portaria SMS nº 532/2024](#) atualiza os indicadores de qualidade, produção e monitoramento para os contratos de gestão celebrados pela Secretaria Municipal da Saúde com Organizações Sociais, da Rede Assistencial das Supervisões Técnicas de Saúde – RAST, bem como dispõe sobre o acompanhamento assistencial desses contratos. Esta Portaria revoga a Portaria SMS nº 333/2022 e demais relacionadas.
- 2.2. A [Portaria SMS nº 867/2024](#) altera os Anexos I, II e IV da Portaria SMS nº 532 de 14 de agosto de 2024.

3. CONCLUSÃO

- 3.1. Onde se lê Portaria SMS nº 333/2022, leia-se Portaria SMS nº 532/2024.
- 3.2. Passam a ser alteradas as disposições dos itens no Manual, conforme segue abaixo:

1.4 Registro da Execução do Contrato de Gestão no WebSAASS

Na página 9, **Fluxo de registro**, onde se lê:

Observação: fluxo conforme **Ofício nº 102/2022-SMS.G/CPCSS**.

Leia-se:

Observação: fluxo conforme **Ofício nº 102/2022-SMS.G/CPCSS e Ofício nº 307/2024 -SMS.G/CPCSS.**

2.1 Acompanhamento Mensal

Na página 11, onde se lê:

- “A avaliação dos relatórios da equipe se dará no trimestre de validação e haverá 60 dias de prazo após o término do trimestre a fim de que haja retificação dos Relatórios de Medição da equipe através de inserção no SEI.

Observação: em todos os Relatórios inseridos no SEI deverão constar assinatura e carimbo legível da OS, STS e CRS e data. Caso seja evidenciado qualquer relatório incompleto, a CPCS/DAMA abrirá solicitação do reenvio do relatório com as devidas retificações.”

Leia-se:

- “A CPCS/DIAF é a divisão responsável pela avaliação dos Relatórios de Medição da equipe no trimestre de validação.
- As retificações dos Relatórios deverão ser solicitadas dentro do prazo estipulado e inseridas no processo SEI com a respectiva justificativa. A justificativa para a retificação deverá ser encaminhada tanto para a CPCS/DIAF quanto para a CPCS/DAMA.
- As solicitações de retificação deverão ser acompanhadas de um e-mail enviado à CPCS/DIAF, com cópia para CPCS/DAMA, para que a divisão fique ciente da retificação realizada, que contenha:
 - Número do Contrato de Gestão;
 - Competência do relatório;
 - Número do documento SEI referente ao relatório original;
 - Número do documento SEI do novo relatório retificado.

Nos casos em que as CRS/STS inserirem solicitações de retificação de relatório no Processo SEI sem o envio da justificativa correspondente via Processo SEI e por e-mail a esta CPCS, tais retificações não serão consideradas nas avaliações.

Observação: Em todos os Relatórios inseridos no Processo SEI, deverão constar assinatura e carimbo legível da OSS, STS e CRS, além da data correspondente. Conforme parecer jurídico consultado pela CPCS/DAMA, constante no Processo SEI nº 6018.2024/0028252-0 e doc. SEI nº 100666931, em casos de recusa da OSS em assinar o relatório por discordância de seu conteúdo, a STS/CRS deverá encaminhar os relatórios à OSS por meio de correio com Aviso de Recebimento (AR) ou por e-mail com confirmação de recebimento, assegurando a comprovação da entrega ao destinatário e configurando ciência inequívoca. A confirmação dessa ciência inequívoca deverá ser anexada ao Processo SEI.

Para além das questões tratadas no parecer jurídico, caso seja identificado qualquer relatório de déficit de equipe, de indicadores de qualidade ou de não atingimento de produção (P1) incompleto, a

CPCS/DAMA procederá à abertura de uma solicitação formal para o reenvio do relatório com as devidas retificações.”

2.2 Acompanhamento para o Déficit da Equipe I

Na página 12, onde se lê:

“Critérios para apontamento:

- Devem ser apontados os profissionais mensalistas/diaristas, dentro do quadro previsto para contratação da OS, que não foram contratados no mês.

Profissional mensalista/diarista é aquele que é contratado com carga horária semanal definida e recebe ao final do mês um valor fixo, correspondente ao seu contrato. O mensalista pode executar o seu trabalho com cargas horárias diárias definidas pelos acordos institucionais, contanto que cumpra a carga horária total. Por exemplo, o enfermeiro contratado para cumprir 36h semanais, e as faz 12/36h é um mensalista de 180h/mês. Os déficits dessa modalidade de contratação devem ser apontados no Relatório de Medição da equipe I.”

Leia-se:

“Critérios para apontamento:

- Devem ser apontados os profissionais mensalistas/diaristas, dentro do quadro previsto para contratação da OSS, que não foram contratados no mês. Caso a contratação não seja efetivada integralmente durante o mês, o déficit deverá ser apontado de forma proporcional ao tempo não coberto, considerando-se o fracionamento diário. Exemplo: caso a vaga não seja preenchida por 15 dias, será registrado um déficit de 0,5 em relação ao mês de referência.

Profissional mensalista/diarista é aquele que é contratado com carga horária semanal definida e recebe ao final do mês um valor fixo, correspondente ao seu contrato. O mensalista pode executar o seu trabalho com cargas horárias diárias definidas pelos acordos institucionais, contanto que cumpra a carga horária total. Por exemplo, o enfermeiro contratado para cumprir 36h semanais, e as faz 12/36h é um mensalista de 180h/mês. Os déficits dessa modalidade de contratação devem ser apontados no Relatório de Medição da equipe I.”

Na página 13, onde se lê:

“**Observação:** verificar no Contrato, quanto à gestão de pessoas, se é prevista a reposição de faltas, licenças e férias, a fim de não ocasionar prejuízo à assistência. Em caso afirmativo, a não reposição deve constar Relatório de Medição da equipe I a fins de desconto considerando o déficit correspondente ao período não resposto.”

Em substituição, informe-se que:

“**Observação:** Este item foi suprimido, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Portaria SMS nº 532/2024, que regula o acompanhamento do déficit de equipe.”

Os procedimentos e o cronograma estabelecidos para os Relatórios de Acompanhamento do Déficit da Equipe I passam a vigorar conforme descrito a seguir:

Procedimentos para Confecção Relatório Equipe I

- a. A OSS deverá preencher os dados da equipe contratada no WebSAASS até o 15º dia do mês subsequente ao de verificação.
- b. A STS, extraído relatório do WebSAASS, avaliará e validará as informações relativas aos “não contratados” da OSS e aos afastamentos por licença médica superiores a 30 dias. Todos os trabalhadores contratados durante o mês de apuração deverão ser considerados, independentemente do dia em que ocorreu a contratação.

Sugestões de fonte de consulta: CNES; SISRH; Verificação in loco.

1. O sistema WebSAASS não admite a inserção de valores decimais para o apontamento de déficits de equipe. Portanto, nos casos em que o apontamento deve ser proporcional ao tempo não coberto, a verificação in loco deverá ser utilizada como a fonte de dados para a elaboração dos Relatórios de Déficit de Equipe.
- c. A STS enviará os Relatórios da equipe para a OSS dar ciência aos apontamentos. Após a devolução, os relatórios serão encaminhados à CRS.
 - d. A CRS incluirá cópia do Relatório da Equipe no Processo SEI assistencial do respectivo CG, devidamente assinada por todas as instâncias ou acompanhada do anexo que comprove a confirmação da ciência inequívoca da OSS, até o 10º dia do 2º mês subsequente ao de verificação.
 - e. Caso a OSS identifique algum apontamento indevido, deverá apresentar à STS os comprovantes da contestação em até 5 dias. Se a STS considerar a contestação procedente, o relatório deverá ser refeito.
 - f. A CPCS/DIAF é responsável pela aplicação dos descontos conforme os Relatórios da equipe inseridos no SEI, conforme a metodologia estabelecida no Manual de Acompanhamento Financeiro dos Contratos de Gestão.
 - g. A CPCS/DIAF disponibilizará no processo SEI financeiro, vinculado ao processo assistencial, a Memória de Cálculo referente aos descontos do déficit da equipe I.

Exemplo Cronograma – Referência Janeiro

MÊS	AÇÃO
JANEIRO	Mês de verificação.
ATÉ 15 DE FEVEREIRO	A OSS registra as informações no WebSAASS.
ATÉ 10 DE MARÇO	A CRS/STS inclui a cópia dos Relatórios de Equipe no SEI, juntamente com a ciência da OSS.
ATÉ 15 DE MARÇO	A OSS solicita a retificação de relatório, apresentando comprovantes de contestação.
ATÉ 30 DE MARÇO	Último dia para a entrega de relatórios retificados, quando necessário. Os relatórios devem ser inseridos no processo SEI com a respectiva justificativa, que deve ser encaminhada tanto para a CPCS/DIAF quanto para a CPCS/DAMA. As solicitações de retificação deverão ser acompanhadas de um e-mail enviado a CPCS/DIAF, com cópia para CPCS/DAMA, contendo: Número do CG; competência do relatório; números dos docs. SEI referente ao relatório original e a retificação. Caso haja uma intempestividade temporal e a necessidade de justificar um grande volume que onere e prejudique a OSS, deverá constar uma observação no relatório subsequente para a dedução do valor descontado.

2.3 Acompanhamento para o Déficit da Equipe II

Os procedimentos e o cronograma estabelecidos para os Relatórios de Acompanhamento do Déficit da Equipe II passam a vigorar conforme descrito a seguir:

Procedimentos para Confecção Relatório Equipe II

- a. OSS deverá preencher os dados da equipe contratada no WebSAASS até o 15º dia do mês seguinte ao de verificação.
- b. STS obtém relatório do sistema de monitoramento de informação vigente (contratados) e compatibiliza com o relatório da STS.
- c. Para as unidades de Urgência e Emergência, deverão ser considerados os relatórios de acompanhamento da Coordenadoria de Urgência e Emergência.

Sugestões de fonte de consulta: SISRH; Verificação in loco.

- d. A STS enviará os Relatórios da equipe para a OSS dar ciência aos apontamentos. Após a devolução, os relatórios serão encaminhados à CRS.
- e. A CRS incluirá cópia do Relatório da Equipe no Processo SEI assistencial do respectivo CG, devidamente assinada por todas as instâncias ou acompanhada do anexo que comprove a confirmação da ciência inequívoca da OSS, até o 10º dia do 2º mês subsequente ao de verificação.
- f. Caso a OSS identifique algum apontamento indevido, deverá apresentar à STS os comprovantes da contestação em até 5 dias. Se a STS considerar a contestação procedente, o relatório deverá ser refeito.
- g. A CPCS/DIAF é responsável pela aplicação dos descontos conforme os Relatórios da equipe inseridos no SEI, conforme a metodologia estabelecida no Manual de Acompanhamento Financeiro dos Contratos de Gestão.
- h. A CPCS/DIAF disponibilizará no processo SEI financeiro, vinculado ao processo assistencial, a Memória de Cálculo referente aos descontos do déficit da equipe II.

Exemplo Cronograma – Referência Janeiro

MÊS	AÇÃO
JANEIRO	Mês de verificação.
ATÉ 15 DE FEVEREIRO	A OSS registra as informações no WebSAASS.
ATÉ 10 DE MARÇO	A CRS/STS inclui a cópia dos Relatórios de Equipe no SEI, juntamente com a ciência da OSS.
ATÉ 15 DE MARÇO	A OSS solicita a retificação de relatório, apresentando comprovantes de contestação.
ATÉ 30 DE MARÇO	Último dia para a entrega de relatórios retificados, quando necessário. Os relatórios devem ser inseridos no processo SEI com a respectiva justificativa, que deve ser encaminhada tanto para a CPCS/DIAF quanto para a CPCS/DAMA. As solicitações de retificação deverão ser acompanhadas de um e-mail enviado a CPCS/DIAF, com cópia para CPCS/DAMA, contendo: Número do CG; competência do relatório; números dos docs. SEI referente ao relatório original e a retificação. Caso haja uma intempestividade temporal e a necessidade de justificar um grande volume que onere e prejudique a OSS, deverá constar uma observação no relatório subsequente para a dedução do valor descontado.

2.4 Acompanhamento de Ausências Legais

Na página 18, onde se lê:

“**Observação:** verificar no Contrato, quanto à gestão de pessoas, se é prevista a reposição de faltas, licenças e férias, a fim de não ocasionar prejuízo à assistência. Em caso afirmativo, a não reposição deve constar Relatório de Medição da equipe I a fins de desconto considerando o déficit correspondente ao período não resposto.”

Em substituição, informe-se que:

“**Observação:** Este item foi suprimido, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Portaria SMS nº 532/2024, que regula o acompanhamento do déficit de equipe.”

Os procedimentos e o cronograma estabelecidos para os Relatórios de Acompanhamento das Ausências Legais passam a vigorar conforme descrito a seguir:

Procedimentos para Confeção Relatório de Ausências Legais

- a. OSS - Preenche os dados da equipe contratada no WebSAASS até o 15º dia do mês seguinte ao de verificação.
- b. STS - Extraído relatório do WebSAASS, verifica os apontamentos de ausências legais com subsídio de informações que devem ser fornecidas pela OSS.
- c. STS/CRS - Insere no SEI assistencial do respectivo CG o Relatório de Ausências Legais, devidamente assinado por todas as instâncias ou acompanhado do anexo que comprove a confirmação da ciência inequívoca da OSS, até o 10º dia do 2º mês subsequente à Prestação de Contas, contendo os apontamentos dos déficits correspondentes ao período ausente devido as ausências legais (férias, atestados, licenças inferiores a 15 dias, abonos e outros) dos profissionais previstos no Plano de Trabalho com meta de produção prevista.
- d. Se a OSS identificar algum apontamento indevido, deverá apresentar à STS os comprovantes de contestação. Se a STS considerar a contestação procedente, o relatório deverá ser refeito.

Sugestões de fonte de consulta: CNES; SISRH; SIGA; Verificação in loco.

Exemplo Cronograma – Referência Janeiro

MÊS	AÇÃO
JANEIRO	Mês de verificação.
ATÉ 15 DE FEVEREIRO	A OSS registra as informações no WebSAASS.
ATÉ 10 DE MARÇO	A CRS/STS inclui a cópia dos Relatórios de Equipe no SEI, juntamente com a ciência da OSS.
ATÉ 15 DE MARÇO	A OSS solicita a retificação de relatório, apresentando comprovantes de contestação.
ATÉ 30 DE MARÇO	Último dia para a entrega de relatórios retificados, quando necessário. Os relatórios devem ser inseridos no processo SEI com a respectiva justificativa, que deve ser encaminhada tanto para a CPCS/DIAF quanto para a CPCS/DAMA.

3.1 Indicadores e metas de produção

Na página 34, onde se lê:

“Seguem algumas observações sobre os indicadores e metas de produção:

- No caso dos indicadores de produção, o parâmetro é sempre 100%, e a meta é de 90%.”

Leia-se:

“Seguem algumas observações sobre os indicadores e metas de produção:

- No caso dos indicadores de produção, o parâmetro é sempre 100%, e a meta é de 85%.”

3.2 Avaliação da Produção

Na página 35, onde se lê:

“O parâmetro previsto para a avaliação dos indicadores de produção é de 100% (cem por cento), admitindo-se as metas elencadas no Anexos 2 da Portaria Municipal nº 333 de 31 de maio de 2022 como margem de razoabilidade para a relação contratual, sendo que o alcance das metas, ainda que em valores inferiores aos parâmetros, não ensejará a aplicação de descontos proporcionais nos repasses subsequentes.

Para análise do cumprimento de metas de produção será elaborado relatório por Linha de Serviço (ata da CTA), contendo os meses do trimestre a serem avaliados com as respectivas proporções de atingimento de metas, cujo limite será fixado em 100%, isto é, não será considerada a produção acima de 100% da meta estabelecida. O cumprimento de 90% das metas por linha de serviço se refere ao resultado global da linha de serviço no trimestre; as unidades dos serviços, os meses e as atividades podem ser compensados entre si, até o limite de 100% no trimestre.

A produção será avaliada mensalmente pela STS e CRS e trimestralmente em reunião da CTA e, em caso de não atingir o mínimo de 90% (noventa por cento) do consolidado da produção do período para cada Linha de Serviço contratada, a CPCS/DAMA analisará se o não alcance da meta se deu em decorrência dos déficits de profissionais e ou dos déficits de ausências legais. Para isso, serão utilizados os “Relatórios de Medição da equipe I e II”, “Relatório de Medição da equipe I - Afastados Superior a 30 Dias” e o “Relatório de Ausências Legais” como subsídio e procederá com metodologia de avaliação para parametrização em ata da CTA, conforme descrito mais adiante em “3.4 Do Descumprimento das Metas de Produção”.”

Leia-se:

“O parâmetro previsto para a avaliação dos indicadores de produção é de 100% (cem por cento), admitindo-se as metas elencadas no Anexo IV da Portaria SMS nº 867/2024 de 02 de janeiro de 2025 como margem de razoabilidade para a relação contratual, sendo que o alcance das metas, ainda que em valores inferiores aos parâmetros, não ensejará a aplicação de descontos proporcionais nos repasses subsequentes.

Para análise do cumprimento de metas de produção será elaborado relatório por Linha de Serviço (ata da CTA), contendo os meses do trimestre a serem avaliados com as respectivas proporções de

atingimento de metas, cujo limite será fixado em 100%, isto é, não será considerada a produção acima de 100% da meta estabelecida. O cumprimento de 85% das metas por linha de serviço se refere ao resultado global da linha de serviço no trimestre; as unidades dos serviços, os meses e as atividades podem ser compensados entre si, até o limite de 100% no trimestre.

A produção será avaliada mensalmente pela STS e CRS e trimestralmente em reunião da CTA e, em caso de não atingir o mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) do consolidado da produção do período para cada Linha de Serviço contratada, a CPCS/DAMA analisará se o não alcance da meta se deu em decorrência dos déficits de profissionais e/ou dos déficits de ausências legais. Para isso, serão utilizados os “Relatórios de Medição da equipe I e II”, “Relatório de Medição da equipe I - Afastados Superior a 30 Dias” e o “Relatório de Ausências Legais” como subsídio e procederá com metodologia de avaliação para parametrização em ata da CTA, conforme descrito mais adiante em “3.4 Do Descumprimento das Metas de Produção”.

3.3 Relatório de Produção - P1

Na página 35, onde se lê:

“O Relatório de Produção (P1) trata do levantamento mensal de ocorrências quantitativas e qualitativas que influenciaram o não alcance da meta mínima de 90% na produção.”

Leia-se:

“O Relatório de Produção (P1) trata do levantamento mensal de ocorrências quantitativas e qualitativas que influenciaram o não alcance da meta mínima de 85% na produção.”

O Relatório de P1 passam a vigorar conforme exemplo a seguir:

 <p>CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE</p>				<p>Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde - CPCS Coordenadoria Regional XXXX Supervisão Técnica de Saúde XXXX</p>	
<p>Ano: 2024 Processo SEI: XXXXXXXXXXXXXXXXX</p>		<p>Período de Referência : () 1º Relatório: DATA CONFECÇÃO XX/XX/XXXX () 2º Relatório - Retificação: DATA CONFECÇÃO XX/XX/XXXX () 3º Relatório - Retificação: DATA CONFECÇÃO XX/XX/XXXX</p>		<p>MÊS/ ANO DATA CONFECÇÃO XX/XX/XXXX DATA CONFECÇÃO XX/XX/XXXX DATA CONFECÇÃO XX/XX/XXXX</p>	
<p>R0XX/20XX - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde XXXX - OS XXXX</p>					
RELATÓRIO PI - RELATÓRIO MENSAL DE MEDIÇÃO DE PRODUÇÃO					
<p>Segue o Relatório de Produção Mensal apontando as seguintes produções ABAIXO de 85% com as respectivas ocorrências e justificativas. Obs.: As informações quanto aos déficits de equipe e de ausências legais encontram-se detalhadas nos relatórios de Medição de Equipe.</p>					
ATENÇÃO BÁSICA					
ESF					
UNIDADE/ SERVIÇO	DESCRIPTIVO DA META	% DE ALCANCE DA META	OCORRÊNCIA/ JUSTIFICATIVA, SE HOUVER		
UBS XXX	CONSULTA CLÍNICO GERAL	75%	DÉFITICS DE EQUIPE E AUSÊNCIAS LEAIS, REFORMA NA SALAS DA UNIDADE ENTRE xx e xx IMPACTARAM AS AGENDAS DOS MÉDICOS		
UBS XXX	CONSULTA DE ENFERMAGEM	80%	PORTARIA Nº XX/20XX REDUZIU AS AGENDAS		
UBS MISTA					
UNIDADE/ SERVIÇO	DESCRIPTIVO DA META	% DE ALCANCE DA META	OCORRÊNCIA/ JUSTIFICATIVA, SE HOUVER		

Os procedimentos estabelecidos para o acompanhamento do Relatórios de Produção – P1 passam a vigorar conforme descrito a seguir:

Procedimentos para Confeção Relatório Produção – P1

a. OSS - Registra as informações de produção no WebSAASS até o 15º dia do mês seguinte ao de verificação. Os procedimentos que deverão ser registrados no WebSAASS são originários dos dados apontados nos Sistemas de Informação do SUS (SIGA), conforme elenco referido no anexo II – Fichas Descritivas dos Indicadores de Produção do Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão – 4ª versão e respectivas Notas Técnicas.

b. STS - Verifica mensalmente a produção por unidade de saúde e serviço considerando as informações do WebSAASS, e de outras fontes, e faz interlocuções com a OSS apresentando os resultados.

c. STS/CRS - Insere no SEI assistencial o Relatório de Produção (P1) até o 30º dia subsequente à Prestação de Contas, contendo os apontamentos dos serviços em relação às metas não alcançadas com ocorrências identificadas e validadas que contribuíram para o não atingimento da meta estabelecida.

As informações do Relatório P1 serão utilizadas para a elaboração do material para a CTA, as quais poderão ser apresentadas como justificativas que permeiam o não cumprimento da meta de 85% alheio à governabilidade da OSS.

d. CPCS/DAMA - Consolida os resultados do trimestre do WebSAASS para análise do cumprimento de metas por linha de serviço.

Modelo – Relatório P1



 CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde - CPCS Coordenadoria Regional XXXX Supervisão Técnica de Saúde XXXX BQCY/20XX - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde XXXX - OS XXXX		
Ano : 2024 Processo SEI: XXXXXXXXXXXXXXXX	Período de Referência : <input type="checkbox"/> 1º Relatório: <input type="checkbox"/> 2º Relatório - Retificação: <input type="checkbox"/> 3º Relatório - Retificação:	MÊS/ ANO DATA CONFECCÃO XX/XX/XXXX DATA CONFECCÃO XX/XX/XXXX DATA CONFECCÃO XX/XX/XXXX	
RELATÓRIO PI - RELATÓRIO MENSAL DE MEDIÇÃO DE PRODUÇÃO			
Segue o Relatório de Produção Mensal apontando as seguintes produções ABAIXO de 85% com as respectivas ocorrências e justificativas. Obs.: As informações quanto aos déficits de equipe e de ausências legais encontram-se detalhadas nos relatórios de Medição de Equipe.			
ATENÇÃO BÁSICA			
EMAD/ EMAP			
UNIDADE/ SERVIÇO	DESCRITIVO DA META	% DE ALCANCE DA META	OCORRÊNCIA/ JUSTIFICATIVA, SE HOUVER
ESF			
UNIDADE/ SERVIÇO	DESCRITIVO DA META	% DE ALCANCE DA META	OCORRÊNCIA/ JUSTIFICATIVA, SE HOUVER
UBS MISTA			
UNIDADE/ SERVIÇO	DESCRITIVO DA META	% DE ALCANCE DA META	OCORRÊNCIA/ JUSTIFICATIVA, SE HOUVER
ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
CAPS			
UNIDADE/ SERVIÇO	DESCRITIVO DA META	% DE ALCANCE DA META	OCORRÊNCIA/ JUSTIFICATIVA, SE HOUVER
SADT			
UNIDADE/ SERVIÇO	DESCRITIVO DA META	% DE ALCANCE DA META	OCORRÊNCIA/ JUSTIFICATIVA, SE HOUVER
CEO			
UNIDADE/ SERVIÇO	DESCRITIVO DA META	% DE ALCANCE DA META	OCORRÊNCIA/ JUSTIFICATIVA, SE HOUVER
CER/ APD			
UNIDADE/ SERVIÇO	DESCRITIVO DA META	% DE ALCANCE DA META	OCORRÊNCIA/ JUSTIFICATIVA, SE HOUVER
HD - HOSPITAL DIA			
UNIDADE/ SERVIÇO	DESCRITIVO DA META	% DE ALCANCE DA META	OCORRÊNCIA/ JUSTIFICATIVA, SE HOUVER
SRT			
UNIDADE/ SERVIÇO	DESCRITIVO DA META	% DE ALCANCE DA META	OCORRÊNCIA/ JUSTIFICATIVA, SE HOUVER
Observação:			
_____ STS xx data de assinatura: xx/xx/xxxx	_____ CRS xx data de assinatura: xx/xx/xxxx	_____ OS xx data de assinatura: xx/xx/xxxx	

3.4 Do Descumprimento das Metas de Produção

Na página 39, Onde se lê “90%”, leia-se “85%”.

Na página 39, onde se lê:

“**Observação:** verificar em cláusula contratual se o contrato prevê que esta CPCS poderá aplicar desconto sobre ambas as infrações contratuais ocorridas, produção não alcançada e déficit da equipe, independentemente de uma ocorrer em detrimento de outra.”

Em substituição, informe-se que:

“**Observação:** Este item foi revisado e suprimido em conformidade com a Portaria SMS nº 532/2024, que autoriza a CPCS a aplicar descontos sobre ambas as infrações contratuais, tanto pelo não atingimento da produção quanto pelo déficit de equipe, independentemente de uma infração estar relacionada à outra.”

3.5 Aplicação de Desconto de Produção

Na página 40, onde se lê “90% (noventa por cento)”, leia-se “85% (oitenta e cinco por cento)”.

Na página 40, onde se lê:

“A avaliação da produção a partir de outubro de 2022 deve ser apresentada conforme os novos indicadores propostos na Portaria nº 333/2022 e conforme disponibilizados em Termo Aditivo. Contudo, assim como descrito na Portaria Municipal nº 056 de 02 de fevereiro de 2023, os indicadores de produção só serão passíveis de desconto a partir da avaliação de 01 de abril de 2023.”

Leia-se:

“A avaliação da produção, a partir de julho de 2024, deve ser realizada em conformidade com os indicadores estabelecidos na Portaria nº 867/2024 e conforme os critérios especificados em Termo Aditivo. A Portaria nº 56/2023 foi revogada pela Portaria nº 532/2024, que passa a regular os parâmetros de avaliação.”

3.6 Indicadores e Metas de Qualidade

Os indicadores assistenciais de qualidade, conforme a Portaria SMS nº 532/2024:

Q1	Avaliação das atas de reunião dos conselhos gestores das unidades em relação aos critérios objetivos de validade e publicização mensal
Q2	Percentual de solicitações/reclamações atendidas em até 20 dias
Q3	Percentual de prontuários ou fichas de atendimento com todos os critérios atendidos para o serviço
Q4	Percentual de crianças com até 04 anos, 11 meses e 29 dias cadastradas com calendário vacinal completo para a idade
Q5	Percentual de recém-nascidos (RN) de baixo risco com consulta realizada até o décimo dia de vida na UBS, em relação ao número de nascidos de gestantes com data provável de parto (DPP) acompanhadas pela UBS naquele período
Q6	Percentual de atividades de Educação Permanente (EP) realizadas, em relação ao número de atividades previstas no plano de educação permanente para o período de medição
Q7	Percentual de gestantes com 07 consultas ou mais de pré-natal, em relação ao número de gestantes cadastradas com DPP permanente para o período de medição
Q8	Número de gestantes cadastradas com exames indicados realizados, em relação ao número de gestantes cadastradas com DPP para o período de medição
Q9	Percentual de gestantes cadastradas com DPP para o período com ao menos uma consulta odontológica realizada durante a gestação atual, em relação ao número de gestantes cadastradas com DPP para o período de medição
Q10	Percentual de tratamentos odontológicos concluídos (TC), em relação ao total de tratamentos odontológicos iniciados (TI) nas UBS

3.7 Avaliação, Pontuação e Periodicidade

Na página 42, onde se lê:

“A avaliação dos indicadores de qualidade, com valoração dos resultados, será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Avaliação (CTA), conforme dimensionamento na Matriz de Pontuação dos Indicadores de Qualidade publicada em Termo Aditivo.

Observação: considerando as diferentes datas do início dos vários contratos e Termos Aditivos, cada território deverá apresentar a sua Matriz com definição dos meses de pontuação, desde que a frequência seja respeitada na melhor forma de distribuição nos 12 (doze) meses considerando a pontuação conforme segue o anexo.”

Leia-se:

“A avaliação dos indicadores de qualidade, com valoração dos resultados, será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Avaliação (CTA), conforme dimensionamento na Matriz de Pontuação dos Indicadores de Qualidade publicada na Portaria SMS nº 867/2024, considerando que o mês 1 é o mês de início de vigência da referida Portaria.

Observação: Este item foi suprimido, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelas Portarias SMS nº 532/2024 e 867/2024, que definem a Matriz de Pontuação dos Indicadores de Qualidade a ser seguida pelos Contratos de Gestão.

Na página 43, onde se lê:

“Em período de transição, conforme cláusula contratual, o respectivo CG deve apresentar os relatórios de avaliação para registro em CTA a fim de seguir com o dimensionamento da avaliação, com eventuais não alcances justificados. Fazemos este apontamento preconizando que o fluxo de avaliações siga conforme estimado no IV – Quadro de Periodicidade de Verificação dos Indicadores de Qualidade, para que estas avaliações não sejam comprimidas nos meses restantes do ano, prejudicando os intervalos enquanto período de avaliação, nem interfiram no dimensionamento do ano seguinte.

Diante ao fato de o período da pontuação dos indicadores ser subsequente ao período de medição, os primeiros meses de avaliação, a partir da Portaria nº 333/2022, deverão ter a avaliação dos indicadores de qualidade justificados até que se adeque o período de medição com a vigência da Portaria.”

Leia-se:

“Em período de transição, conforme cláusula contratual, o respectivo CG deve apresentar os relatórios de avaliação para registro em CTA a fim de seguir com o dimensionamento da avaliação, com eventuais não alcances justificados. Fazemos este apontamento preconizando que as avaliações sigam conforme a periodicidade estipulada nas Portarias SMS nº 532/2024 e 867/2024.”

3.8 Aplicação de Desconto de Qualidade

Na página 43, onde se lê:

“A avaliação da qualidade a partir de outubro de 2022 deve ser apresentada conforme os novos indicadores propostos na Portaria nº 333/2022 e conforme disponibilizados em Termo Aditivo. Contudo, assim como descrito na Portaria Municipal nº 056 de 02 de fevereiro de 2023, os indicadores de qualidade só serão passíveis de desconto a partir da avaliação de 01 de abril de 2023.”

Leia-se:

“A avaliação da qualidade a partir de julho de 2024 deve ser apresentada conforme o Anexo I – Matriz dos Indicadores de Qualidade da Portaria SMS nº 867/2024. Cabe destacar que os indicadores de qualidade estarão passíveis de aplicação de descontos a partir da avaliação de 01 de julho de 2024.”

3.9 Indicadores de Monitoramento

Os indicadores assistenciais de monitoramento, conforme a Portaria SMS nº 532/2024:

M1	Proporção de óbitos precoces (de 30 a 69 anos) pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis - DCNTs (doenças do aparelho circulatório, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
M2	Número de próteses odontológicas entregues na UBS
M3	Percentual de gestantes cadastradas com Data Provável de Parto (DPP) para o período da medição com captação para o pré-natal até a 12ª semana de gestação em relação ao total de gestantes cadastradas com DPP no período da medição
M4	Número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres de 25 a 64 anos
M5	Número de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos
M6	Número de casos novos diagnosticados de sífilis congênita em residentes do município
M7	Percentual de gestantes que apresentam resultado de exame de estreptococos B no pré-natal
M8	Proporção de PCR realizados para diagnóstico de hepatite C
M9	Proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera avaliados
M10	Percentual de pacientes em tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose, em relação ao número de pacientes em tratamento para tuberculose
M11	Percentual de fichas de notificação de violência (SINAN) com os campos* eleitos preenchidos, em relação ao número total de fichas de notificação de violência. *Campos: 15, 36, 38, 54, 56, 65, 59.
M12	Número de atendimentos à situação de crise pelo CAPS

6. Referências Bibliográficas

Na página 47, onde se lê:

- [Portaria SMS – G. nº 56 de 02 de fevereiro de 2023](#)
- [Portaria SMS – G. nº 333 de 31 de maio de 2022](#)
- [Portaria SMS – G. nº 538 de 12 de agosto de 2022](#)

Leia-se:

- [Portaria SMS – G. nº 867 de 31 de dezembro de 2024](#)
- [Portaria SMS – G. nº 532 de 14 de agosto de 2024](#)

Os anexos do Manual passam a ser modificados conforme os anexos apresentados nesta Nota Técnica:

I -Matriz de Indicadores de Produção

MATRIZ DE INDICADORES DE PRODUÇÃO					
		Procedimento	Metas Mensais de Produção	Carga horária semanal por profissional	Parâmetro e meta
UBS	UBS com ESF	Consultas médicas	416	40	Parâmetro: 100% Meta: 85%
		Consulta/atendimento domiciliar do médico	16	40	
		Consulta do Enfermeiro	180	40	
		Consulta/atendimento domiciliar do enfermeiro	16	40	
		Visita Domiciliar Aux/Téc Enfermagem	32	40	
		Visita Domiciliar do ACS	200 famílias visitadas	40	
		ESB Modalidade I - Cirurgião-Dentista	29 tratamentos iniciados - TI clínico/restaurador	40	
			08 - TI Prótese		
		ESB Modalidade II - Cirurgião-Dentista	192 consultas/atendimentos	40	
			33 tratamentos iniciados - TI clínico/restaurador		
		ESB Modalidade II - Cirurgião-Dentista	09 - TI prótese	40	
			220 consultas/atendimentos		
		PICS - Atividade coletiva	01 equipe - 07 atividades	Por UBS	
			02 equipes - 14 atividades		
			03 equipes - 21 atividades		
			04 equipes - 28 atividades		
			05 equipes - 35 atividades		
06 ou mais equipes - 40 atividades					
PICS - Atividades individuais	01 equipe - 10 procedimentos	Por UBS			
	02 equipes - 20 procedimentos				
	03 equipes - 30 procedimentos				

			04 equipes - 40 procedimentos		
			05 equipes - 50 procedimentos		
			06 ou mais equipes - 60 procedimentos		

		Procedimento	Metas Mensais de Produção	Carga horária semanal por profissional	Parâmetro e meta	
UBS	UBS Tradicional	Consultas Médicas - Clínica Geral	264	20	Parâmetro: 100% Meta: 85%	
		Consultas Médicas - Pediatria	264	20		
		Consultas Médicas - Ginecologia	264	20		
		Consultas Médicas - Psiquiatria	160	20		
		Modalidade I - Cirurgião-Dentista	29 tratamentos iniciados - TI clínico/restaurador 08 - TI Prótese	192 consultas/atendimentos		40
			33 tratamentos iniciados - TI clínico/restaurador 09 - TI prótese			
		Modalidade II - Cirurgião-Dentista	220 consultas/atendimentos	30		
			22 tratamentos iniciados - TI clínico/restaurador 06 - TI prótese			
		Modalidade I - Cirurgião-Dentista	144 consultas/atendimentos	20		
			13 tratamentos iniciados - TI clínico/restaurador 04 - TI Prótese			
		Consulta de Enfermagem	87 consultas/atendimentos	40		
			144			
		Consulta/atendimento domiciliar do enfermeiro	108	30		
			10			
		Visita domiciliar Aux/Téc Enfermagem	6	40		
			14			
		PICS - Atividade coletiva	10	30		
07 atividades						
PICS - Atividades individuais	Unidade Mista - 07 atividades + o estabelecido para o n° da equipes até o total de 40 atividades	Por UBS				
	10 procedimentos					

			Unidade Mista - 10 procedimentos + o estabelecido para o nº da equipes até o total de 60 procedimentos		
--	--	--	--	--	--

		Categoria Profissional	Procedimento	Metas de Produção Mensal			Parâmetro e meta
				Carga horária semanal			
				40 horas	30 horas	20 horas	
UBS	eMulti	Assistente Social	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	-	61	42	Parâmetro: 100% Meta: 85%
			Grupos		15	10	
		Farmacêutico	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	48	36	24	
			Grupos	8	6	4	
		Fisioterapeuta	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	-	46	32	
			Grupos		30	20	
		Nutricionista	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	60	46	32	
			Grupos	40	30	20	
		Psicólogo	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	60	46	32	
			Grupos	40	30	20	
		Educador Físico	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	20	15	10	
			Grupos	80	61	42	
		Terapeuta ocupacional	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	-	46	32	
			Grupos		30	20	
		Fonoaudiólogo	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	60	46	32	
			Grupos	40	30	20	
		Médico (GO e Pediatra)	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	-	-	120	
			Grupos			4	
		Médico (Psiquiatra)	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	-	-	110	
			Grupos			4	

	Categoria Profissional	Procedimento	Metas de Produção Mensal			Parâmetro e meta
			Carga horária semanal			
			40 horas	30 horas	20 horas	
URSI	Assistente Social	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	-	80	0	Parâmetro: 100% Meta: 85%
	Cirurgião Dentista	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	136	108	68	
	Educador Físico	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	120	88	56	
	Enfermeiro	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	116	88	52	
	Farmacêutico	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	120	92	68	
	Fisioterapeuta	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	-	100	68	
	Fonoaudiólogo	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	116	88	64	
	Geriatría	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	128	104	64	
	Nutricionista	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	116	84	60	
	Psicólogo	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	116	84	60	
	Terapeuta Ocupacional	Consulta e Consulta/Atendimento Domiciliar	-	100	68	
	Por Estabelecimento	PICS - Atividade coletiva	07 atividades			
	PICS - Atividades individuais	10 procedimentos				

	Metas de Produção Mensal	Parâmetro e meta
PAI	120 Idosos em acompanhamento/mês	Parâmetro: 100% Meta: 85%

	Procedimento	Metas de Produção Mensal		Parâmetro e meta
CAPS Adulto II	Matriciamento das equipes de atenção básica	1 x mês em cada UBS de referência	220 usuários com cadastro ativo/mês	Parâmetro: 100% Meta: 85%
	Matriciamento da equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência, para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	1 x mês em cada equipamento da RUE/hospital de referência		

	Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares	30 Consulta/Atendimento Domiciliar		
--	---	------------------------------------	--	--

CAPS Adulto III	Procedimento	Metas de Produção Mensal		Parâmetro e meta
	Matriciamento da equipes da atenção básica	1 x mês em cada UBS de referência	300 usuários com cadastro ativo/mês	Parâmetro: 100% Meta: 85%
Matriciamento da equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência, para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	1 x mês em cada equipamento da RUE/hospital de referência			
Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares	35 Consulta/Atendimento Domiciliar			
Acolhimento noturno de paciente de Centro de Atenção Psicossocial	50% da capacidade total do CAPS III			

CAPS Infantojuvenil II	Procedimento	Metas de Produção Mensal		Parâmetro e meta
	Matriciamento da equipes da atenção básica	1 x mês em cada UBS de referência	155 usuários com cadastro ativo/mês	Parâmetro: 100% Meta: 85%
Matriciamento da equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência, para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	1 x mês em cada equipamento da RUE/hospital de referência			
Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares	30 Consulta/Atendimento Domiciliar			

CAPS Infantojuvenil III	Procedimento	Metas de Produção Mensal		Parâmetro e meta
	Matriciamento da equipes da atenção básica	1 x mês em cada UBS de referência	240 usuários com cadastro ativo/mês	Parâmetro: 100% Meta: 85%
Matriciamento da equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência, para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	1 x mês em cada equipamento da RUE/hospital de referência			
Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares	35 Consulta/Atendimento Domiciliar			

	Acolhimento noturno de paciente de Centro de Atenção Psicossocial	50% da capacidade total do CAPS III		
--	---	-------------------------------------	--	--

	Procedimento	Metas de Produção Mensal		Parâmetro e meta
CAPS Álcool e Drogas II	Matriciamento da equipes da atenção básica	1 x mês em cada UBS de referência	190 usuários com cadastro ativo/mês	Parâmetro: 100% Meta: 85%
	Matriciamento da equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência, para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	1 x mês em cada equipamento da RUE/hospital de referência		
	Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares	30 Consulta/Atendimento Domiciliar		

	Procedimento	Metas de Produção Mensal		Parâmetro e meta
CAPS Álcool e Drogas III	Matriciamento da equipes da atenção básica	1 x mês em cada UBS de referência	300 usuários com cadastro ativo/mês	Parâmetro: 100% Meta: 85%
	Matriciamento da equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência, para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	1 x mês em cada equipamento da RUE/hospital de referência		
	Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares	35 Consulta/Atendimento Domiciliar		
	Acolhimento noturno de paciente de Centro de Atenção Psicossocial	50% da capacidade total do CAPS III		

	Procedimento	Metas de Produção Mensal		Parâmetro e meta
CAPS Álcool e Drogas IV	Matriciamento da equipes da atenção básica	30	300 usuários com cadastro ativo/mês	Parâmetro: 100% Meta: 85%
	Matriciamento da equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência, para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	1 x mês em cada equipamento da RUE/hospital de referência		
	Articulação de redes intra e intersetoriais	35		
	Acolhimento noturno de paciente de Centro de Atenção Psicossocial	70% da capacidade total		

EMAD	Procedimentos	Metas de produção mensal		Parâmetro e meta	
	Número de pacientes	70 a 100			
	Número de desospitalização	12% dos admitidos no mês			
	Categoria Profissional	Número de Visitas Domiciliares	Carga horária semanal		Parâmetro: 100% Meta: 85%
	Médico	110	40		
	Enfermeiro	110	40		
	Técnico de Enfermagem	80	30		
	Fisioterapeuta	80	30		
Assistente Social	80	30			

EMAP	Procedimentos	Metas de produção mensal		Parâmetro e meta	
	Número de pacientes	70 a 300			
	Categoria Profissional	Número de Visitas Domiciliares	Carga horária semanal		Parâmetro: 100% Meta: 85%
	Fisioterapeuta	80	30		
	Nutricionista	80	30		
	Fonoaudiólogo	80	30		
	Farmacêutico	80	40		
	Terapeuta Ocupacional	80	30		
	Psicólogo	80	30		
	Cirurgião Dentista	80	30		
Assistente Social	80	30			

	Procedimento	Reabilitação Física	Reabilitação Intelectual	Reabilitação Auditiva	Reabilitação Visual	Parâmetro e meta
		Nº de casos novos	40	30	40	
Procedimento	Metas de Produção Mensal					
Nº de pacientes acompanhados	Somatória das metas indicadas para cada reabilitação contemplada na Unidade. Sendo Reabilitação Física 400, Reabilitação Intelectual 300, Reabilitação Auditiva 300 e Reabilitação Visual 150. Ex. CER II (física e auditiva): 700. Ex. CER III (física, auditiva e visual): 850					
Nº de procedimentos por paciente	5					
Categoria profissional	Nº de Procedimentos	Carga horária semanal				
Fisioterapeuta	135	30				
Terapeuta Ocupacional	135	30				
Fonoaudiólogo	180	40				
Psicólogo	180	40				
Psicopedagogo	180	40				
Assistente Social	135	30				
Enfermeiro	180	40				
Médico	60	20				
Equipe Estratégia APD	Procedimento	Metas de produção mensal				
	Número de usuários acompanhados	80 a 120 (80 para equipe com 6 acompanhantes e 120 para equipe com 10 acompanhantes)				
	Categoria Profissional	Carga horária semanal	Nº de Procedimentos			
	Enfermeiro (Coordenação e atendimento compartilhado compondo a equipe multiprofissional)	40	205 (número de procedimentos da equipe multiprofissional da estratégia APD)			
	Terapeuta Ocupacional	30				
	Psicólogo	40				
	Fonoaudiólogo	40	54 (número de procedimentos por acompanhante da estratégia APD)			
Acompanhante (6 a 10 por equipe)	40					

	Categoria Profissional	Carga horária semanal		Parâmetro e meta
		20 horas	30 horas	
CEO	Cirurgia Oral Menor	1 CD - 60 procedimentos	1 CD - 90 procedimentos	Parâmetro: 100% Meta: 85%
	Estomatologia	1 CD - 44 procedimentos	1 CD - 66 procedimentos	
	Periodontia	1 CD - 80 procedimentos	1 CD - 120 procedimentos	
	PNE	1 CD - 80 procedimentos	1 CD - 120 procedimentos	
	Endodontia	1 CD - 36 procedimentos	1 CD - 54 procedimentos	
	Prótese	1 CD - 22 TI e 21 TC	1 CD - 33 TI e 32TC	
	Ortodontia/Ortopedia	1 CD - 10 aparelhos instalados	1 CD - 15 aparelhos instalados	

	Procedimento	Metas de Produção	Parâmetro e meta
HDs, AMA-E e AE	Consultas médicas	24 consultas a cada 8h de carga horária para a especialidade	Parâmetro: 100% por especialidade Meta: 85% por especialidade

III – Parâmetros Para Pagamento E Avaliação De Desempenho Por Linha De Serviço

MODALIDADES DE ATENÇÃO	LINHAS DE SERVIÇO	REPRESENTATIVIDADE NO CUSTEIO MENSAL	DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO					
			RECURSOS HUMANOS		PRODUÇÃO		QUALIDADE	
			EQUIPE					
			Avaliação: déficit da equipe por serviço estabelecido em Contrato/TA		Avaliação: metas de produção assistencial conforme Matriz dos Indicadores de Produção para cada Linha de Serviço		Avaliação: metas e pontuação conforme Matriz dos Indicadores de Qualidade	
			Metas	Cálculo do valor do desconto	Metas	Cálculo do valor do desconto	Metas	Cálculo do valor do desconto
ATENÇÃO BÁSICA	ESF + ESB + PAVS	%	Contratação de 100% das equipes estabelecidas	Desconto do valor de Pessoal e Reflexos correspondente aos profissionais não contratados, conforme Plano de Trabalho	85%	Desconto de 10% sobre a representatividade da linha de serviço (...)	100%	Desconto proporcional à meta não pontuada, incidindo sobre 5% do Valor de Custeio do respectivo mês
	ESF SAÚDE INDÍGENA	%						
	UBS MISTA	%						
	UBS TRADICIONAL	%						
	PAI	%						
	EMAD/EMAP	%						
AMA 12 HORAS	%							
ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA / REDES TEMÁTICAS	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES/AMA-E	%			85%	(...) correspondente à meta não cumprida, aplicada sobre 95% do Valor de Custeio do respectivo mês		
	HD – REDE HORA CERTA	%						
	URSI	%						
	RAPS	%						
	REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	%						
SADT	%							
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PA + PSM + UPA + AMA 24 HORAS	%						

V – Matriz de Indicadores de Qualidade

MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE PARA O CONTRATO DE GESTÃO								
Indicadores	Tipo de indicador	Indicador	Descrição do Indicador	Cálculo do indicador	Parâmetro/ Meta	Fonte de Verificação	Periodicidade de verificação	Responsável pela apuração da evidência
Q1	GESTÃO PARTICIPATIVA	Funcionamento do Conselho Gestor	Avaliação das atas de reunião do conselhos gestores das unidades em relação aos critérios objetivos de validade e publicação mensal	Número de reuniões realizadas em relação ao número de realizações previstas	Parâmetro: 100% Meta: 80% das reuniões previstas realizadas	Atas das reuniões dos Conselhos Gestores no período analisado	3 vezes ao ano, conforme matriz de pontuação dos indicadores	Interlocutor da Área Técnica



Q2	OUVIDORIA	Solicitações da Ouvidoria	<p>As Ouvidorias em Saúde constituem-se num espaço estratégico e democrático de comunicação e participação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), relativos aos serviços prestados pela rede assistencial. É fundamental para a consolidação do SUS que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações e serviços de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutive à sua manifestação, visando a melhoria do atendimento prestado.</p> <p>A Rede de Ouvidorias SUS, doravante chamada de "Rede" do Município de São Paulo atua em consonância com o previsto pelo Sistema Nacional de Ouvidorias (SNO) do SUS e pauta-se na legislação federal e municipal que estabelece normas básicas para participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços</p>	Número de solicitações/reclamações com status arquivado/concluído/fechado respondidos em até 20 dias em relação ao total de solicitações/reclamações	Parâmetro: 100% Meta: 80% das ouvidorias atendidas em até 20 dias	Sistema Informatizado Ouvidor SUS	4 vezes ao ano, conforme matriz de pontuação dos indicadores.	Área Técnica da STS
----	-----------	---------------------------	--	--	--	-----------------------------------	---	---------------------



			públicos de saúde prestados, direta ou indiretamente, pela administração pública					
Q3	QUALIDADE DO REGISTRO DO ATENDIMENTO	Avaliação de prontuário e fichas de atendimento	<p>% de prontuários ou fichas de atendimentos com todos os critérios atendidos para o serviço dentro da competência técnico-profissional:</p> <ul style="list-style-type: none">• Assinatura e identificação legível ou assinatura digital e/ou certificação digital (em caso de prontuário eletrônico);• Descrição do exame clínico;• Presença de CID, CIAP ou hipótese diagnóstica;• Registro de avaliação antropométrica	Número de prontuários ou fichas de atendimento com todos os critérios atendidos dentro da competência técnico-profissional para o serviço, em relação ao número de prontuários ou fichas de atendimentos analisados x 100	Parâmetro: 100% Meta: 90% dos prontuários ou fichas de atendimento avaliados atendendo a todos os requisitos aplicáveis ao serviço	Prontuário/Ficha de atendimento de pacientes com atendimento no período avaliado	3 vezes ao ano, conforme matriz de pontuação dos indicadores.	Interlocutor das Áreas Técnicas

			<p>semestralmente em crianças de 2 a 5 anos*; <ul style="list-style-type: none"> • Registro de verificação de pressão arterial semestralmente em hipertensos*; • Solicitação de hemoglobina glicada semestralmente em diabéticos*. <p>*Aspectos a serem considerados apenas para avaliação em unidades da Atenção Básica (UBS)</p> </p>					
Q4	SAÚDE DA CRIANÇA	Calendário Vacinal	% de crianças com até 04 anos, 11 meses e 29 dias cadastradas com calendário vacinal completo para a idade	Número de crianças com até 04 anos, 11 meses e 29 dias cadastradas na sala de vacina com calendário vacinal em dia para a idade, dividido pelo total de crianças nesta faixa etária cadastradas na sala de vacina x 100	Parâmetro: 100% Meta: 90% das crianças com até 04 anos, 11 meses e 29 dias cadastradas na sala de vacina com calendário vacinal em dia, conforme agendamento	Fichas espelho de vacinas/SIGA	2 vezes ao ano, conforme matriz de pontuação dos indicadores.	UVIS e STS
Q5		Consulta do RN de Baixo Risco	% de recém-nascidos (RN) de baixo risco (Risco habitual) com consulta realizada até o décimo dia de vida na UBS, em relação ao número de nascidos de gestantes com data provável de parto acompanhadas pela UBS naquele período	Número de RN com consulta realizada até o décimo dia de vida, dividido pelo total de nascidos de gestantes com data provável de parto acompanhadas pela UBS naquele período x 100	Parâmetro: 100% Meta: 90% de RN de baixo risco com consulta em até 10 dias de vida realizada	SIGA Saúde por meio da ferramenta Relatório RLRN110 - Acompanhamento_ pós-parto (numerador) BI Mãe Paulistana - GPP01 - Lista Nominal por Data de Previsão do Parto (denominador data provável para parto)	4 vezes ao ano, conforme matriz de pontuação dos indicadores	Interlocutor da Área Técnica

Q6	EDUCAÇÃO PERMANENTE	Apresentação, Aprovação e Execução do Plano de Educação Permanente Aprovado pela CRS	% de atividades de Educação Permanente (EP) realizadas	Número de atividades de EP realizadas, em relação ao número de atividades previstas no plano de educação permanente para o período x 100	Parâmetro: 100% Meta: 90% das atividades previstas para o período realizadas	Relatório das atividades realizadas no período	1 vez ao ano, conforme matriz de pontuação dos indicadores.	Interlocutor da Área Técnica
Q7	SAÚDE DA MULHER	Número de Consultas de Pré-Natal	% de gestantes com 07 consultas ou mais de pré-natal.	Número de gestantes cadastradas com DPP para o período da medição com 07 consultas ou mais de pré-natal, em relação ao total de gestantes cadastradas com DPP no período da medição x 100	Parâmetro: 100% Meta: 90% de gestantes que realizaram 07 ou mais consultas de pré-natal	SIGA-Saúde / BI ou sistema de informação que venha a substituir	4 vezes ao ano, conforme matriz de pontuação dos indicadores	Interlocutor das Áreas Técnicas
Q8		Exames da Gestante	Número de gestantes cadastradas com exames mínimos realizados, em relação ao número de gestantes cadastradas: 3 resultados para sífilis + 3 resultados de HIV + 2 resultados de urina I + 1 resultado de hepatite B + 2 resultados de glicemia de jejum	Número de gestantes cadastradas com DPP para o período da medição com todos os exames indicados realizados, dividido pelo total de gestantes cadastradas com DPP para o período da medição x 100	Parâmetro: 100% Meta: 90% das gestantes cadastradas com DPP para o período da medição com todos os exames indicados realizados	SIGA Saúde – Mãe Paulistana Relatório CG06 para obtenção do numerador e o relatório CG05 para obtenção do denominador		
Q9		Consulta Odontológica da Gestante	% de gestantes com no mínimo 01 consulta odontológica	Número de gestantes cadastradas com DPP para o período com ao menos uma consulta odontológica realizada durante a gestação atual, em relação ao número de gestantes cadastradas com DPP para o período x 100	Parâmetro :100% Meta: 90% das gestantes cadastradas com DPP para o período da medição com ao menos uma consulta odontológica realizada durante a gestação atual	SIGA-Saúde/ BI ou sistema de informação que venha a substituir		



Q10	SAÚDE BUCAL	Saúde Bucal	% de tratamentos odontológicos concluídos (TC) em relação ao número de tratamentos odontológicos iniciados (TI) nas Unidades Básicas de Saúde	Percentual de tratamentos odontológicos concluídos em relação ao total de tratamentos iniciados considerando a meta proposta para o período analisado	Parâmetro :100% Meta: 90% de TC em relação à TI considerando a meta proposta	SIGA-Saúde/BI	3 vezes ao ano, conforme matriz de pontuação dos indicadores.	Interlocutor da Área Técnica
-----	-------------	-------------	---	---	---	---------------	---	------------------------------

VI – Fichas Descritivas e Modelos de Relatório Dos Indicadores De Qualidade

De acordo com as diretrizes das diretrizes estabelecidas pelas Portarias Nº 532/2024 e Nº 867/2024, os indicadores listados abaixo tiveram suas fichas suprimidas:

- Q10 - Pessoa em situação de violência
- Q11 – Tuberculose
- Q12 - Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Mediante as diretrizes das Portaria supracitadas, passa a constar como indicador de qualidade Q10:

Saúde Bucal

Q10 - Tratamento Odontológico Concluído nas UBS

CONCEITO	Percentual de tratamentos odontológicos concluídos (TC), em relação ao total de tratamentos odontológicos iniciados (TI) considerando a meta proposta para o período analisado.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de tratamentos odontológicos concluídos no mês, divididos pelo total de tratamentos iniciados no mês, considerando a meta proposta x 100.
PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO PELA STS	Três vezes ao ano, conforme matriz de pontuação dos indicadores.
PERÍODO CORRESPONDENTE À AVALIAÇÃO	Avaliação quadrimestral, compreendendo período de quatro meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação. Exemplo: - Avaliação: outubro; - Medição: abril – maio – junho – julho.
PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO	Para o numerador: 307019187 - Tratamento concluído na Atenção Básica (clínico/restaurador) - código municipal 307019136 - Tratamento completado - Controle das doenças bucais - este procedimento poderá ser considerado como Tratamento Concluído, nos territórios onde tenhamos um nº pequeno de eSB em relação ao nº de ESF, alta vulnerabilidade social, dados epidemiológicos que demonstrem que o alto risco de cárie esteja presente em grande nº em pacientes triados (média de 70% de adultos e 50% de crianças). 307049060 - Tratamento concluído em prótese - código municipal Para o denominador: 0301010153 - Primeira consulta odontológica programática 307049086- Tratamento Inicial TI_Prótese - código municipal
FONTE DE DADOS	Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde - SIGA Saúde (Relatório AT-02)
INTERPRETAÇÃO	Permite avaliar a resolutividade e consequente acesso ao tratamento odontológico.
REFERÊNCIAS	Diretrizes da Atenção Básica - 2022

Modelo - Relatório Q10

Abaixo segue o modelo do Relatório Q10

 <p>CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE</p> <p>Ano : 2024 Processo SEI: XXXXXXXXXX</p>	<p>Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde - CPCS Coordenadoria Regional XXXX Supervisão Técnica de Saúde XXXX</p> <p>R0XX/20XX - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde XXXX - OS XXXX</p> <p>Período de Medição : _____ MÊS/ ANO Período de Pontuação: _____ MÊS/ ANO <input type="checkbox"/> 1º Relatório: _____ DATA CONFECÇÃO XX/XX/XXXX <input type="checkbox"/> 2º Relatório - Retificação: _____ DATA CONFECÇÃO XX/XX/XXXX <input type="checkbox"/> 3º Relatório - Retificação: _____ DATA CONFECÇÃO XX/XX/XXXX</p>			
RELATÓRIO Q10 – TRATAMENTO ODONTOLÓGICO CONCLUÍDO NAS UBS				
<p>Indicamos abaixo, por unidade de saúde, o número de tratamentos odontológicos concluídos (TC) em relação ao número total de tratamentos odontológicos iniciados (TI) no período avaliado e o percentual correspondente.</p>				
LINHA DE SERVIÇO	UNIDADE DE SAÚDE	Nº DE TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS CONCLUÍDOS (TC)	Nº TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS INICIADOS (TI)	PERCENTUAL
UBS MISTA	UBS XXX	XX	XX	XX%
UBS ESF	UBS XXX	XX	XX	XX%
RESULTADO TOTAL				
<p>Em caso de ocorrência/evento que justifique o resultado final do indicador abaixo da meta descrever: XXXX</p>			<p>De acordo com as informações acima, a porcentagem de tratamentos odontológicos concluídos (TC) está (igual, superior ou inferior) a 85%. A meta deste indicador foi considerada (cumprida ou não cumprida).</p>	
<p>Observação:</p>				
<p>_____ STS XX data de assinatura: xx/xx/xxxx</p>	<p>_____ CRS XX data de assinatura: xx/xx/xxxx</p>	<p>_____ OS XX data de assinatura: xx/xx/xxxx</p>		

VII – Matriz de Indicadores de Monitoramento

MATRIZ DE INDICADORES DE MONITORAMENTO					
ID	ÁREA DE ATENÇÃO	INDICADOR DE MONITORAMENTO	FONTE	PERIODICIDADE	CÁLCULO
M1	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	PROPORÇÃO DE ÓBITOS PRECOCE (30 A 69 ANOS) POR DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, NAS SEGUINTESE SELECIONADAS (AP. CIRCULATÓRIO, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	SIM	2x ao ano, de acordo com a extração de CIS	Número total de óbitos pelas causas selecionadas (ap. circulatório, diabetes e doenças respiratórias crônicas) de 30 A 69 anos/Número total de óbitos por DCNT na faixa etária de 30 e+ residentes x 100
M2	SAÚDE BUCAL	NÚMERO DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS ENTREGUES NAS UBS	SIGA-Saúde		Número total de Próteses nas UBSs
M3	SAÚDE DA MULHER	CAPTAÇÃO PRECOCE DA GESTANTE	SIGA-Saúde/BI		Número de gestantes cadastradas com DPP para o período de medição com captação para o PN até a 12ª semana de gestação, em relação ao total de gestantes cadastradas com DPP no período da medição x 100
M4		NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS	SISCOLO/SES		Número de exames citopatológicos realizados para detecção de lesão precursora do câncer do colo de útero SUS em mulheres residentes de 25 a 64 anos nos últimos 12 meses.
M5		NÚMERO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69	SISMAMA/SES		Número de mamografias bilateral para rastreamento apresentadas ao SUS, realizadas nas mulheres residentes de 50 a 69 anos
M6	SAÚDE MATERNO/INFANTIL	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA	SINAN		Número sífilis congênita anual.
M7		% DE GESTANTE QUE APRESENTAM RESULTADO DE EXAMES DE ESTREPTOCOCOS B	SIGA-Saúde/BI		Percentual de gestantes que apresentam resultado de exame de estreptococos B no pré-natal
M8	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	PROPORÇÃO DE PCR REALIZADOS PARA DIAGNÓSTICO DE HEPATITE C	TABNET SINAN HEPATITES		Número de exames de PCR para Hepatite C realizados x 100 / Número de exames de Anti HCV Positivo
M9		PROPORÇÃO DE CONTATOS DE TUBERCULOSE AVALIADOS	TB WEB		Número de contatos avaliados / Número de contatos identificados em casos novos pulmonares bacilíferos residentes

M10		% DE PACIENTES EM TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) PARA TUBERCULOSE, EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE PACIENTES EM TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE	TB WEB		Número de pacientes em TDO para TB no período da medição, dividido pelo nº de pacientes em tratamento para TB no período da medição x 100
M11¹	SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	% DE FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA (SINAN) COM OS CAMPOS* ELEITOS PREENCHIDOS, EM RELAÇÃO AO NÚMERO TOTAL DE FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA. *CAMPOS: 15, 36, 38, 54, 56, 65 E 59	SINAN - TabNet		Número de fichas de notificação de violência (SINAN) com os campos eleitos preenchidos com informações válidas* corretamente no período da medição, dividido pelo total de fichas de notificação de violência no período da medição x 100 * Não serão consideradas informações válidas as alternativas: ignorado e não se aplica.
M12	SAÚDE MENTAL	NÚMERO DE ATENDIMENTOS À CRISE POR CAPS	SIGA-Saúde		Total de atendimentos à situação de crise por CAPS (código de procedimento - 03.01.08.029-1)
Obs: Indicadores disponibilizados no painel de monitoramento – CIS ¹					

¹: O Indicador de Monitoramento M11 “% DE FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA (SINAN) COM OS CAMPOS* ELEITOS PREENCHIDOS, EM RELAÇÃO AO NÚMERO TOTAL DE FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA” terá a extração de dados manual através de relatório elaborado pela Supervisão Técnica de Saúde, através das fichas SINAN.

Abaixo segue o modelo do Relatório M11:

 CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE				
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde - CPCS Coordenadoria Regional XXXX Supervisão Técnica de Saúde XXXX <u>R0XX/20XX - Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde XXXX - OS XXXX</u>				
Ano : 2024 Processo SEI: XXXXXXXXXXXXXXX				
RELATÓRIO M11 – PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA				
Indicamos abaixo, por unidade de saúde, o número de fichas de notificação com os campos 15, 36, 38, 54, 56, 59 e 65 preenchidos em relação ao número total das fichas de notificação de violência do SINAN no período avaliado e o percentual correspondente.				
Campo	Notificações Válidas	Total de Notificações	Percentual do Campo	Comentários
Campo 15 – Raça/Cor	180	200	90	
Campo 36 – Orientação Sexual	150	200	75	
Campo 38 – Deficiência	190	200	95	
Campo 54 – Lesão	170	200	85	
Campo 56 – Violência Sexual	160	200	80	
Campo 59 – Procedimento realizado	150	200	75	
Campo 65 – Encaminhamento	160	200	80	
Média do Indicador Final			82,85714286	
Observação: <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>				
_____ STS XX data de assinatura: xx/xx/xxxx	_____ CRS XX data de assinatura: xx/xx/xxxx	_____ OS XX data de assinatura: xx/xx/xxxx		

VIII – Fichas Descritivas dos Indicadores de Monitoramento

De acordo com as diretrizes das Portarias Nº 532/2024 e Nº 867/2024, a ficha do indicador abaixo foi suprimida:

- M10 - NÚMERO DE ATENDIMENTOS À CRISE POR CAPS

Mediante as diretrizes das Portaria supracitadas, passam a constar como indicadores de monitoramento M10, M11 e M12:

VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
M10 - TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO PARA TUBERCULOSE (TDO)	
CONCEITO	Percentual de pacientes em tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose, em relação ao número de pacientes em tratamento para tuberculose.
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de pacientes em TDO para TB no período da medição, dividido pelo número de pacientes em tratamento para TB no período da medição x 100
PERIODICIDADE	Duas vezes ao ano, nos meses de outubro e março.
PERÍODO DA MEDIÇÃO	Período de seis meses visando à avaliação e ao aprimoramento a longo prazo dos serviços ao caracterizar sua execução em série histórica.
FONTE DE DADOS	Sistema de Controle de pacientes com tuberculose – TBWEB.
INTERPRETAÇÃO	Espera-se monitorar e avaliar a qualidade da assistência de uma das principais doenças transmissíveis, por meio da adoção do TDO para os pacientes em tratamento de tuberculose.
REFERÊNCIAS	Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: Protocolo de enfermagem, disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/tuberculose-na-atencao-primaria-a-saude-protocolo-de-enfermagem.pdf Retorno do tratamento diretamente observado diário na tuberculose no município de São Paulo, disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/nota_informativa_08_21_retorno_TDO_MSP.pdf

SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIGILÂNCIA	
M11 – PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	
CONCEITO	<p>Percentual de fichas de notificação de violência (SINAN) com os campos eleitos preenchidos, em relação ao número total de fichas de notificação de violência no período da medição.</p> <p>Considera-se para avaliação os seguintes campos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Campo 15 - Raça/Cor 2. Campo 36 - Orientação Sexual em indivíduos com 10 anos ou mais 3. Campo 38 - Possui deficiência ou transtorno 4. Campos 54 - Lesão autoprovocada 5, Campos 56 - Violência sexual 6. Campo 65 - Encaminhamento 7. Campo 59 - Procedimento realizado
MÉTODO DE CÁLCULO	<p>Número de fichas de notificação de violência (SINAN) com os campos eleitos preenchidos com informações válidas* corretamente no período da medição, dividido pelo total de fichas de notificação de violência no período da medição x 100</p> <p>* Não serão consideradas informações válidas as alternativas: ignorado e não se aplica.</p>
PERIODICIDADE	Duas vezes ao ano, nos meses de outubro e março.
PERÍODO DA MEDIÇÃO	Período de seis meses visando à avaliação e ao aprimoramento a longo prazo dos serviços ao caracterizar sua execução em série histórica.
FONTE DE DADOS	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN - TabNet
INTERPRETAÇÃO	A mensuração da violência, seja na dimensão coletiva, seja na dimensão individual tem o compromisso de orientar as intervenções na formulação de políticas públicas baseadas no reconhecimento dos direitos da cidadania. Os dados levantados não necessariamente qualificam o cuidado à pessoa em situação de violência, mas apontam a necessidade de uma qualificação no processo de trabalho envolvendo a vigilância e a assistência em saúde.
REFERÊNCIAS	<p>Recomendação atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência disponível em</p> <p>https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/SAUDE_PESSOA_VIOLENCIA_RECOMENDACAO.pdf</p>

SAÚDE MENTAL	
M12 - NÚMERO DE ATENDIMENTOS À CRISE POR CAPS	
CONCEITO	Corresponde ao monitoramento das ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e que favoreçam a construção e a preservação de vínculos.
MÉTODO DE CÁLCULO	Total de atendimentos à situação de crise por CAPS.
PERIODICIDADE	Duas vezes ao ano nos meses de outubro e março.
PERÍODO DA MEDIÇÃO	Período de seis meses visando à avaliação e ao aprimoramento a longo prazo dos serviços ao caracterizar sua execução em série histórica.
PROCEDIMENTO PARA APURAÇÃO	Procedimento para apuração: 0301080291: Atenção às situações de crise.
FONTE DE DADOS	Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde - SIGA Saúde
INTERPRETAÇÃO	A orientação da meta é que o procedimento seja efetivamente lançado quando a crise ocorre. A partir desse alinhamento será possível estabelecer um critério de referência para aferir o volume das intercorrências que indicam gravidade, a efetividade resolutiva do acolhimento noturno e outras necessidades junto à RUE e rede hospitalar.
REFERÊNCIAS	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html . Acesso em: 22 jun. 2022.

- 3.3. As orientações dessa Nota Técnica têm efeito retroativo e passam a vigorar a partir de 1º de julho de 2024, de acordo com o início da vigência da Portaria SMS nº 532/2024.
- 3.4. Este documento não altera e ou substitui o que resolve a [Portaria SMS nº 532/2024](#) e a [Portaria SMS nº 867/2024](#).