

## RELATÓRIO DE ATIVIDADES

### SERVIÇO DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO DE PARIQUERA-AÇU

#### 1. INTRODUÇÃO

**1.1 Da O.S.S. – Breve Histórico:** O CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil - CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico obstetra, um dos seus fundadores e 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

Com o lema "Prevenir é Viver com Qualidade", a Instituição é qualificada como Organização Social (OSS), em vários municípios, e reconhecida por sua experiência na gestão de serviços de saúde, atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público.

Atualmente, o CEJAM conta com serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Rio de Janeiro, Mogi das Cruzes, Itu, Osasco, Campinas, Carapicuíba, Franco da Rocha, Guarulhos, Santos, São Roque, Francisco Morato, Ferraz de Vasconcelos, Pariquera-Açu e Itapevi, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

**Visão:** "Ser reconhecida como a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional."

**Missão:** "Ser instrumento transformador da vida das pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde."

#### **Valores:**

**Valorizamos a Vida:** Enquanto bem individual inestimável, por meio da promoção à saúde e do respeito aos ciclos naturais de cada ser humano, desde a gestação até a terceira idade.

**Estimulamos a Cidadania:** Nossas atividades estão pautadas na garantia de direitos e deveres dos indivíduos, preservando sua dignidade.

**Somos Éticos:** Promovemos senso de ética e integridade em nossas relações, parcerias e processos.

**Trabalhamos com Transparência:** Prezamos pela transparência em todos os nossos âmbitos de atuação, com base no nosso compromisso com a verdade e na construção de relações de confiança com os stakeholders da Instituição.

**Agimos com Responsabilidade Social:** Contribuímos para a formação de uma sociedade mais justa, em benefício dos nossos colaboradores e das comunidades nas regiões onde atuamos.

**Somos Inovadores:** Incentivamos a implantação de ambientes de trabalho criativos, adaptáveis a mudanças e atentos às mais diversas transformações tecnológicas, fortalecendo a cultura de melhoria contínua e a otimização de processos em cada área da Instituição.

**Qualificamos a Gestão:** Qualificamos as nossas lideranças e forças de trabalho com respaldo na ciência, na técnica e nos dados, tendo como objetivo a excelência na gestão, qualidade dos serviços prestados e preservação da segurança de pacientes e colaboradores.

### **Pilares Estratégicos:**

**Humanização:** Oferta atendimento e tratamento digno, solidário e acolhedor, levando em consideração os atributos básicos da comunicação, autonomia e integralidade do ser.

**Atenção à Saúde:** realiza assistência com alto potencial para resolução dos problemas. Estabelece ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, com foco no monitoramento de condições crônicas. Organiza-se em redes de atenção à saúde com processos regionalizados e fluxos institucionais, entre as áreas primária, especializada e hospitalar.

**Equipe Multidisciplinar:** representa os diversos saberes em saúde que, com suas expertises, promovem o aperfeiçoamento dos planos de cuidado dos pacientes, com objetivos e metas terapêuticas, fortalecendo as linhas de cuidados e gestão da clínica.

**Geração e Disseminação de Conhecimento:** contribui com a sociedade e a comunidade científica por meio de estruturação e divulgação de ações assistenciais, resultados e impactos na saúde da população nas zonas de atuação da instituição. Potencializa grupos de estudos, pesquisas, eventos científicos e promove o aperfeiçoamento da comunicação institucional.

**Tecnologia da Informação:** é o elo entre as práticas assistenciais, administrativas e de gestão. Garante, de forma segura, a geração e o monitoramento de informação, para apoio no processo de tomada de decisões estratégicas, além de viabilizar a disseminação de conhecimento. Integra a população, serviços, gestores e demais partes interessadas.

**Ecosistema em Saúde:** conecta os pontos de atenção em rede, com aperfeiçoamento da comunicação, dos processos e incorporação de tecnologias. Visa a integralidade do cuidado, a eficiência das ações e as referências entre serviços, demonstrando impacto sistêmico na saúde da população, com sinergismo nas ações de sustentabilidade.

**Lema:** "Prevenir é Viver com Qualidade"

**1.2- Do Serviço – Breve Histórico:** O Serviço de Reabilitação Lucy Montoro – Pariquera-Açu foi inaugurado em 07 de novembro de 2014 e possui como escopo prestar atendimento médico compatível com os objetivos gerais da Rede Lucy Montoro na área de medicina física e reabilitação, com ênfase na assistência multiprofissional de forma interdisciplinar.

O Serviço de Reabilitação Lucy Montoro de Pariquera-Açu atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), residentes nos 15 municípios do Vale do Ribeira que compõem a área de abrangência do Departamento Regional de Saúde XII.



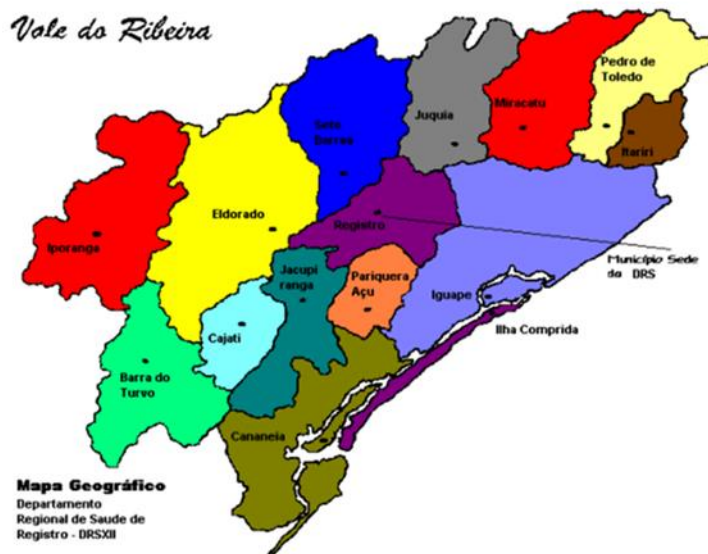
**Fonte:** Gestão Regional e Redes

A população abrangida conforme estimativa populacional do Censo Demográfico IBGE-2022 é de 277,869 habitantes, distribuídos com a seguinte composição: Barra do Turvo: 6.875, Cajati: 28.515, Cananéia: 12.289, Eldorado: 13.069, Iguape: 29.115, Ilha Comprida: 13.419, Iporanga: 4.046, Itariri: 15.528, Jacupiranga: 16.116, Jiquiá: 17.154, Miracatu: 18.553, Pariquera-Açu: 19.233, Pedro de Toledo: 11.281, Registro: 59.746, Sete Barras: 12.730.

O Vale do Ribeira é um território marcado pelas diversidades territoriais e populacionais. Composto por 15 municípios na área de abrangência do DRS XII- Registro, com uma população aproximada de 281 mil habitantes, bastante heterogênea, integrada por diferentes grupos populacionais como ribeirinhos, quilombolas e indígenas.

Baixa densidade demográfica, geograficamente com grande extensão de área rural e de preservação ambiental, aspectos que a tornam particularmente desafiadora quando se trata de planejar e ofertar uma assistência à saúde equânime e integral.

Na região da Vale do Ribeira todos os municípios apresentam o IDH abaixo da média do Estado de São Paulo e o percentual da população SUS dependente desta região é de 90,98%.



### 1.2.1 - Condições geográficas, demográficas e socioeconômicas

O Vale do Ribeira é um território marcado pelas diversidades territoriais e populacionais.

Composto por 15 municípios na área de abrangência do DRS XII- Registro, com uma população aproximada de 281 mil habitantes, bastante heterogênea, integrada por diferentes grupos populacionais como ribeirinhos, quilombolas e indígenas.

Baixa densidade demográfica, geograficamente com grande extensão de área rural e de preservação ambiental, aspectos que a tornam particularmente desafiadora quando se trata de planejar e ofertar uma assistência à saúde equânime e integral.



### 1.2.2 - IDH do Vale do Ribeira

Na região do Vale do Ribeira todos os municípios apresentam IDH (Índice de desenvolvimento Humano) abaixo da média do Estado de São Paulo, como mostra a tabela abaixo:

MUNICÍPIO	IDH
BARRA DO TURVO	0,641
CAJATI	0,694
CANANÉIA	0,720
ELDORADO	0,691
IGUAPE	0,726
ILHA COMPRIDA	0,725
IPORANGA	0,703
ITARIRI	0,677
JACUPIRANGA	0,717
JUQUIÁ	0,700
MIRACATU	0,697
PARIQUERA-AÇÚ	0,736
PEDRO DE TOLEDO	0,696
REGISTRO	0,754
SETE BARRAS	0,673
<b>SÃO PAULO</b>	<b>0,783</b>

Fonte: SEADE

### 1.2.3- Principais causas de óbito no Vale do Ribeira

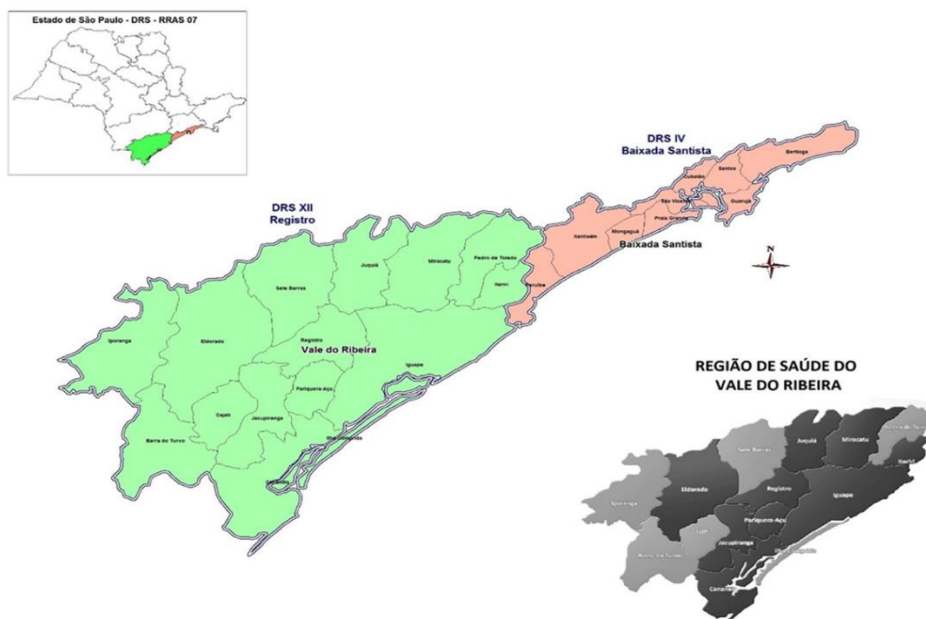
Cinco principais causas (Capítulo CID-10) de Óbitos p/Residência e Ano do Óbito, Região de Saúde (CIR): 35121 Vale do Ribeira, Período:2018-2021

Capítulo CID-10	2018	2019	2020	2021	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	630	647	681	730	2.688
II. Neoplasias (tumores)	379	348	353	357	1.437
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	49	69	335	740	1.193
X. Doenças do aparelho respiratório	267	221	202	219	909
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	194	186	182	190	752
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	168	152	179	213	712
<b>Total</b>	<b>1.687</b>	<b>1.623</b>	<b>1.932</b>	<b>2.449</b>	<b>7.691</b>

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Nota: Consulta realizada em 14/08/2023

### 1.2.4 - Região Territorial de Saúde – RRAS-7



### 1.3-Macroprocessos ambulatoriais atendidos pelo serviço de Pariquera-Açu

Lesão Encefálica; Lesão Medular; Paralisia Cerebral e/ou atraso de desenvolvimento neuro motor; Dor crônica benigna e de causa musculoesquelética; Amputações e malformações congênitas dos membros superiores e/ou inferiores; Doenças Neuromusculares; Doenças Neurodegenerativas e Reabilitação pós Covid. No ano de 2022 devido a necessidade de reduzir os índices de perda primária o Serviço de Reabilitação Lucy Montoro de Pariquera Açu com ciência da CGCSS e Comitê Gestor da Rede, iniciou a Reabilitação Oncológica dentro dos macroprocessos existentes, ampliando a quantidade de CIDs que o Serviço atende.

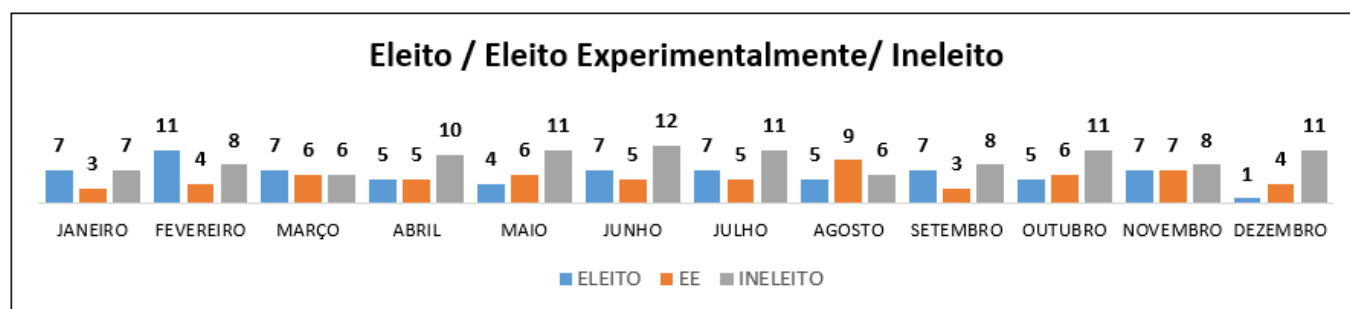
### 1.4- Critérios de elegibilidade

- Pacientes que se enquadrem em pelo menos um dos macroprocessos assistenciais ofertados e atendam aos critérios de elegibilidade relativos à faixa etária e tempo de lesão e/ou de instalação da incapacidade;
- Tempo de lesão menor que 4 anos (com exceção de doenças congênitas e perinatais em que não se aplica este critério);
- Faixa etária: todas, com exceção de doenças congênitas e perinatais cujos pacientes devem ter menos de 7 anos de idade;

- Estabilidade clínica: As doenças de base/comorbidades devem estar adequadamente controladas e o paciente deve estar sendo acompanhado em serviço de saúde;
- Ausência de dispositivos de ventilação mecânica e/ou oxigenoterapia;
- Crises convulsivas controladas (última crise há mais de seis meses). Crianças < 7 anos também precisam estar com as crises convulsivas controladas, porém o agendamento da consulta/triagem será realizado independentemente da data da última crise;
- Ausência de lesões por pressão de grau III e IV (fonte da classificação das lesões: Associação Brasileira de Estomaterapia).

### 1.5- Pacientes Eleitos

Como demonstra o gráfico abaixo os índices de eleição e ineleição vem mantendo uma constância ao longo de 2025, demonstrando que os índices de eleição são maiores que o de ineleições, assim a maioria dos pacientes encaminhados para o serviço, são absorvidos.

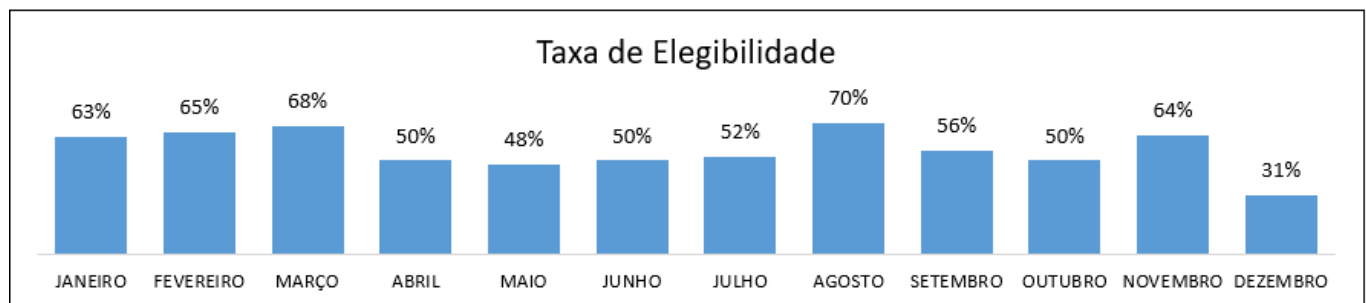


#### 1.5.1 – Taxa de elegibilidade

O gráfico abaixo mostra que ao longo do ano de 2025, a taxa de elegibilidade dos pacientes manteve-se relativamente estável, com variação entre aproximadamente 48% e 70%, indicando comportamento oscilatório, porém compatível com a complexidade do perfil assistencial atendido. Observa-se melhor desempenho nos meses intermediários do ano, com destaque para períodos em que houve maior adequação dos encaminhamentos à proposta do serviço.

A análise qualitativa dos casos de inelegibilidade ao longo do exercício evidencia que os principais fatores recorrentes estiveram relacionados à ausência de controle clínico das doenças de base, à falta de diagnóstico etiológico definido e à inadequação do perfil do paciente aos critérios de elegibilidade do serviço de reabilitação. Também se destacam encaminhamentos de pacientes com tempo de lesão prolongado, sem acompanhamento clínico regular, bem como situações de baixa adesão ao tratamento multiprofissional.

Conclui-se que as variações observadas na taxa de elegibilidade ao longo de 2025 refletem, predominantemente, fragilidades na regulação e na articulação da rede de atenção à saúde, atribuição esta do DRSXII, especialmente no que se refere à qualificação dos encaminhamentos, não sendo atribuídas a falhas no processo assistencial da unidade executora.



## 2- Do Contrato de Gestão

Em 01 de novembro de 2023 foi firmado o Contrato de Gestão/Processo de Origem SEI: 024.00060535/2023-57 com o objeto da operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no SERVIÇO DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO DE PARIQUERA – AÇU, parceria esta firmada entre o Governo do Estado de São Paulo com a O.S.S. Centro de estudos e pesquisas “Dr João Amorim”, onde foi criada uma filial com o CNPJ 66.518.267/0048-47, Para o exercício de 2025 foi programado o repasse de recursos para custeio no valor de R\$ 3.641.880,00 (três milhões, seicentos e quarenta e hum mil, oitocentos e oitenta reais), com o valor mensal de R\$ 303.490,00 (trezentos e tres mil, quatrocentos e noventa reais); nos meses de julho, novembro e dezembro de 2025 foram assinados TAs de recurso de investimento, totalizando o valor de R\$ 682.564,93 (seiscentos e oitenta e dois mil quinhentos e sessenta e quatro reais e noventa e três centavos).

3- Os repasses foram realizados da seguinte forma como demonstra o Quadro I abaixo:

DEMOSTRATIVO DE RECEITA 2025		
Saldo Remanescente 2024		R\$ 776.722,46
Investimento		R\$ 587.410,33
Custeio		R\$ 414.716,11
Mês/2024	Valor (R\$ )	Semestre
Janeiro	R\$ 303.490,00	R\$ 1.820.940,00
Fevereiro	R\$ 303.490,00	
Março	R\$ 303.490,00	
Abril	R\$ 303.490,00	
Maio	R\$ 303.490,00	
Junho	R\$ 303.490,00	
Julho	R\$ 303.490,00	R\$ 2.503.504,93
Julho TA 02/2025	R\$ 249.880,90	
Agosto	R\$ 303.490,00	
Setembro	R\$ 303.490,00	
Outubro	R\$ 303.490,00	
Novembro	R\$ 303.490,00	
Novembro TA 03/2025	R\$ 148.987,17	
Dezembro	R\$ 303.490,00	
Dezembro TA 04/2025	R\$ 283.696,86	
<b>Total</b>		<b>R\$ 4.324.444,93</b>
Receitas Financeiras (Rendimentos)		R\$ 103.328,53
Outras Receitas		R\$ 0,00
Estorno/Reembolso de Despesas		R\$ 1.920,65
<b>Total 2025</b>		<b>R\$ 4.429.694,11</b>

### 3-1 Rateio Institucional das Despesas Operacionais Corporativas – Exercício 2025

#### Introdução

A metodologia de rateio das **Despesas Operacionais Corporativas** aplicada pelo CEJAM durante o exercício de **2025** observou rigorosamente as diretrizes estabelecidas no **Manual de Instruções do Rateio Institucional – MIN.ADM.GFS.SRO.001.004**, vigente a partir de janeiro de 2025.

O referido manual tem por objetivo orientar e padronizar os procedimentos de apropriação, distribuição e comprovação das despesas institucionais, assegurando **transparência, legalidade, rastreabilidade e aderência às boas práticas contábeis**, bem como aos princípios que regem a aplicação de recursos públicos em parcerias firmadas com o Poder Público.

## Metodologia e Critérios Utilizados

As **Despesas Operacionais Corporativas** correspondem aos custos indiretos necessários à manutenção da estrutura institucional do CEJAM e à execução dos projetos decorrentes de parcerias públicas, não estando diretamente vinculadas à atividade-fim de um ajuste específico.

Conforme previsto no **MIN.ADM.GFS.SRO.001.004**, essas despesas são apropriadas mensalmente por meio de rateio entre os projetos beneficiários, utilizando **critérios técnicos previamente definidos**, que asseguram equidade na alocação dos custos, considerando a capacidade financeira e os limites estabelecidos nos respectivos planos de trabalho.

As despesas institucionais são **centralizadas na Filial 44 – Apoio à Gestão**, unidade administrativa criada especificamente para registrar, controlar e comprovar os gastos corporativos, permitindo sua adequada recuperação junto às filiais vinculadas aos ajustes públicos.

A apuração do rateio adotou o **regime de caixa**, considerando exclusivamente as despesas **efetivamente pagas** no período de referência, em conformidade com o manual vigente.

## Despesas Rateadas

Integram o rateio institucional, desde que caracterizadas como **elegíveis, efetivas e essenciais**, as seguintes naturezas de despesas:

- Colaboradores celetistas (folha de pagamento e encargos);
- Serviços administrativos e técnicos (contabilidade, auditoria, consultoria, manutenção de sistemas e equipamentos, logística, locações);
- Materiais de consumo de uso institucional;
- Gastos com infraestrutura (aluguéis, condomínio, IPTU);
- Utilidades públicas (água, esgoto, energia elétrica, telefonia e internet);
- Outras despesas operacionais administrativas (pedágios, despesas cartorárias, entre outras).

Registros contábeis que não representam desembolso financeiro no período, bem como **despesas diretas específicas de um único ajuste**, não integram o rateio institucional.

## Critérios de Rateio

Conforme estabelecido no **MIN.ADM.GFS.SRO.001.004**, a distribuição das despesas corporativas observa critérios técnicos que garantem proporcionalidade e sustentabilidade financeira, dentre os quais:

### 1. Limite Financeiro do Projeto

Cada projeto possui um limite de despesas institucionais definido em seu plano de trabalho aprovado pelo órgão público.

## 2. Ajuste do Limite Financeiro

Para introduzir variabilidade e evitar padrões fixos de alocação, o limite institucional de cada projeto é ajustado para um intervalo entre **98,45% e 99,92%** do valor originalmente previsto.

## 3. Prioridade aos Projetos com Maior Capacidade Financeira

Eventuais despesas remanescentes após a alocação inicial são direcionadas aos projetos com maior limite ajustado, ainda que resulte na ultrapassagem do teto originalmente estabelecido.

## 4. Elegibilidade por Natureza da Despesa

Apenas projetos cujo plano de trabalho permita determinada natureza de despesa participam do rateio correspondente, garantindo aderência às restrições do financiador público.

## Método de Cálculo

O cálculo do rateio é realizado de forma **automatizada**, por meio de aplicação desenvolvida em **linguagem Python**, conforme previsto no manual, observando as seguintes etapas:

- Identificação das despesas elegíveis;
- Ajuste dos limites financeiros dos projetos;
- Distribuição proporcional das despesas com base nos limites ajustados;
- Verificação de aderência aos limites individuais;
- Arredondamento dos valores para duas casas decimais.

O percentual final de rateio de cada projeto é aplicado sobre o total das despesas institucionais pagas no mês, com detalhamento apresentado na **Memória de Cálculo** e no **Demonstrativo Financeiro** que integram a prestação de contas.

## Despesas Diretas

As **despesas diretas**, por estarem vinculadas exclusivamente a um único ajuste, não participam do rateio institucional. Tais despesas são apropriadas diretamente ao projeto de origem, como, por exemplo:

- Remuneração de profissionais exclusivos;
- Passagens e deslocamentos para atividades específicas de determinado contrato;
- Insumos não compartilháveis.

## Recibo e Reembolso

Para cada ajuste participante do rateio institucional, é emitido **recibo individual** até o **segundo dia útil** do mês subsequente, representando o valor correspondente às despesas corporativas do mês anterior.

A liquidação financeira do reembolso é programada para ocorrer até o **quinto dia útil**, sob responsabilidade do setor de **Contas a Pagar**, observada a disponibilidade de fluxo de caixa dos

projetos e o repasse do período. Todos os valores são acompanhados por meio da **Conciliação Bancária Mensal**, assegurando rastreabilidade e controle.

## Conclusão

No exercício de **2025**, o CEJAM assegurou a aplicação consistente, transparente e tecnicamente fundamentada da metodologia de rateio institucional, em estrita observância ao **Manual de Instruções do Rateio Institucional – MIN.ADM.GFS.SRO.001.004**. A centralização dos custos na Filial 44 – Apoio à Gestão, aliada à automação dos cálculos, ao controle documental e à segregação adequada entre despesas diretas e indiretas, contribuiu para a **fidedignidade das informações**, para o fortalecimento da governança institucional e para a adequada prestação de contas dos recursos públicos recebidos.

A metodologia de rateio institucional adotada pelo CEJAM teve, ainda, sua efetividade analisada em **estudo acadêmico publicado em periódico científico**, no qual foram avaliados os resultados decorrentes de sua aplicação sob a perspectiva da transparência, da conformidade normativa e da racionalidade na alocação de custos institucionais, tendo sido identificada aderência do modelo aos princípios de governança e controle aplicáveis ao Terceiro Setor. **Registra-se que tal referência possui caráter meramente informativo e complementar, não substituindo, em nenhuma hipótese, os documentos comprobatórios, demonstrativos financeiros, memórias de cálculo e demais evidências que integram a presente prestação de contas**, permanecendo estes como base formal para análise pelos órgãos de controle externo. O artigo completo encontra-se disponível no link:

<https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202540031>

## 1. OBJETIVO:

O Serviço de Reabilitação Lucy Montoro tem como objetivo a manutenção das condições funcionais dos pacientes, por intermédio de atividades – prioritariamente em grupos – com supervisão terapêutica contínua e articulada com os recursos da comunidade; conforme define o Artigo 3º do Decreto 61.003, de 19 de dezembro de 2014.

O Serviço de Reabilitação Lucy Montoro de Pariquera-Açu foi inaugurado em 07 de novembro de 2014 e possui como escopo prestar atendimento médico compatível com os objetivos gerais da Rede Lucy Montoro na área de medicina física e reabilitação, com ênfase na assistência multiprofissional de forma interdisciplinar.

O atendimento ambulatorial oferece reabilitação às pessoas com deficiências incapacitantes, sendo realizado por equipe multidisciplinar, composta por médico fisiatra, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, educadores físicos e outros profissionais especializados em reabilitação. Os beneficiados são pacientes que foram agendados através no portal SIRESP (Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo)

Além das sessões terapêuticas, na unidade possui a oficina de OPM (Órteses Próteses e Meios de locomoção) e ambulatório de aplicação de Toxina Botulínica.

MISSÃO: Desenvolver o potencial humano e promover uma sociedade mais justa e igualitária

**VISÃO:** Até 2024 se transformar em um laboratório de inovação dentro da Rede Lucy Montoro e ser um serviço mais amigável e mais próximo da pessoa com deficiência e da comunidade.

**VALORES:** Ética, Humanismo, Responsabilidade Social, Pluralismo, Pioneirismo, Compromisso Institucional.

**5- AVALIAÇÃO DE RESULTADOS:** As metas quantitativas atribuídas pelo Contrato de Gestão nº. 024.00060535/2023-57, firmado em 01 de novembro de 2023, foram atingidas, em algumas linhas não cumpridas e em outras superadas, compensando o déficit. Assim sendo o Serviço de Reabilitação Lucy Montoro Pariquera-Açu, no geral cumpriu as metas pactuadas. Como discriminado nos quadros abaixo:

### 5.1- Produção 1º Semestre 2025 – Previsto x Realizado

Item/mês	Cont.	Real.	%	Custos
Primeira Consulta - Triagem	156	124	-20,51	R\$ 43.297,29
Interconsultas	0	0	0	R\$ 0,00
Consulta Subsequente	834	913	9,47	R\$ 318.793,74
Total	990	1.037	4,75	R\$ 362.091,03

Consulta Não médica	4.020	4.382	9	R\$ 470.882,58
Procedimentos terapêuticos (Sessões)	7.800	6.806	-12,74	R\$ 731.361,67
Total	11.820	11.188	-5	R\$ 1.202.244,25

Órteses	180	117	-35	R\$ 63.163,27
Próteses	30	8	-73,33	R\$ 24.304,57
Meios de Locomoção	192	135	-29,69	R\$ 144.186,63
Total	402	260	-35,3	R\$ 231.654,47

Procedimentos Médicos	36	32	-11,11	R\$ 26.097,38
-----------------------	----	----	--------	---------------

### 5.1.2- CONSULTAS MÉDICAS:

**Na linha de Primeiras Consultas** o serviço cumpriu 79,49% do pactuado, este desempenho ocorreu devido ao índice de absenteísmo nas consultas de triagem, apesar dos esforços mensais e articulação junto ao DRSXII informando os pacientes faltosos, esta realidade ainda nos atrapalha no cumprimento desta meta. Entre as justificativas mais recorrentes para as ausências estão: esquecimento da data agendada, problemas de saúde, falta de acompanhante, problemas com transporte particular e não agendamento do transporte sanitário. No primeiro semestre de 2025, os maiores picos de absenteísmo ocorreram em março (27%), janeiro (25%) e abril (23%).

**Na linha de consultas subsequentes**, o serviço cumpriu ficou 109,47% da meta pactuada para o primeiro semestre de 2025, reflexo de estratégias adotadas ao longo dos meses para otimizar a agenda médica; em janeiro, a antecipação de atendimentos pela fisiatra, em função das férias da psicóloga, já contribuiu para um volume maior de atendimentos, em maio e junho, houve o aumento na produção devido à retomada da capacidade total do ambulatório de OPM e à realização de encaixes para pacientes com retornos antigos. Essas ações compensaram meses com desempenho abaixo da meta, como março e abril, e garantiram, **o cumprimento da meta geral do semestre, em 104,75%. Conforme consta na TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL) podemos cumprir entre 90% e 100% do volume contratado.**

### 5.1.3- CONSULTAS/SESSÕES NÃO MÉDICAS:

Na linha de **consultas não médicas**, o serviço ultrapassou a meta em 9% do contratado, essa variação é justificada pelos acolhimentos semanais de novos pacientes, promovidos com o objetivo de manter a fila de espera dentro de limites aceitáveis, tanto em relação à quantidade de pacientes quanto ao tempo de espera para início do programa. Esses acolhimentos elevam o número de consultas não médicas, devido às avaliações multiprofissionais necessárias para o ingresso dos pacientes nos programas de reabilitação de cada setor.

Na linha de **procedimentos terapêuticos (sessões)**, o serviço cumpriu 87,26% em relação à meta pactuada para o semestre, este resultado está relacionado ao índice de absenteísmo nas agendas não médicas, com média de 16% no primeiro semestre, impactando diretamente na produção; somado a isso, o semestre foi marcado por afastamentos prolongados devido atestado médico na equipe assistencial, o que também comprometeu a oferta regular de sessões e como as sessões estão

vinculadas diretamente ao atendimento semanal dos pacientes, o volume acabou ficando abaixo da meta estipulada.

**Ainda assim, de forma geral, o serviço cumpriu 95% da meta pactuada para o semestre. Conforme consta na TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL) podemos cumprir entre 90% e 100% do volume contratado.**

#### **5.1.4- FORNECIMENTO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO (OPM) – META DE ACOMPANHAMENTO**

Durante o primeiro semestre de 2025, o serviço cumpriu 65% da meta pactuada para o semestre, resultado de um conjunto de fatores que impactaram negativamente o fluxo de atendimento e entrega dos equipamentos. Ao longo dos meses, observou-se uma série de intercorrências que afetaram cada componente do serviço. No item órteses, houve sucessivas ausências dos pacientes nas agendas de medição, especialmente nos meses de dezembro e março, comprometendo o cronograma de produção e entrega. Além disso, o período foi marcado por instabilidade na contratação de novos fornecedores, o que dificultou a regularidade nas medições e atrasou as entregas.

No que se refere às próteses, em grande parte, à condição clínica dos pacientes, que, em sua maioria, ainda não apresentavam membros residuais prontos para a protetização, limitaram a realização de provas e medições. Mesmo com o acompanhamento dos casos, a evolução dos pacientes, não favoreceu ao cumprimento da meta pactuada.

Quanto aos meios de locomoção, a principal dificuldade foi o atraso recorrente na entrega de cadeiras de rodas pelos fornecedores, apesar das previsões de embarque, os equipamentos chegaram com semanas de atraso, prejudicando as entregas. Somado a isso o número significativo de absenteísmo nas agendas de entrega, muitas delas sem justificativa prévia, comprometeram o cumprimento da meta mensal em diversos momentos.

Portanto, o não atingimento das metas no primeiro semestre de 2025 foi resultado de um cenário multifatorial, envolvendo fatores logísticos, assistenciais e clínicos. Apesar dos esforços da equipe para manter o fluxo de atendimentos e reorganizar agendas, as dificuldades enfrentadas impactaram diretamente os indicadores do período. Espera-se que, com a regularização da entrega dos materiais e a consolidação dos novos prestadores de serviço, os resultados sejam gradativamente recuperados no segundo semestre.

#### **5.1.5- PROCEDIMENTOS MÉDICOS (APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA) – META DE ACOMPANHAMENTO:**

Na meta de aplicações de Toxina Botulínica, o serviço cumpriu 88,89% da meta pactuada para o primeiro semestre de 2025, isso ocorreu devido à indisponibilidade da toxina botulínica, ofertada pela Farmácia de Alto Custo Estadual. Em janeiro, o insumo enviado pela farmácia do DRS XII apresentou

validade insuficiente, inviabilizando seu uso, e sua reposição ocorreu após o mês de referência. Além disso, a quantidade de frascos disponibilizados nos meses seguintes fora limitada, comprometendo o volume de aplicações. Em março, apesar da haver realização de procedimentos, houveram seis faltas justificadas, o que também impactou negativamente na produção.

## 5.2- Produção 2º Semestre 2025 – Previsto x Realizado

Item/mês	Cont.	Real.	%	Custos
Primeira Consulta - Triagem	156	121	-22,44	R\$ 49.636,82
Interconsultas	0	0	0	R\$ 0,00
Consulta Subsequente	834	856	2,4	R\$ 351.149,73
Total	990	977	-1,31	R\$ 400.786,56

Consulta Não médica	4.020	4.767	18,58	R\$ 516.469,71
Procedimentos terapêuticos (Sessões)	7.800	6.923	-11,24	R\$ 750.056,60
Total	11.820	11.690	-1,1	R\$ 1.266.526,32

Órteses	180	137	-23,89	R\$ 78.677,73
Próteses	30	11	-63,33	R\$ 34.110,85
Meios de Locomoção	192	104	-45,83	R\$ 174.066,26
Total	402	252	-37,3	R\$ 286.854,84

Procedimentos Médicos	36	29	-19,44	R\$ 29.281,34
-----------------------	----	----	--------	---------------

### 5.2.1- CONSULTAS MÉDICAS:

**Na linha de Primeiras Consultas** O serviço apresentou cumprimento de 77,56% do pactuado, desempenho impactado principalmente pelo elevado índice de absenteísmo nas consultas de triagem. Apesar dos esforços contínuos de monitoramento mensal e da articulação junto à DRS XII Registro, com comunicação sistemática dos pacientes faltosos, o absenteísmo permaneceu como fator limitante

para o alcance da meta estabelecida. As justificativas mais frequentemente registradas para as ausências incluem dados de contato desatualizados, indisponibilidade para comparecimento no período agendado, ausência de acompanhante, dificuldades com transporte particular e não agendamento de transporte sanitário. No segundo semestre de 2025, os maiores percentuais de absenteísmo foram observados nos meses de agosto (23%), setembro (31%) e dezembro (38%), contribuindo de forma significativa para a redução da produção efetiva e o não atingimento da meta pactuada no período analisado.

**Na linha de Consultas Subsequentes**, o serviço atingiu 102,64% da meta pactuada no segundo semestre de 2025, considerando o total de 856 atendimentos realizados frente a 834 pactuados. Esse resultado reflete as estratégias adotadas ao longo do semestre para otimização da agenda médica. Destacam-se os meses de agosto, setembro e novembro, que apresentaram produção acima da meta estipulada, com 159, 154 e 168 atendimentos realizados, respectivamente. Essas ações compensaram os meses com desempenho inferior ao pactuado, como julho, outubro e dezembro, que registraram produção abaixo da meta mensal. Dessa forma, mesmo diante das oscilações mensais, foi possível assegurar o cumprimento da meta global do semestre. **Assim concluímos que a meta médica do segundo semestre de 2025 foi cumprida em 98,69%. Conforme consta na TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL) podemos cumprir entre 90% e 100% do volume contratado.**

#### **5.2.2- CONSULTAS/SESSÕES NÃO MÉDICAS:**

**Na linha de Consultas Não Médicas**, o serviço apresentou produção 18,58% acima do contratado, resultado relacionado à realização de acolhimentos semanais de novos pacientes, estratégia adotada com o objetivo de manter a fila de espera em níveis adequados, tanto em relação ao quantitativo de pacientes quanto ao tempo de espera para ingresso nos programas de reabilitação. Esses acolhimentos impactam diretamente o volume de consultas não médicas, em razão da necessidade de avaliações multiprofissionais para definição e inclusão dos pacientes nos respectivos programas assistenciais.

**Na linha de Procedimentos Terapêuticos (Sessões)**, o serviço atingiu 88,76% da meta pactuada no semestre. Esse desempenho está associado, principalmente, ao índice médio de absenteísmo de 15% nas agendas não médicas ao longo do segundo semestre, o que repercutiu diretamente na produção realizada. Soma-se a esse fator a ocorrência de afastamentos prolongados da equipe assistencial por motivo de atestado médico, comprometendo a regularidade da oferta de sessões. Considerando que os procedimentos terapêuticos estão diretamente vinculados ao atendimento semanal dos pacientes, tais intercorrências impactaram o volume total executado, resultando em produção abaixo da meta estipulada.

**Ainda assim, no consolidado geral, o serviço alcançou 98,9% de cumprimento da meta pactuada para o semestre, demonstrando capacidade de reorganização assistencial e mitigação parcial dos impactos observados no período. Conforme consta na TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL) podemos cumprir entre 90% e 100% do volume contratado.**

### **5.2.3- FORNECIMENTO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO (OPM) – META DE ACOMPANHAMENTO**

No período analisado, a meta de OPM não foi integralmente atingida, principalmente em razão de fatores operacionais e assistenciais que impactaram diretamente a entrega dos equipamentos. Em relação às órteses, o não cumprimento da meta ocorreu devido à ausência de alguns pacientes para atendimento, bem como ao retorno de determinados equipamentos à empresa contratada para ajustes técnicos, o que postergou as entregas previstas. No que se refere às próteses, a meta não foi alcançada em função de membros residuais ainda não estarem aptos para o processo de protetização no período, além do fato de que algumas próteses foram medidas no mês em análise, com entrega programada para o mês subsequente (novembro). Ressalta-se que, em novembro, novas próteses foram prescritas pela médica fisiatra, com medições previstas para agendamento no mês de janeiro. Quanto aos meios de locomoção, o desempenho abaixo da meta esteve relacionado à ausência de pacientes e à dependência do prazo de entrega de cadeiras de rodas pelos fornecedores, o que inviabilizou o cumprimento integral das entregas no mês. Adicionalmente, a análise do absenteísmo no segundo semestre demonstra uma média de 13,5%, no período de julho a dezembro, fator que contribuiu de forma relevante para o impacto nos resultados assistenciais e no cumprimento das metas estabelecidas. **Dessa forma, considerando o desempenho global do serviço, foi cumprido 62,69% da meta contratada.**

### **5.2.4- PROCEDIMENTOS MÉDICOS (APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA) – META DE ACOMPANHAMENTO:**

Na meta de Aplicações de Toxina Botulínica, **o serviço alcançou 80,56% de cumprimento da meta pactuada no segundo semestre de 2025.** Esse desempenho esteve diretamente relacionado à indisponibilidade do insumo, cuja dispensação é realizada pela Farmácia de Alto Custo Estadual. No mês de julho, o quantitativo de toxina botulínica encaminhado pela farmácia da DRS XII apresentou prazo de validade até novembro, restringindo a utilização programada ao longo do semestre.

Adicionalmente, nos meses subsequentes, a quantidade de frascos disponibilizados foi insuficiente para atender à demanda assistencial, o que comprometeu o volume de aplicações realizadas. Em dezembro, não houve realização de aplicações, em razão da ausência de ampolas disponíveis, impactando de forma significativa a produção mensal e contribuindo para o não atingimento da meta pactuada no período analisado.

## 6- DEMONSTRAÇÃO DO CUSTO UNITÁRIO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

### 422 - A. Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Médicos Janeiro a Junho 2025

	Média							
	Consulta Agregada			Custo Unit. s/ Exame - R\$	Total Custo Unit. s/ Exame	Qtde. Exames	Custo Unit. c/ Exame - R\$	Total Custo Unit. c/ Exame
	Exame	Procedimento	Qtde. Consultas					
Fisioterapia	-	-	173	370,67	64.125,91	0	370,67	64.125,91
<b>Total</b>	0	0	173	-	370,67	0	-	370,67

### 423 - B. Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Não Médicos Janeiro a Junho 2025

	Média							
	Nº de Consultas Não Médicas			Custo Unit. s/ Exame - R\$	Total Custo Unit. s/ Exame	Qtde. Exames	Custo Unit. c/ Exame - R\$	Total Custo Unit. c/ Exame
	Nº de Consultas	Nº de Sessões	Total					
Educador Físico	14	222	236	91,57	21.610,52	0	91,57	21.610,52
Enfermeiro	19	240	259	105,08	27.215,72	0	105,08	27.215,72
Farmacêutico	0	0	0	0	0	0	0	0
Fisioterapeuta	22	591	613	129,1	79.138,30	0	129,1	79.138,30
Fonoaudiólogo	10	102	112	113,02	12.658,24	0	113,02	12.658,24
Nutricionista	14	190	204	136,6	27.866,40	0	136,6	27.866,40
Psicólogo	20	220	240	91,4	21.936,00	0	91,45	21.948,00
Terapeuta Ocupacional	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0	0	0	0	0
Serviço Social	20	183	203	85,2	17.295,60	0	85,2	17.295,60
<b>Total</b>	119	1.748	1.867	-	111,26	0	-	111,27

**425 - D. Procedimentos Médicos Janeiro a Junho 2025**

	Média	
	Qtde. Procedimento	Custo Unitário - R\$
Procedimentos Médicos	5	964,62

**426 - E. Demonstração do Custo Unitário do Fornecimento - Órteses / Próteses / Meios de Locomoção / Outros Janeiro a Junho 2025**

	Média		
	Qtde. Paciente	Qtde. Peças	Custo Unitário p/ Peça - R\$
Órteses	12	20	572,16
Próteses	1	1	1.533,43
Meios de Locomoção	20	23	1.015,10
AASI	0	0	0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>44</b>	<b>-</b>

**422 - A. Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Médicos Julho a Dezembro 2025**

	Média							
	Consulta Agregada		Qtde. Consultas	Custo Unit. s/ Exame - R\$	Total Custo Unit. s/ Exame	Qtde. Exames	Custo Unit. c/ Exame - R\$	Total Custo Unit. c/ Exame
	Exame	Procedimento						
Fisiatria	-	-	163	416,2	67.840,60	0	416,2	67.840,60
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>163</b>	<b>-</b>	<b>416,2</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>416,2</b>

**423 - B. Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Não Médicos Julho a Dezembro 2025**

	Média							
	Nº de Consultas Não Médicas			Custo Unit. s/ Exame - R\$	Total Custo Unit. s/ Exame	Qtde. Exames	Custo Unit. c/ Exame - R\$	Total Custo Unit. c/ Exame
	Nº de Consultas	Nº de Sessões	Total					
Educador Físico	8	261	269	85,11	22.894,59	0	85,11	22.894,59
Enfermeiro	13	252	265	97,82	25.922,30	0	97,82	25.922,30
Farmacêutico	0	0	0	0	0	0	0	0
Fisioterapeuta	18	612	630	131,91	83.103,30	0	131,91	83.103,30
Fonoaudiólogo	5	104	109	1.770,79	193.016,11	0	1.770,79	193.016,11
Nutricionista	12	249	261	98,17	25.622,37	0	98,17	25.622,37
Psicólogo	20	177	197	167,49	32.995,53	0	167,49	32.995,53
Terapeuta Ocupacional	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0	0	0	0	0
Serviço Social	20	199	219	76,7	16.797,30	0	76,7	16.797,30
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>1.854</b>	<b>1.950</b>	<b>-</b>	<b>205,31</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>205,31</b>

#### 425 - D. Procedimentos Médicos Julho a Dezembro 2025

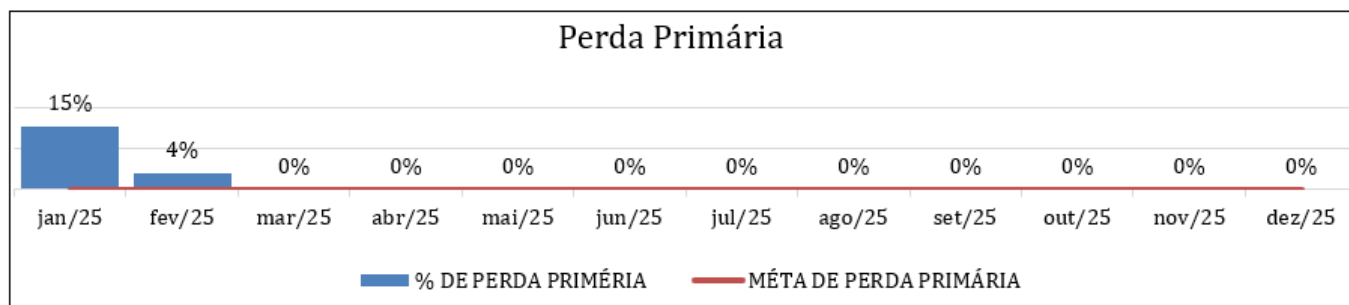
	Média	
	Qtde. Procedimento	Custo Unitário - R\$
Procedimentos Médicos	5	1.647,10
<b>Total</b>	5	-

#### 426 - E. Demonstração do Custo Unitário do Fornecimento - Órteses / Próteses / Meios de Locomoção / Outros Julho a Dezembro 2025

	Média		
	Qtde. Paciente	Qtde. Peças	Custo Unitário p/ Peça - R\$
Órteses	13	23	596,81
Próteses	2	2	1.481,39
Meios de Locomoção	13	17	1.655,51
AASI	0	0	0
<b>Total</b>	28	42	-

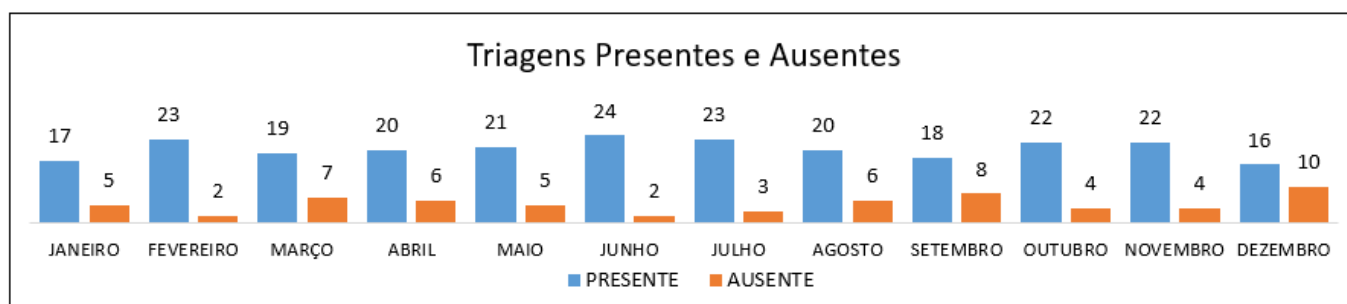
## 7 -INDICADORES DE MONITORAMENTO

Como mostra o gráfico abaixo o serviço vem trabalhando incansavelmente em parceria com o DRSXII – Registro para redução dos índices de perda primária, graças a implementação das reuniões de matriciamento com a rede de atenção à pessoa com deficiência estamos conseguindo zerar tais índices que, historicamente eram presentes no serviço. Esses dados positivos são fruto do trabalho em conjunto com os municípios, pois nas reuniões de matriciamento vários paradigmas são desconstruídos inclusive que os critérios de elegibilidade não são critérios impeditivos, mais sim classificatórios afim de qualificar quais pacientes tem perfil para reabilitação no Lucy Montoro, concluindo, perda primária são vagas de primeira consulta ofertada para municípios, hospitais e ambulatórios que não eram aproveitadas.

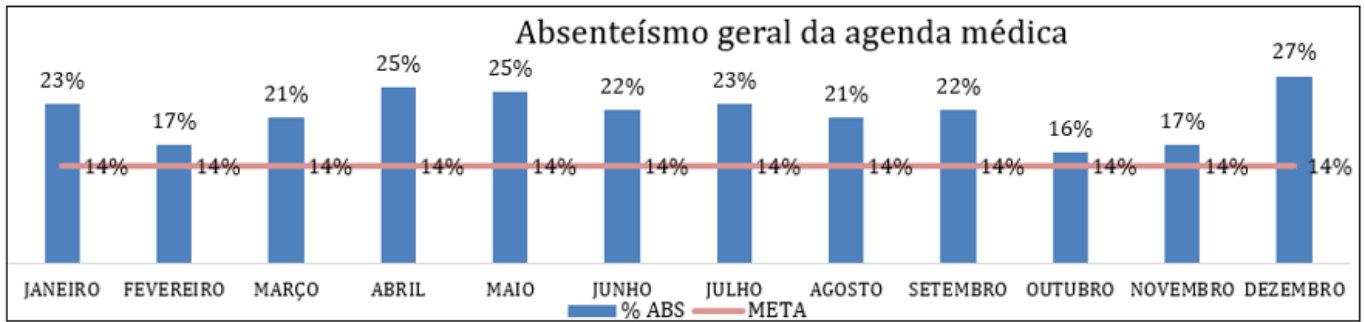


O gráfico abaixo mostra que no exercício de 2025, o indicador de triagens demonstrou desempenho com predominância de comparecimento dos pacientes em relação às ausências ao longo de todo o período analisado.

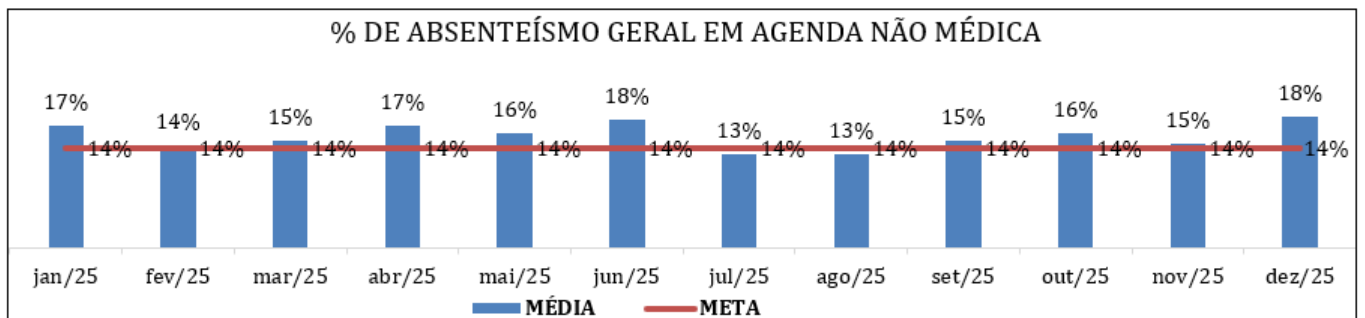
As causas das ausências identificadas ao longo do exercício estiveram majoritariamente relacionadas a fatores externos à governabilidade da unidade, tais como dificuldades de contato decorrentes de cadastro desatualizado, impedimentos pessoais ou logísticos dos pacientes e conflitos de agenda com outros atendimentos de saúde. Não foram identificadas falhas estruturais ou operacionais no processo de agendamento ou condução das triagens por parte da unidade. Dessa forma, conclui-se que, no período avaliado, se faz necessário a continuidade das ações de qualificação da comunicação com os usuários e articulação do DRSXII com a rede de origem, visando à redução residual das ausências.



O gráfico abaixo mostra que No exercício de 2025, o índice de absenteísmo da agenda médica permaneceu acima da media durante todo o período analisado, apresentando variações mensais, porém sem atingir o parâmetro estabelecido. Tal comportamento evidencia um desafio persistente na adesão dos pacientes aos atendimentos agendados, com impacto potencial na eficiência da utilização da oferta assistencial. A análise dos fatores associados ao absenteísmo ao longo do exercício indica predominância de causas externas à governabilidade direta da unidade, tais como faltas sem justificativa formal, afastamentos por motivos de saúde mediante apresentação de atestado médico, dificuldades de transporte, conflitos de agenda com outros compromissos e ausência de retaguarda familiar para acompanhamento do paciente. Não foram identificados indícios de falhas estruturais na organização da agenda médica. Dessa forma, conclui-se que o desempenho do indicador em 2025 reflete fragilidades relacionadas ao acesso e à adesão do usuário, reforçando a necessidade de manutenção e aprimoramento de estratégias de comunicação, orientação aos pacientes e articulação com a rede de atenção, visando à mitigação do absenteísmo e à otimização da capacidade assistencial, sem prejuízo da regularidade da execução do serviço.



O gráfico abaixo mostra que no exercício de 2025, o índice de absenteísmo da agenda não médica manteve-se, de forma predominante, acima da média, apresentando oscilações ao longo do período, sem caracterizar tendência de agravamento progressivo. As ausências registradas decorreram majoritariamente de faltas sem justificativa formal, seguidas por afastamentos por motivo de saúde e, em menor proporção, faltas justificadas e dispensas por intercorrência clínica, configurando fatores externos à governabilidade direta da unidade. Não foram identificadas falhas estruturais ou operacionais na organização da agenda ou na execução das atividades, concluindo-se que o desempenho do indicador reflete desafios relacionados à adesão dos usuários ao acompanhamento multiprofissional, sendo recomendada a manutenção e o aprimoramento das ações de comunicação, orientação e articulação com a rede de atenção à saúde, com vistas à mitigação do absenteísmo e à adequada utilização da capacidade assistencial.



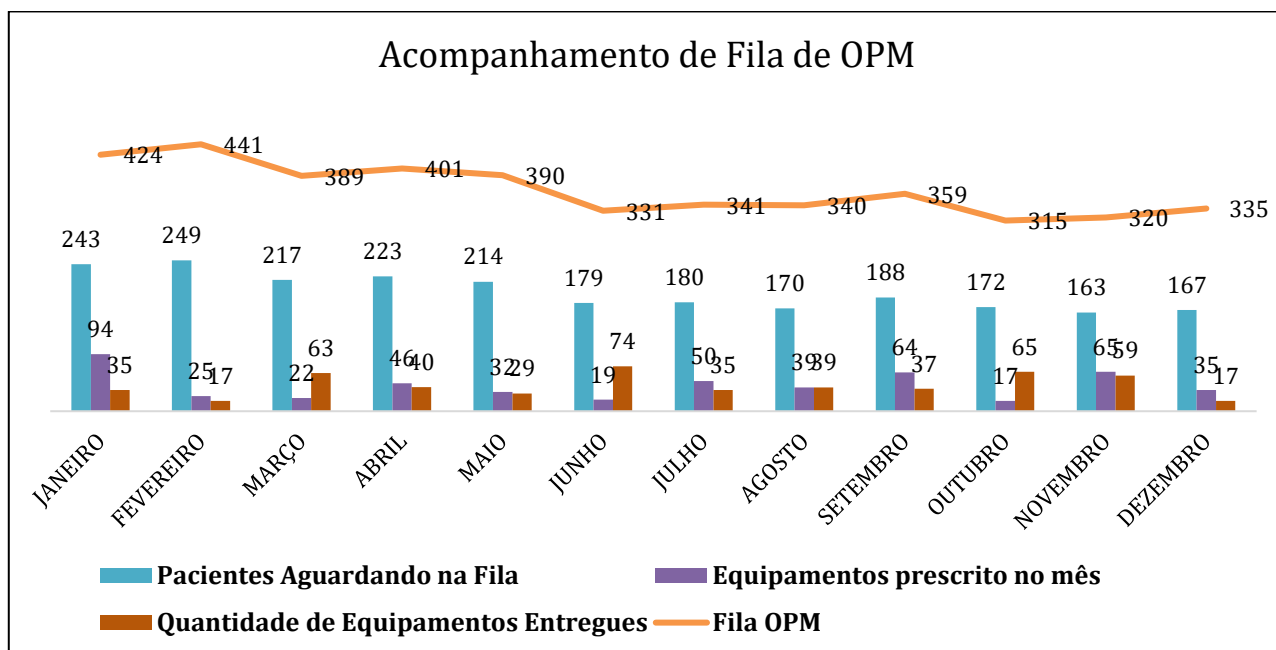
A tabela abaixo nos mostra a quantidade de pacientes na fila para iniciar o programa de reabilitação, tal dado demonstra que ao longo de 2025 o serviço vem monitorando e reduzindo a fila de espera para início da reabilitação.

## INDICADOR FILA DE ESPERA REABILITAÇÃO - 2025

MACROPROCESSOS	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Doenças Congênitas e Perinatais	3	1	1	5	6	5	0	4	5	8	4	5
Lesão Encefálica	4	1	4	3	5	5	2	1	7	14	7	10
Doenças Neurodegenerativas e Neuromusculares	1	2	0	4	0	1	0	0	0	3	0	2
Amputação	0	0	0	1	0	1	3	0	1	5	2	3
Lesão Medular	2	0	1	2	2	2	1	0	1	5	1	0
Doenças Musculoesqueléticas	0	0	2	1	3	0	1	0	2	7	9	5
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>42</b>	<b>23</b>	<b>25</b>

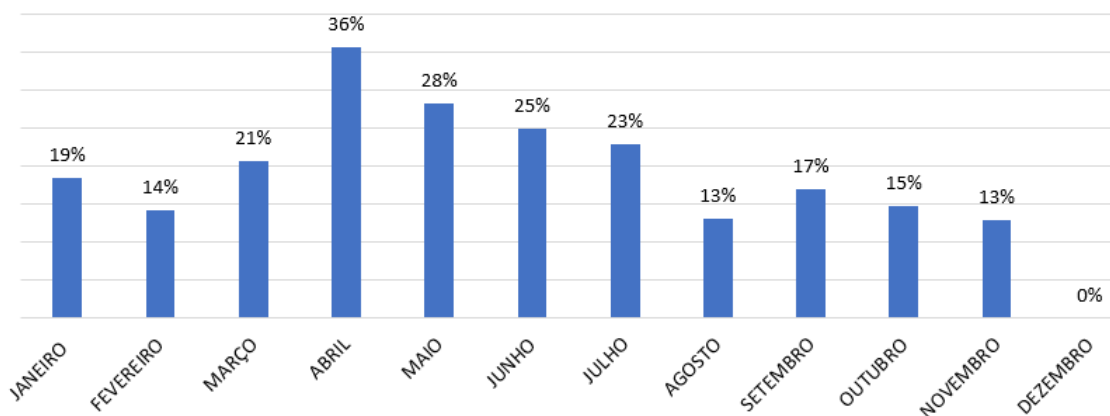
### 7.1 - FORNECIMENTO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO (OPM) – META DE ACOMPANHAMENTO

Como mostra o gráfico abaixo, ao longo do ano de 2025 o serviço vem se esforçando ao máximo para aumentar a entrega dos equipamentos, visto a redução da quantidade de equipamentos em fila.

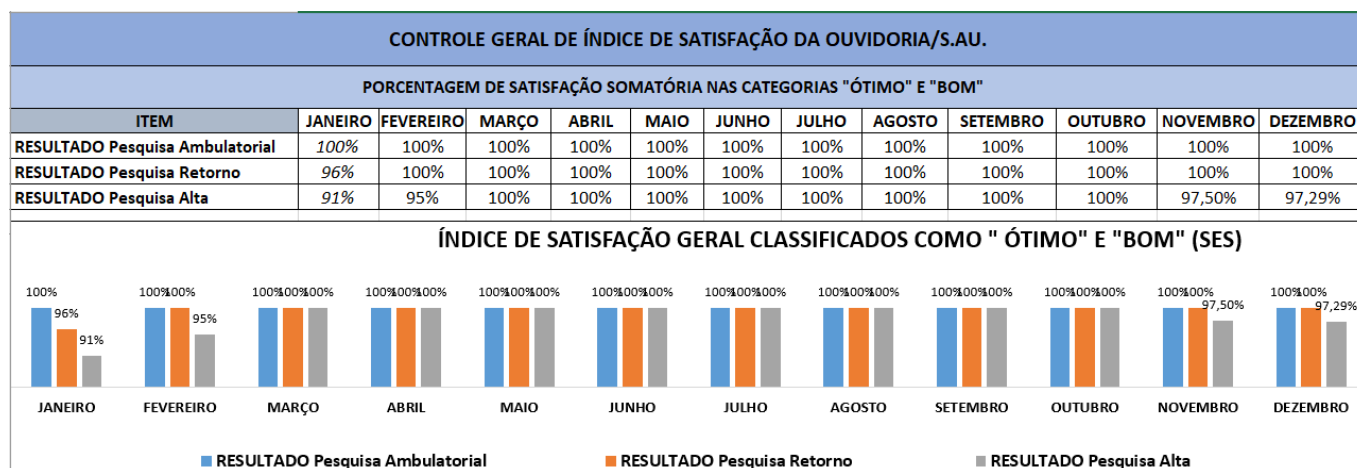


Como podemos observar um dos desafios a serem enfrentados é o alto índice de absenteísmo nas agendas do ambulatório de OPM, que vem dificultando as medições, entregas e ajustes nos equipamentos; este indicador foi levado ao conhecimento dos Municípios, DRS, CGCSS e Comitê Gestor para que juntos possamos traçar diversas estratégias afim de reduzir estes índices,

### ABSENTEÍSMO GERAL EM OPM



## 7.2 - AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS – OUVIDORIA SES/CGCSS



O indicador de satisfação da Ouvidoria, que considera a somatória das avaliações classificadas como "Ótimo" e "Bom", apresentou desempenho global altamente satisfatório ao longo do ano de 2025, demonstrando elevado grau de aprovação dos usuários em relação aos serviços prestados pela unidade.

No **Resultado da Pesquisa Ambulatorial**, observa-se manutenção de **100% de satisfação em todos os meses do período analisado**, evidenciando consistência na

qualidade do atendimento ofertado, bem como alinhamento das práticas assistenciais e administrativas às expectativas dos usuários.

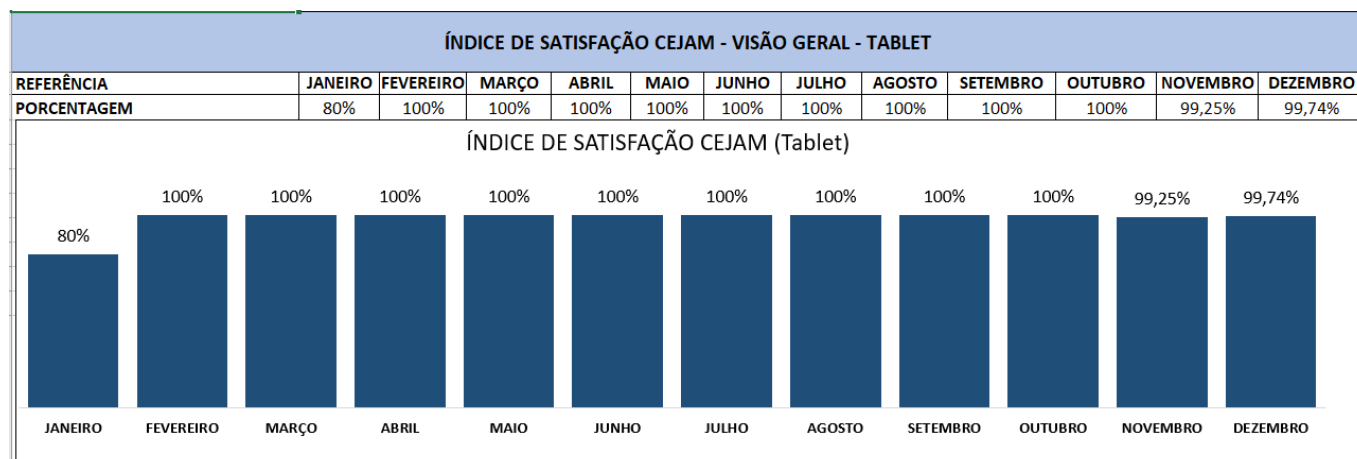
Em relação ao **Resultado da Pesquisa de Retorno**, verifica-se desempenho igualmente elevado, com **96% no mês de janeiro e 100% nos meses subsequentes**, indicando rápida estabilização do indicador e manutenção do nível máximo de satisfação durante praticamente todo o exercício. Tal resultado sugere adequada continuidade do cuidado e efetividade no acompanhamento terapêutico oferecido aos pacientes.

No **Resultado da Pesquisa de Alta**, identifica-se evolução progressiva ao longo do período. Os meses iniciais registraram **91% em janeiro e 95% em fevereiro**, seguidos de **100% de março a outubro**, demonstrando aprimoramento do processo assistencial e da experiência do usuário ao final do tratamento. Nos meses de **novembro (97,50%) e dezembro (97,29%)**, observa-se leve variação negativa, porém ainda dentro de patamar considerado de excelência, sem impacto significativo no desempenho global do indicador.

De forma geral, os resultados evidenciam **alto nível de satisfação dos usuários atendidos pela unidade**, com predominância de avaliações positivas ao longo de todo o exercício. As pequenas variações observadas em momentos pontuais são consideradas esperadas em processos de avaliação contínua e permanecem dentro de margem de excelência assistencial.

Ressalta-se que a gestão mantém **monitoramento sistemático dos indicadores de satisfação**, utilizando os dados da Ouvidoria como instrumento de avaliação da qualidade dos serviços, identificação de oportunidades de melhoria e fortalecimento das práticas de humanização e acolhimento no atendimento ao usuário.

### 7.3 OUVIDORIA INSTITUCIONAL – OSS – CEJAM



O indicador de satisfação do usuário, aferido por meio de coleta eletrônica via tablet, apresentou desempenho global altamente satisfatório ao longo do exercício de 2025, demonstrando elevado nível de aprovação dos serviços prestados pela unidade e aderência às diretrizes institucionais de qualidade assistencial e humanização do atendimento.

No mês de **janeiro**, registrou-se índice de **80% de satisfação**, resultado que pode ser interpretado no contexto inicial de operacionalização e consolidação do processo de coleta eletrônica de opinião dos usuários, etapa em que ainda ocorre adaptação tanto da equipe quanto dos usuários ao instrumento de avaliação. A partir do mês de **fevereiro**, observa-se significativa evolução do indicador, alcançando **100% de satisfação**, patamar que se manteve de forma contínua entre **fevereiro e outubro**, evidenciando estabilidade do processo assistencial e elevado grau de satisfação dos usuários atendidos.

Nos meses de **novembro (99,25%) e dezembro (99,74%)**, verifica-se discreta variação percentual em relação ao patamar máximo observado nos meses anteriores. Contudo, tais variações são consideradas estatisticamente pouco representativas e permanecem dentro de um intervalo de excelência, não caracterizando comprometimento da qualidade assistencial ou da percepção positiva do usuário em relação aos serviços ofertados.

Ressalta-se que o monitoramento do referido indicador é realizado de forma sistemática pela gestão da unidade, sendo os resultados analisados periodicamente como instrumento de avaliação da experiência do usuário e de qualificação contínua dos processos assistenciais e administrativos. Eventuais oscilações identificadas são objeto de análise técnica pelas equipes responsáveis, com adoção de medidas de aprimoramento sempre que necessário.

Dessa forma, os resultados apresentados ao longo do exercício de 2025 evidenciam **manutenção de elevado padrão de satisfação dos usuários**, bem como a efetividade das ações institucionais voltadas ao fortalecimento da qualidade do atendimento, transparência na escuta qualificada do usuário e melhoria contínua dos serviços prestados no âmbito da gestão contratual.

## 8- Recursos Humanos:

**O quadro de Recurso Humanos do Serviço em 2025 era composto:**

**Quadro IV – Quadro de Colaboradores em 31/12/2025**

Setor	Cargo	Colaboradores	Observações
Departamento Pessoal	Analista de RH	1	
OPM	Assistente Administrativo	1	
Recepção/Agendamento	Auxiliar de Atendimento	1	
	Jovem Aprendiz	1	
SAME	Auxiliar Administrativo	1	
Coordenação Horários	Auxiliar Administrativo	2	
Ouvidoria	Assistente Social	1	
	Auxiliar de Atendimento	1	
Faturamento	Assistente Administrativo	1	
Farmácia e Almojarifado	Farmacêutico	1	
T.I.	Técnico de Suporte	1	
Segurança Patrimonial	Controlador de Acesso	3	
Manutenção	Oficial de Manutenção	1	
Higienização	Auxiliar de Serviços Gerais	4	
Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	2	
Financeiro	Analista Administrativo	1	
	Assistente Administrativo	1	
Diretoria	Diretor de Serviços de Saúde	1	

Equipe Assistencial (Terapeutas de Nível Superior)	Assistente Social	1	
	Educador Físico	1	
	Enfermeiro	2	
	Fisioterapeuta	5	
	Fonoaudiólogo	1	
	Nutricionista	1	
	Psicólogo	2	1 afastada – extensão de licença maternidade
	Terapeuta Ocupacional	0	Desligamento em 30/08/2024. Processo seletivo em aberto desde então, sem candidatos inscritos.
<b>Total</b>		<b>38</b>	

## 9- Atividades complementares realizadas em novembro e dezembro de 2025

**9.1 Projeto Incluir:** objetivando estimular a abolição da segregação, instruir e incentivar a população, quanto a inclusão e disseminar foco de atuação quanto ao Serviço de Reabilitação Lucy Montoro – Pariquera-Açu/SP e seus critérios de elegibilidade, assim como, proporcionar acesso a tratamento reabilitacional para pacientes com deficiências físicas incapacitantes, motoras e sensório-motoras. Resultado alcançados: os alunos e professores conheceram toda a unidade e também participaram de atividades inclusivas em conjunto com pacientes e cuidadores.

**9.2 Projeto Matriciamento Lucy na Rede:** encontros promovidos pelo Serviço de Reabilitação Lucy Montoro – Pariquera-Açu, onde representantes dos municípios e DRS- XII se apresentaram em nossa unidade, discutindo temas como, grade terapêutica, perda primária, guia de encaminhamento, critérios de elegibilidade e apresentação do número de pacientes encaminhados a unidade através do representante presente em encontro, além de conhecerem a estrutura física do local. Resultados alcançados: todos os participantes disseram estar cientes de suas funções dentro da rede de atenção ao paciente. Algumas dúvidas sobre CIDs e encaminhamentos para o serviço de reabilitação foram tiradas, bem como fluxo de transporte e dúvidas sobre equipamentos que a unidade entrega.

**9.3 Horta terapêutica:** A implantação da horta terapêutica no serviço de reabilitação física contribui para a promoção da autonomia, do bem-estar físico e emocional dos pacientes, favorecendo o engajamento em atividades funcionais, o estímulo à coordenação motora, à força e ao equilíbrio, além de promover interação social e educação em saúde. A iniciativa configura-se como estratégia complementar de reabilitação, de baixo custo, com impacto positivo na humanização do cuidado e na adesão ao tratamento. Resultados alcançados: a implantação da horta terapêutica resultou em melhora da funcionalidade motora, coordenação e resistência física, fortalecimento do bem-estar emocional e da socialização, além do estímulo ao autocuidado e à educação em saúde, contribuindo para um ambiente terapêutico mais humanizado e participativo

**9.4 Gestão Participativa:** o projeto visa melhorar a responsabilidades social da empresa como equilíbrio dos interesses dos vários envolvidos; cultura democrática; cultura organizacional; redução da alienação; utilização de todo o potencial das pessoas; diminuição de conflitos através da cooperação; satisfação dos colaboradores e apoio à gestão. Resultados alcançados: O projeto conta com a participação maciça dos colaboradores nas reuniões de discussões e atividades laborais para integração da equipe, propondo oportunidades de melhoria contínua.

**9.5 Atividade Junho Verde:** Inspirado por datas que conscientizam a sociedade sobre a importância da preservação do meio ambiente, o junho verde tem o objetivo de educar e mobilizar as pessoas em prol do meio ambiente. Resultados alcançados: O serviço realizou o plantio de mudas de árvores no estacionamento, a planta escolhida foi a Tumbérgia.

**9.6 Dezembro mês da família:** idealizado pela equipe assistencial, foram confeccionados árvore de natal com pacientes e acompanhantes utilizando papel tinta, e adereços colantes. Resultados alcançados: estímulos e desenvolvimento da motricidade dos pacientes, interação social e estreitamento de vínculos familiares.

## 10- INDICADORES DE QUALIDADE:

Os indicadores de qualidade previstos no contrato de gestão foram todos atingidos em 2025, sendo eles: controle de origem dos pacientes, comissão de revisão de prontuários, taxa de elegibilidade, CROSS/SIRESP registro qualificado do acesso preenchimento mensal no portal CROSS no módulo ambulatorial, prazo de configuração das agendas no portal CROSS, cancelamento ou inserção da agenda de consulta de fisioterapia (alteração de agendas), tempo médio de duração dos programas terapêuticos por macroprocessos e subclínica, política de humanização e qualidade da informação. Assim todos os indicadores de qualidade foram cumpridos integralmente de 2025,

Wilson Pimentel Júnior  
Diretor de Serviços de Saúde  
Serviço de Reabilitação Lucy Montoro de Pariquera Açu

Pariquera Açu, 05 de março de 2026.