

**CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2021**

CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO**, COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE SAÚDE (AP) 3.1, **PROJETOS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E UPA MANGUINHOS.**

Ao 01 dia do mês de abril do ano de 2021, o Município do Rio de Janeiro, por sua Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com sede na Rua Afonso Cavalcanti, nº. 455, Bloco 1, 7º andar, Cidade Nova, representado por seu Secretário Municipal de Saúde **DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**, brasileiro, médico, solteiro, portador da cédula de identidade nº 28.890.997-1, expedida pelo Detran, CPF nº 290.210.958-07, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO**, estabelecida na Alberto de Campos, nº 12, Ipanema, Rio de Janeiro, RJ, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº 00.434.941/0001-28, doravante denominada **CONTRATADA**, representado por **JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO**, brasileiro, separado, Gerente Geral de Saúde e Assistência Social, portador da cédula de identidade nº 061004263, expedida pelo IFP-RJ, CPF nº 763.894.057-15, nos autos do processo administrativo nº **09/31/000.154/2021**, após a Convocação Pública nº 005/2021, homologada por despacho do Secretário Municipal de Saúde, datado de 29/03/2021 (fls. ____ do pp.), publicado no D.O. RIO nº 12, de 30/03/2021, fls. 38, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Este Contrato DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Municipal nº 5.026/2009, regulamentada pelos Decretos Municipais nº 30.780/2009, nº 30.907/2009, nº 31.618/2009, nº 31.897/2010, nº 32.318/2010, nº 33.010/2010, nº 33.536/2011, nº 35.645/2012, nº 37.079/2013, nº 38.300/2014, nº 41.207/2016, nº 41.208/2016, nº 41.209/2016, nº 41.210/2016, nº 41.211/2016, nº 41.212/2016, nº 41.213/2016, nº 41.214/2016, nº 41.215/2016, nº 41.216/2016, nº 41.217/2016, nº 41.218/2016, nº 45.632/2019, nº 46.029/2019; e pelas Resoluções CGM nº 1.224/2016, nº 1.642/2020, Resoluções Conjuntas CGM/SMS nº 85/2016 e 86/2016; pela Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011; e no que couber, pelas normas da Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e



Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei Municipal nº 207/1980 e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar Municipal nº 01/1990, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto Municipal nº 3.221/1981 e suas alterações, pela Lei Complementar Federal nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), pelo Decreto Municipal nº 21.083/2002 (cotas para mulheres e para pessoas de cor negra), bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições do Edital de Convocação Pública e de seus anexos, tais como o Projeto Básico, e o Programa de Trabalho da CONTRATADA e pelas disposições deste CONTRATO DE GESTÃO. A Contratada declara conhecer todas essas normas e concorda em sujeitar-se incondicional e irrestritamente às suas prescrições, sistema de penalidades e demais regras nelas constantes ainda não especificamente descritas neste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA - OBJETO

O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO é o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE SAÚDE, PROJETOS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E UPA MANGUINHOS – TEIAS MANGUINHOS, NO ÂMBITO DA ÁREA DE PLANEJAMENTO (AP) 3.1**, consoante com o Projeto Básico (Anexo II do Edital) e programa de trabalho da organização social, que fazem parte integrante do presente ajuste, e cronograma de desembolso previsto neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Único - O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderá ser acrescido de novos equipamentos, nos termos das regras previstas no Edital.

CLÁUSULA TERCEIRA – PROGRAMA DE TRABALHO, METAS E INDICADORES

O Projeto Básico e o programa de trabalho são partes integrantes do presente CONTRATO DE GESTÃO, contendo sua especificação, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos e regime de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

CLÁUSULA QUARTA - PRAZO

prazo do Contrato de Gestão será de dois anos, a contar de sua assinatura, sendo prorrogável uma vez por igual período e, outra, pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas físicas de Equipes de Saúde da Família prevista no ANEXO F



CLÁUSULA QUINTA - RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, na forma e nas condições do cronograma de desembolso, o valor global de **R\$ 133.131.748,41 (cento e trinta e três milhões e cento e trinta e um mil e setecentos e quarenta e oito reais e quarenta e um centavos)**, estimado para o exercício de 2021 a 2023, cuja despesa prevista para o presente exercício será atendida pelo Programa de Trabalho n.º 18.08.10.301.0330.2854, 18.08.10.302.0331.2777, Natureza de Despesa 3.3.50.39.02 e 3.3.50.39.50, Fonte 180, 181 e 119, tendo sido emitida Nota de Empenho n.º 2021/085, em 15/03/2021, no valor de R\$ 3.600.000,00 (três milhões e seiscentos mil reais), Empenho n.º 2021/084, em 15/03/2021, no valor de R\$ 4.912.265,55 (quatro milhões e novecentos e doze mil e duzentos e sessenta e cinco reais e cinquenta e cinco centavos), Empenho n.º 2021/086, em 15/03/2021, no valor de R\$ 9.580.189,41 (nove milhões e quinhentos e oitenta mil e cento e oitenta e nove reais e quarenta e um centavos), Empenho n.º 2021/087, em 15/03/2021, no valor de R\$ 6.164.285,96 (seis milhões e cento e sessenta e quatro mil e duzentos e oitenta e cinco reais e noventa e seis centavos).

Parágrafo Primeiro - Os recursos repassados à CONTRATADA serão depositados em conta bancária em instituição indicada em conformidade com a Resolução SMF nº 3120 de 30 de janeiro de 2020.

Parágrafo Segundo - A movimentação dos recursos que forem repassados à CONTRATADA se dará em conta corrente específica e exclusiva, no banco referido no parágrafo primeiro, de modo que não sejam confundidos com os seus recursos de outra origem. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

Parágrafo Terceiro - Os saldos do CONTRATO DE GESTÃO, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em:

- I - em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês;
- II - em fundos de curto prazo
- III - em operações com títulos públicos federais.

Parágrafo Quarto - As aplicações financeiras nos produtos dos incisos do parágrafo terceiro serão feitas sempre na mais vantajosa remuneração do capital, em conformidade com a adequação do prazo disponibilizado à aplicação, cotejada com sua taxa de retorno.

Parágrafo Quinto - A liberação dos recursos se dará trimestral, sendo a primeira parcela liberada em até 30 (trinta) dias contados da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, obedecendo ao cronograma de desembolso estabelecido (**Anexo Técnico F**).



Parágrafo Sexto - As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o programa de trabalho aprovado, salvo autorização prévia da Secretaria, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades nas seguintes hipóteses:

I - Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida.

II - Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas.

III - Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sétimo - Os valores correspondentes aos repasses financeiros estão vinculados ao cumprimento das metas pactuadas no programa de trabalho, cabendo à Comissão de Avaliação verificar o percentual de atendimento das aludidas metas.

Parágrafo Oitavo - A CONTRATADA poderá captar, com responsabilidade própria, recursos privados para a execução deste CONTRATO DE GESTÃO, hipótese em que haverá redução equivalente dos repasses a serem realizados pelo CONTRATANTE ou alteração do programa de trabalho para a formalização do incremento proporcional das metas em relação aos recursos obtidos. Ambas as situações dependem da celebração de termo aditivo.

Parágrafo Nono - Fica vedada a utilização dos repasses orçamentários destinados a este CONTRATO DE GESTÃO para o custeio de taxa de administração.

Parágrafo Décimo - Os repasses orçamentários destinados ao pagamento de despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco) do valor global do CONTRATO DE GESTÃO, sendo vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO. Tais despesas serão detalhadas no programa de trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo Primeiro - O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à CONTRATADA a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta de poupança, que só poderá ser movimentada com prévia autorização do CONTRATANTE, ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Parágrafo Décimo Segundo - Fica facultado requerimento de ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei Federal nº 9.656/1998.



CLÁUSULA SEXTA - REPASSES ORÇAMENTÁRIOS

Os repasses serão realizados de acordo com o cronograma de desembolso estabelecido no Parágrafo Quinto da Cláusula Quinta.

CLÁUSULA SÉTIMA - REPACTUAÇÃO

Por ocasião da prorrogação na forma da Cláusula Quarta, em havendo interesse público que justifique o aumento do custo nominal do contrato de gestão e dotação orçamentária específica para esse fim, os repasses financeiros para consecução dos objetivos do contrato de gestão poderão ser revistos.

Parágrafo Primeiro - No caso das despesas e custos atrelados à mão de obra principal utilizada no objeto do contrato de gestão, deverá ser demonstrada de forma analítica a variação dos custos conforme acordo ou convenção coletiva de regência da categoria;

Parágrafo Segundo - Em relação aos demais custos e despesas previstos no contrato de gestão, será observado como limite para revisão a variação do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado – Especial (IPCA-E) do IBGE.

Parágrafo Terceiro - Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no programa de trabalho exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, acordo ou convenção coletiva.

Parágrafo Quarto - O pleito deverá ser apresentado por meio de planilha analítica, sendo submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

I - Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos.

II - Realizar o repasse de recursos na forma disposta no Projeto Básico, no programa de trabalho e na Cláusula Sexta deste CONTRATO DE GESTÃO.

III - Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como da aplicação dos recursos repassados, na forma disposta no Projeto Básico, no programa de trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA NONA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

I - Desenvolver em conjunto com a Secretaria Municipal a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, observando as condições e obrigações estabelecidas no Projeto Básico, no programa de trabalho e na legislação aplicável.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'h' followed by a large, flowing loop.



II - Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários.

III - Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar à Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização empreendida pelo CONTRATANTE.

IV - Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pelo CONTRATANTE.

V - Cumprir as metas relacionadas ao programa de trabalho.

VI - Providenciar a publicação na imprensa e no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 90 dias (máximo noventa dias) corridos a contar da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, o qual observará a política de preços apresentada no programa de trabalho, bem como, sempre que possível, os preços constantes de atas de registro de preços ou das tabelas constantes do sistema de custos existentes no âmbito da Administração Pública, desde que sejam mais favoráveis.

VII - Elaborar, submeter à aprovação do Conselho de Administração e encaminhar à CONTRATANTE, na forma e prazo por ela estabelecidos, os relatórios de execução do contrato de gestão, na forma e prazos por esta estabelecidos, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados.

VIII - Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção/atualização, dentre outros.

IX - Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos.

X - Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Básico e no programa de trabalho, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, sociais e comerciais resultantes, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização do contrato DE GESTÃO pela Secretaria.

XI - Zelar para que os recursos financeiros repassados pela CONTRATANTE sejam exclusivamente aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no programa de trabalho, atentando para a observância do princípio da economicidade.

XII - Prestar contas dos recursos repassados pela CONTRATANTE, na forma prescrita no presente CONTRATO DE GESTÃO.

A handwritten signature in dark ink, consisting of a series of loops and strokes, located at the bottom right of the page.



XIII - Prestar sempre que solicitado, quaisquer outras informações sobre a execução, inclusive financeira deste CONTRATO DE GESTÃO.

XIV - Produzir, guardar e disponibilizar à CONTRATANTE, na forma e prazo por ela estabelecidos, quaisquer dados, informações e documentos.

XV - Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da CONTRATANTE, por meio de seus órgãos de controle interno, sobre o objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO.

XVI - Permitir que os órgãos de Controle Interno e Controle Externo do Poder Público Municipal terão amplo e irrestrito acesso à documentação contábil e financeira da entidade como um todo, e à decorrente do contrato de gestão, com azo no art. 8º, III, do Decreto nº 30.780/09, com a redação dada pelo art. 4º do Decreto nº 31.618/09.

XVII - Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação relativos às atividades públicas gratuitas desenvolvidas.

XVIII - Manter atualizadas as informações cadastrais junto à CONTRATANTE, comunicando à Secretaria Municipal de Saúde e ao GTQ quaisquer alterações nos seus atos constitutivos.

XIX - Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais que comprovem as despesas realizadas para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO.

XX - Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, estipulando e tornando públicos, previamente, os critérios objetivos e impessoais, de natureza técnica que serão adotados.

XXI - Responsabilizar-se pela contratação do pessoal necessário à execução das atividades, respeitando o disposto no Projeto Básico e no programa de trabalho, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso.

XXII - Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados na rede privada, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza aos seus empregados e dirigentes.

XXIII - Responsabilizar-se, na forma do CONTRATO DE GESTÃO, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão-de-obra necessária à completa realização do objeto do CONTRATO DE GESTÃO até o seu término, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido neste CONTRATO DE GESTÃO:

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to be a single name or set of initials.



a) em caso de ajuizamento de ações trabalhistas contra a CONTRATADA, decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro ou de entidade da Administração Pública Indireta como responsável subsidiário ou solidário, o CONTRATANTE poderá reter, dos repasses devidos, o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária do CONTRATANTE, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

c) as retenções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser realizadas tão logo tenha ciência o CONTRATANTE da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e previdenciários e serão destinadas ao pagamento das respectivas obrigações caso o CONTRATANTE seja compelido a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à CONTRATADA;

d) eventuais retenções previstas nas alíneas "a" e "b" somente serão liberadas pelo CONTRATANTE se houver justa causa devidamente fundamentada.

XXIV - Manter as condições de habilitação, de regularidade fiscal e qualificação exigidas na convocação pública durante todo prazo de execução do CONTRATO DE GESTÃO.

XXV - Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições.

XXVI - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO serão automaticamente incorporados ao patrimônio do CONTRATANTE, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, no prazo de três dias úteis após a aquisição, juntamente com declaração emitida pela CONTRATADA de que os bens estão fisicamente na unidade onde se desenvolve o contrato de gestão e em perfeitas condições de uso.

XXVII - Apresentar a consolidação de todos os contratos de prestação de serviço por ela mantidos (RET - Relação de Tomadores/Obras) e conceder a outorga eletrônica para acesso ao extrato individualizado de cada empregado utilizado no contrato com o MUNICÍPIO.

XXVIII - Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem na cessão parcial ou total do objeto deste



contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o programa de trabalho e com o regulamento próprio para a contratação de obras, serviços e compras.

XXIX - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros, excedentes financeiros ou resultados entre seus dirigentes, associados, membros do Conselho de Administração ou empregados.

XXX - Nas hipóteses de extinção do CONTRATO DE GESTÃO, cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações solicitadas pelo CONTRATANTE.

XXXI - Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo, relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização do CONTRATANTE ou sob sua demanda.

XXXII - Atender às exigências da CONTRATANTE acerca da plena utilização de sistemas informatizados para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, já adotados ou que venham a ser implantados ao longo da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, para fins de controle e monitoramento, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pelo CONTRATANTE.

XXXIII - Os sistemas informatizados utilizados pela CONTRATADA deverão permitir customizações que possibilitam sua integração com outros sistemas que o CONTRATANTE já utiliza ou que venha a utilizar durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO.

XXXIV - Alimentar o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, <https://osinfo.prefeitura.rio>, conforme Decreto Municipal nº 37.079/2013.

XXXV - Apresentar ao CONTRATANTE, no prazo por ele definido, o Plano Estratégico para a sua ação nos anos de 2021 e 2022, observando a proposta orçamentária e cronograma de desembolso dos recursos a serem repassados apresentados no programa de trabalho.

XXXVI - Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Projeto Básico e no programa de trabalho, de acordo com o estabelecido neste CONTRATO DE GESTÃO, na Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, e na Lei Federal nº 8.142/1990, com observância dos princípios do SUS, e em especial:



- a) universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- b) integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;
- c) gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- d) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- e) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- f) direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;
- g) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- h) fomento dos meios para participação da comunidade por intermédio de Conselhos Gestores Locais e demais fóruns de participação popular;
- i) prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

XXXVII - Na prestação dos serviços de saúde, a CONTRATADA deverá observar:

- a) respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
- b) manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
- c) respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
- d) garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
- e) garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;
- f) esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos;
- g) responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;
- h) inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual.

XXXVIII - Receber médicos residentes vinculados à COREME da Secretaria Municipal de Saúde ou a universidades conveniadas.



XXXIX - Apoiar a integração territorial dos equipamentos de saúde da Área de Planejamento Local, visando à melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública.

XL - Estabelecer controle e a apuração da frequência dos empregados da CONTRATADA, por meio de Registro Biométrico de Ponto.

XLI - Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pela SMS.

XLII- Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria Municipal de Saúde.

XLIII - Afixar, em lugar visível da unidade municipal de saúde objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, aviso que contenha:

a) o símbolo, o nome designativo da unidade de saúde cuja gestão tenha assumido, os logos oficiais do Município, da Secretaria Municipal da Saúde e do Sistema Único de Saúde;

b) informação sobre a sua natureza de organização social qualificada no âmbito do Município do Rio de Janeiro;

c) indicação de que os serviços prestados são gratuitos e pertencem ao Sistema Único de Saúde.

XLIV - Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde e do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa.

CLÁUSULA DÉCIMA - PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas será apresentada até o 10º (décimo) dia útil de cada mês, sendo a última entregue até 30 (trinta) dias após o término do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhada do comprovante de devolução do saldo, se houver.

Parágrafo Primeiro - A prestação de contas será instruída com os seguintes documentos:

I - Relatórios de execução financeira, discriminando o resumo da movimentação de valores, indicando o saldo inicial, o valor de cada despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado.

II - Relatórios indicativos demonstrando a produção contratada e realizada, bem como os resultados dos indicadores e das metas estabelecidos.

III - Relação de pagamentos, incluindo o detalhamento das despesas administrativas, indicando os números e datas dos cheques emitidos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'D' followed by a horizontal line.



IV - Conciliação do saldo bancário.

V - Cópia do extrato da conta corrente bancária e da aplicação financeira realizada na forma da cláusula quinta, referente ao período compreendido entre a última prestação de contas e a atual.

VI - Folha de pagamento discriminando nome, números do RG, CPF, PIS, CNES (apenas para contratos de gestão na área de saúde) e CTPS, função, carga horária, salário e benefícios do pessoal contratado (inclusive de servidor cedido em função temporária de direção ou assessoria, se for o caso), acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco.

VII - Cópia das guias de pagamento e respectivos comprovantes de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social (FGTS e INSS), de outros encargos e das rescisões de contrato de trabalho, e respectivas CTPS, devidamente anotadas.

VIII - Cópia de todos os comprovantes de pagamentos relacionados no inciso II deste parágrafo, bem como de todos os contracheques devidamente assinados pelos empregados, podendo estes ser substituídos pela forma prevista no art. 1º da Portaria MTE nº 3.281/84, consolidada pelo art. 3º da Lei 9.528/1997, de 10/12/1997 e suas alterações.

IX - Projeção de expectativa de custo de rescisão dos contratados pelo regime da CLT com projeção de encargos fiscais, sociais e trabalhistas.

X - A Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, que deverá ser atualizada antes do término do seu prazo de validade de 180 dias.

XI - Cópia de todos os contratos celebrados no período.

XII - Relação dos bens permanentes adquiridos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante, com recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO.

XIII - Documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de custos operacionais.

XIV - A documentação comprobatória prevista no item XIII deverá ser acompanhada de mapa de rateio especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com o CONTRATANTE e outros entes.

XV - Eventuais pagamentos realizados em favor de profissional autônomo deverão ser comprovados mediante cópia do recibo pertinente e do documento de identificação profissional.

Parágrafo Segundo - O repasse da parcela subsequente ficará condicionado à apresentação da prestação de contas na forma do parágrafo primeiro e do cumprimento de eventuais prescrições contidas no Projeto Básico.



Parágrafo Terceiro - A prestação de contas somente será recebida pelo CONTRATANTE se estiver instruída com todos os documentos e formalidades descritos nesta Cláusula.

Parágrafo Quarto - No caso de erro nos documentos apresentados, serão devolvidos à CONTRATADA, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos.

Parágrafo Quinto - Cada folha da prestação de contas deverá conter rubrica do representante legal da CONTRATADA, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de Contabilidade respectivo. Caso a prestação de contas ocorra em via eletrônica, em Painel de Gestão, deverá ser apresentada declaração assinada pelo representante legal da CONTRATADA e pelo contabilista habilitado de que os documentos e informações apresentados são fidedignos e que a prestação de contas foi corretamente realizada.

Parágrafo Sexto - A prestação de contas deverá ser efetuada levando em consideração que todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

Parágrafo Sétimo - O CONTRATANTE poderá requerer a apresentação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Município.

Parágrafo Oitavo - Caberá à CONTRATADA promover, até 01 de agosto de cada ano, a publicação integral, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e de execução deste Contrato aprovados pelo Conselho de Administração.

Parágrafo Nono - O relatório de prestação de contas poderá servir de subsídio para o acompanhamento das ações desenvolvidas, monitoramento e avaliação, bem como da movimentação financeira e patrimonial referentes ao CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo - A CONTRATADA deverá manter em boa ordem e guardar todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Primeiro - A prestação de contas a que se refere a presente cláusula será realizada por meio da alimentação ao Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, <http://osinfo.prefeitura.rio/>.

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and strokes, located at the bottom right of the page.



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

Ficam desde já cedidos à CONTRATADA, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações da Estratégia Saúde da Família (TEIAS) no âmbito da AP-3.1 e UPA Manguinhos, identificados, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação, conforme **ANEXO I-D**.

Parágrafo Primeiro - É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Segundo - Obriga-se a CONTRATADA em relação aos bens imóveis cedidos:

I - Conservá-los, mantendo-os limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste CONTRATO DE GESTÃO em perfeitas condições de uso e conservação, sob pena de, a critério do CONTRATANTE, pagar os prejuízos, ou consertar os danos.

II - Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO e do bem cedido.

III - Pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, tarifas e preços públicos.

IV - Retirar às suas expensas, caso solicitado pelo CONTRATANTE, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontrem no bem cedido, ainda que a ele provisoriamente agregados.

V - Providenciar o seguro contra incêndio às suas expensas, apresentando ao CONTRATANTE a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento.

Parágrafo Terceiro - Os bens móveis cedidos na forma desta cláusula poderão, mediante prévia avaliação e expressa autorização do Prefeito, ser alienados e substituídos por outros de igual ou maior valor, que serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro, sob a administração da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Quarto - A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados no bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, bem como as benfeitorias realizadas serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, condicionada a retirada à prévia autorização do CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - CESSÃO E SUBCONTRATAÇÃO

A handwritten signature in black ink, located at the bottom right of the page. It appears to be a stylized, cursive signature.



É vedada cessão total ou parcial do CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA.

Parágrafo Único - Nos casos de subcontratação de serviços ligados à atividade-meio e à atividade-fim, o subcontratado será responsável, solidariamente com a CONTRATADA, pelas obrigações descritas na cláusula nona, especialmente pelos encargos e obrigações comerciais, cíveis, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – FISCALIZAÇÃO

A fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO caberá ao CONTRATANTE, em especial à Comissão de Avaliação nomeada por Resolução do Secretário Municipal de Saúde a quem incumbirá a prática de todos os atos próprios ao exercício da atividade fiscalizatória.

Parágrafo Primeiro - A CONTRATADA declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pelo CONTRATANTE, se obrigando a fornecer os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

Parágrafo Segundo - Compete à CONTRATADA fazer minucioso exame das especificações dos serviços, de modo a permitir, a tempo e por escrito, apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas. O silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas.

Parágrafo Terceiro - A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da CONTRATADA no que concerne à execução do objeto do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Quarto - A fiscalização, por meio de relatório mensal, ou a qualquer momento, analisará todas as questões pertinentes à execução do CONTRATO DE GESTÃO, em especial o emprego adequado dos recursos públicos repassados e os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade.

Parágrafo Quinto - No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do CONTRATO DE GESTÃO, a Fiscalização deverá encaminhar relatório ao Secretário Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - FORÇA MAIOR

Os motivos de força maior que possam impedir a CONTRATADA de cumprir as metas pactuadas, deverão ser comunicados ao CONTRATANTE, na primeira oportunidade e por escrito, sob pena de não serem aceitas pela Fiscalização.



Parágrafo Único - Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do CONTRATO DE GESTÃO e a alteração do Programa de Trabalho, desde que pôr termo aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Pelo descumprimento total ou parcial de obrigação assumida no programa de trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO, o CONTRATANTE poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal que couber, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87º combinado com o artigo 116 da Lei nº 8.666/1993 e no artigo 589 do RGCAF, garantida prévia defesa:

I - Advertência;

II - Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO ou, se for o caso, do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO;

III - Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO ou do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO, conforme o caso, e, respectivamente, nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da CONTRATADA;

IV - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos;

V - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública;

VI - Perda de qualificação como organização social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

Parágrafo Primeiro - A imposição das sanções administrativas previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas relacionadas ao caso concreto.

Parágrafo Segundo - As sanções previstas nos incisos I, IV e V poderão ser aplicadas juntamente com aquelas previstas nos incisos II, III e VI e não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do CONTRATO DE GESTÃO, garantida defesa prévia ao interessado.

Parágrafo Terceiro - As multas previstas nos incisos II e III não possuem caráter compensatório, e, assim, o seu pagamento não eximirá a CONTRATADA da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Quarto - As multas deverão ser recolhidas junto à Secretaria Municipal de Fazenda no prazo de 03 (três) dias úteis, contados da notificação de sua imposição à CONTRATADA ou, na impossibilidade da notificação, da publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.



Parágrafo Quinto - As sanções estabelecidas nos incisos IV, V e VI são de competência do Secretário Municipal de Saúde.

Parágrafo Sexto - As sanções previstas nos incisos IV e V poderão também ser aplicadas à CONTRATADA caso, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, tenha:

I - Sofrido condenação definitiva por praticar, por meios dolosos, fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos;

II - Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - RECURSOS

A CONTRATADA poderá apresentar, sempre sem efeito suspensivo:

I - Pedido de Reconsideração a ser interposto perante a autoridade que proferiu a decisão, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados da ciência da decisão;

II - Recurso à autoridade imediatamente superior a ser interposto e encaminhado através da autoridade que proferiu a decisão no prazo de 5 (cinco) dias úteis da ciência do indeferimento do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Único - O provimento do recurso importará apenas a invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - RESCISÃO

O CONTRATANTE, garantidos o contraditório e a ampla defesa prévia, mediante decisão fundamentada, poderá rescindir o CONTRATO DE GESTÃO na hipótese de seu descumprimento total ou parcial, bem como do Programa de Trabalho, e ainda:

I - Se houver má gestão, culpa, dolo ou violação de lei ou do estatuto social por parte da CONTRATADA.

II - Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização.

III - Se houver alterações do Estatuto da CONTRATADA que impliquem modificação das condições de sua qualificação como organização social ou de execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV - Se houver a perda da qualificação como Organização Social.

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and strokes, located at the bottom right of the page.



V - Na hipótese de a CONTRATADA não obter no mínimo 50 (cinquenta) pontos na avaliação da execução das metas em 03(três) relatórios consecutivos.

Parágrafo Primeiro - Na hipótese de rescisão, a CONTRATADA deverá, imediatamente, devolver ao patrimônio do CONTRATANTE os bens cujo uso foi cedido, prestar contas da gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e à devolução do saldo existente.

Parágrafo Segundo - Na decretação da rescisão, a CONTRATADA ficará sujeita a multa de até 20% (vinte por cento) do valor do CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

Em caso de rescisão unilateral por parte do CONTRATANTE, a CONTRATADA fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados, desde que o repasse tenha obedecido ao cronograma de desembolso.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - PUBLICAÇÃO

A publicação do inteiro teor deste instrumento no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro será providenciada pelo CONTRATANTE no prazo máximo de vinte dias da assinatura.

Parágrafo Único - O inteiro teor deste instrumento, bem como as metas e os indicadores de desempenho pactuados, devidamente atualizados, serão disponibilizados no Portal da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro na Internet.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - CONTROLE INTERNO E EXTERNO

O CONTRATANTE providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município no prazo de 5 (cinco) dias contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação de seu extrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - FORO

Fica eleito o foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer

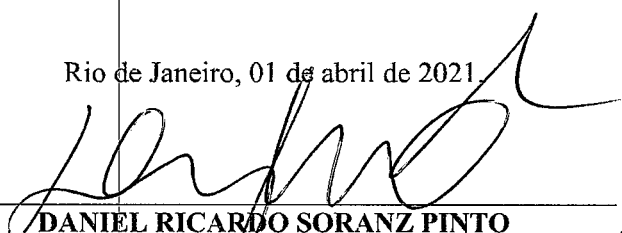


questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DISPOSIÇÕES FINAIS

Na contagem dos prazos, é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, salvo disposição em contrário. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente na Secretaria Municipal de Saúde. E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO em 3 (três) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

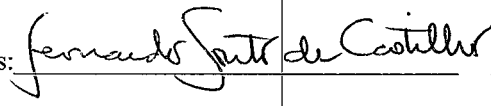
Rio de Janeiro, 01 de abril de 2021.

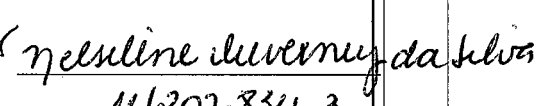

DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE


JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
VIVA RIO

JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
Coordenação Geral de Saúde
CRM: 52.60525-9
Matricula: 22934
VIVA RIO

Testemunhas:


Leonardo Souto de Castilho
Assessor
Subsecretaria de Promoção, Atenção
Primária e Vigilância em Saúde
Mat.: 11.207.437-3


11/207-834-3



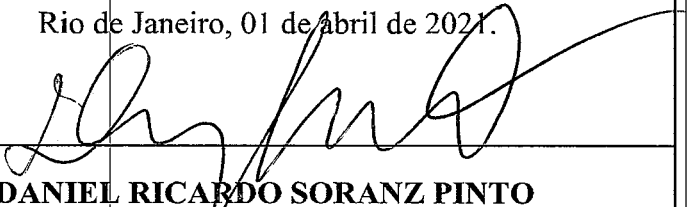
09/31/000.154/2021

ANEXO I-A – CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2021

(Decreto Rio 43.562/2017)

As partes que a estas subscrevem declaram conhecer a Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente na relação com a Administração Municipal.

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2021.


DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE


JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
VIVA RIO

JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
Coordenação Geral de Saúde
CRM: 52.60525-9
Matrícula: 72934
VIVA RIO



09/31/000.154/2021

ANEXO I-B – CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2021

(Decreto Rio 43.562/2017)

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA

Para a execução deste instrumento jurídico, as partes declaram conhecer a Lei Federal nº 12.846/2013, se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente, e estão cientes de que não poderão oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta, indireta ou por meio de subcontratados ou terceiros, quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada.

§ 1º A responsabilização da pessoa jurídica subsiste nas hipóteses de alteração contratual, transformação, incorporação, fusão ou cisão societária, ressalvados os atos lesivos ocorridos antes da data da fusão ou incorporação, quando a responsabilidade da sucessora será restrita à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado, até o limite do patrimônio transferido.

§ 2º As sociedades controladoras, controladas, coligadas ou, no âmbito do respectivo contrato, as consorciadas serão solidariamente responsáveis pela prática dos atos previstos nesta Lei, restringindo-se tal responsabilidade à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado.

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2021.

DANIEL RICARDO SORANZ PINTO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO

VIVA RIO

JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
Coordenação Geral de Saúde
CRM: 52.60525-9
Matrícula: 22934
VIVA RIO



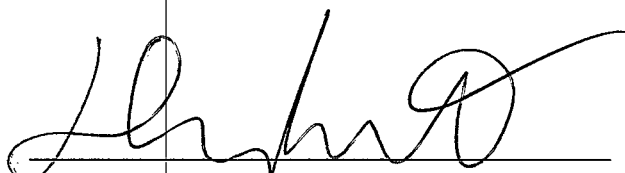
09/31/000.154/2021

ANEXO I-C – CONTRATO DE GESTÃO – N° 01/2021

AUTORIZAÇÃO – DECRETO RIO N° 46.785/2019

A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o n° 00.434.941/0001-28, por intermédio de seu representante legal o Sr. **JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO**, portador da carteira de identidade n° 061004263, e inscrito (a) no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob n° 763.894.057-15, **AUTORIZA** para fins do Decreto Rio n° 46.785/2019, o **MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, representado pelo Sr. **DANIEL RICARDO SORANZ**, inscrita no Cadastro Pessoa Física – CPF sob o n° 290.210.958-07, a fazer desconto em suas faturas e realizar os pagamentos dos salários e demais verbas trabalhistas diretamente aos seus empregados, bem como das contribuições previdenciárias e do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, quando esses não forem adimplidos por esta empresa.

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2021.


DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE


JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO

VIVA RIO

JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
Coordenação Geral de Saúde
CRM: 52.60525-9
Matrícula: 22934
VIVA RIO



ANEXO I-D – CONTRATO DE GESTÃO – Nº 01/2021

CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS DO CONTRATO DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO

I – Fica permitido, na forma da Lei Municipal nº. 5.026/09, o uso dos bens públicos relacionados no Apenso, de acordo com o Contrato de Gestão oriundo do processo administrativo **09/000.071/2021**, assim como os bens que lhes guarnecem.

II – O prazo de vigência da presente permissão é o mesmo do Contrato de Gestão ao qual se vincula.

III - Quaisquer construções ou benfeitorias realizadas no imóvel, bem como, a instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, serão incorporadas ao patrimônio municipal, sem direito à retenção.

IV - Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições, adequadas à sua destinação.

V - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Contrato de Gestão, deverão ser incorporados ao patrimônio da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à CONTRATANTE a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens patrimoniais.

VI - A realização de benfeitorias ou acréscimos nos bens arrolados deverá ser realizada mediante prévia aprovação e por escrito do Poder Público Municipal

VII – Os bens recebidos ou adquiridos mediante legados ou doações que forem destinados à CONTRATADA para o objeto do Contrato de Gestão, bem como, as, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde cujo uso foi permitido por este anexo, serão incorporados ao patrimônio municipal ora arrolado.

VIII – Ficará assegurado o acesso dos servidores municipais vinculados à área técnica e ao Contrato de Gestão às dependências dos bens cedidos.

IX - Não poderá ser permitido a terceiro a utilização do bem público cedido sem prévia autorização por escrito, nem poderá ser autorizado o uso do bem público cedido em atividade distinta da prevista no Contrato de Gestão.

XI – Deverá a CONTRATADA providenciar seguro contra incêndio, raio, explosão e riscos diversos (danos elétricos, vendaval, quebra de vidros e responsabilidade civil) para

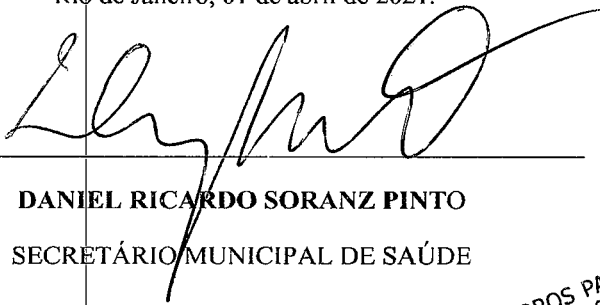


o prédio, instalações e equipamentos indispensáveis ao funcionamento do bem imóvel cedido. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados.

XII – Deverá a CONTRATADA pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do imóvel, inclusive tarifas e taxas.

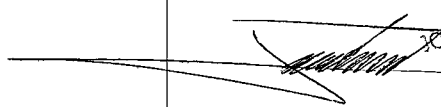
XIII - Relação de bens - <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/listaconteudo?tag=contratodegestao>

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2021.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Daniel Soranz Pinto", written over a horizontal line.

DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE



A handwritten signature in black ink, appearing to read "José Ricardo Barros Pacheco", written over a horizontal line.

JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
Coordenação Geral de Saúde
CRM: 52.60525-9
Matricula: 22934
VIVA RIO

JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO

VIVA RIO

ANEXO II – PROJETO BÁSICO
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – TEIAS MANGUINHOS – AP 3.1 E UPA MANGUINHOS

Projeto Básico e Anexos Técnicos, para o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE SAÚDE, PROJETOS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E UPA MANGUINHOS – TEIAS MANGUINHOS**, no âmbito da Área de Planejamento (AP) 3.1, por meio de Contrato de Gestão com Organização Social qualificada no âmbito deste Município, que assegure assistência universal e gratuita à população, unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, na área programática – AP-3.1, que compreende os bairros Parque Oswaldo Cruz, Mandela de Pedra, Samora Machel, Parque Carlos Chagas, Vila Turismo, Parque João Goulart, São Pedro/Agrícola, CHP2, Comunidade Agrícola de Higienópolis, CCPL, Ex-Combatente, Vila União, da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde.

Área responsável pela elaboração do Projeto Básico: Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde – S/SUBPAV

PROJETO BÁSICO

Anexo Técnico A – Informações sobre o território

Anexo Técnico B – Roteiro de elaboração do Plano de Trabalho

Anexo Técnico C – Destinação de recursos orçamentários no cronograma

Anexo Técnico D – Apoio pela organização social a gestão das unidades de saúde

Anexo Técnico E – Critérios gerais para o acompanhamento do contrato, avaliação e metas

Anexo Técnico F – Cronograma de desembolso e metas físicas

Anexo Técnico G – Normas para Custeio das Despesas Administrativas

PROJETO BÁSICO
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – TEIAS MANGUINHOS – AP 3.1 E UPA MANGUINHOS

O **Projeto TEIAS** (Território Integrado Atenção à Saúde) representa a assunção de responsabilidades do município do Rio de Janeiro, por intermédio da SMS/RJ e visa a operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tomando os princípios e diretrizes do campo da Atenção Primária em Saúde (APS), com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF), em seu papel coordenador de Redes de Atenção à Saúde (RAS), numa perspectiva desconcentrada, por territórios/áreas de planejamento municipais.

Neste sentido, assegurando a oferta de um amplo rol de serviços/cuidados oportunos, em âmbito individual e coletivo, e prevendo mecanismos de avaliação e controle permanente, a SMS/RJ vem estabelecendo ao longo destes anos um estruturado processo de caráter licitatório, concorrencial, que culminou com Editais Públicos de convocação que introduziram a forma de contrato como ferramenta preferencial de gestão e controle, tomada pelo ente público em parceria com Organização Sociais de Saúde (OSS), corroborando uma tendência aberta pela Administração Pública, desde 1998, desta feita com um desafio inovador, pela especificidade do objeto e objetivos implicados – qual seja o primeiro definido como o gerenciamento, operacionalização e execução do conjunto de ações e serviços de saúde – em territórios definidos dentro da própria municipalidade.

Nestes termos, corrobora e está de acordo com os dispositivos normativos, componentes do arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o disposto no Decreto - Lei nº 7508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19/09/1990; a Lei nº 8142, de 28/12/1990 e outros dispositivos infralegais, desde políticas específicas de saúde até estatutos operacionais que orientam os ajustes organizacionais – enquanto disposição oportuna de recursos – encarregadas da execução de um conjunto detalhado de atividades afeitos ao mandato dos governos locais.

Ratifica-se o caráter inovador do Projeto TEIAS adotado pela SMS/RJ no tocante ao modelo de atenção baseado em serviços e cuidados primários em saúde de base territorializada, ora organizadas em torno das Clínicas da Família, com equipes multiprofissionais, imbuídas da adscrição de clientela e estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade com a população de um extenso território ao redor, segundo parâmetros e conteúdos estritos da política nacional.

CONSIDERANDO a necessidade de diminuição das filas hospitalares e racionalização do acesso dos pacientes à serviços de pronto-atendimento para agravos agudos, bem como a retaguarda dos agravos graves que porventura procurem atendimento nas unidades básicas.

CONSIDERANDO a necessidade de promover a sustentabilidade da reorientação dos serviços farmacêuticos no município do Rio de Janeiro para que possa contribuir de forma efetiva no fortalecimento do modelo de atenção primária de saúde que está sendo implementado.

CONSIDERANDO a necessidade de se desenvolver as bases conceituais, metodológicas e operacionais de um território de aprendizagem, qualificando e integrando a formação lato

sensu em saúde da família, com experiências de educação e saúde no território de Manguinhos.

CONSIDERANDO a necessidade de se promover o desenvolvimento de atributos à equipe multiprofissional de saúde de nível superior (enfermeiro, cirurgião dentista, assistente social, nutricionista e psicólogo) para atuarem nas equipes de saúde da família com desempenhos de excelência nas seguintes áreas de competência: organização do processo de trabalho, cuidado à saúde (individual, familiar e coletivo) e nos processos de educação e formação em saúde visando à melhoria da saúde e o bem estar dos indivíduos, suas famílias e da comunidade pautados em princípios éticos.

CONSIDERANDO a necessidade de apoio à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS) na consolidação e manutenção do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE, mediante a implantação e implementação de normas e ações preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (MS) e de um conjunto de ações de vigilância em saúde.

CONSIDERANDO a necessidade de fortalecer e qualificar a rede de APS do município do Rio de Janeiro.

CONSIDERANDO a necessidade de se apoiar e subsidiar o processo de Formação de enfermeiras de família e comunidade para a Atenção Primária à Saúde.

CONSIDERANDO a necessidade de se desenvolver as competências para a atuação em ações de vigilância em Saúde, contribuindo, dessa forma, para a promoção à saúde da população.

CONSIDERANDO a necessidade de elaboração e revisão de diretrizes clínicas e protocolos em Atenção Primária à Saúde para utilização pelas equipes de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro.

CONSIDERANDO a necessidade de manutenção e operacionalização das 17 Estações OTICS-RIO nas 10 áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro atualmente existente.

CONSIDERANDO a necessidade de apoio ao Curso Técnico de Agentes de Vigilância Ambiental em Saúde (CTAVS).

CONSIDERANDO a necessidade de desenvolvimento de produtos e estratégias que possam subsidiar as equipes de saúde da família e gestores da atenção primária à saúde para ações de comunicação e educação em saúde.

CONSIDERANDO o escopo abrangente de mudanças que incidiram sobre o Sistema Local de Saúde, em particular ao recorte territorial de Manguinhos – âmbito da Área de Planejamento 3.1, merece atenção aos esforços relativos à estruturação dos equipamentos de saúde, com manutenção de uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros componentes assistenciais previstos no projeto básico,

conformando a RAS propriamente dita, com substantivos aporte para consolidação do Plano Municipal.

Por outro lado, as medidas relativas à formação/preparação de recursos humanos e ferramentas de apoio para os desafios interpostos para o funcionamento eficiente deste arranjo, ampliaram as possibilidades de diálogo destes serviços com outros setores próprios da pesquisa e, por conseguinte, com o sistema de inovação em saúde, e, também, com outras iniciativas institucionais ocupadas com o fortalecimento de projetos políticos desta natureza e alinhados a esta ordem de prioridades da Agenda Pública.

Em conclusão, reafirma-se com essa justificativa a necessidade da implementação dos projetos e subprojetos contidos no Projeto Básico em anexo.

DO OBJETO

Projeto Básico para o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE SAÚDE, PROJETOS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E UPA MANGUINHOS – TEIAS MANGUINHOS, no âmbito da Área de Planejamento (AP) 3.1

OBJETIVO GERAL

Gerenciar, administrar, operacionalizar e executar, pela CONTRATADA, as ações e serviços de saúde no Território integrado de Atenção à Saúde- TEIAS MANGUINHOS, no âmbito da Área de Planejamento (AP) 3.1 com previsão de adaptações na manutenção e adequação de equipamentos, programação visual, serviços especializados e despesas operacionais das unidades de saúde sob sua responsabilidade, atribuídos a CONTRATADA, previsto neste Projeto Básico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Operacionalizar, apoiar e executar, pela CONTRATADA, as atividades e serviços junto às equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal, assistência Farmacêutica, serviços especializados e ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) / equipe Multiprofissional, e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no TEIAS da AP 3.1;
- Contratar profissionais para atuação nas eSF, eSB, NASF e CAPS, de acordo com as metas físicas constantes no edital de seleção pública, utilizando para isso processo seletivo público;
- Realizar o fornecimento regular dos insumos da grade padronizada e a manutenção dos equipamentos com pleno funcionamento, para a assistência das equipes nas Unidades de Atenção Primária (UAP);
- Contratar serviços de prestação continuada como limpeza, portaria, segurança, concessionárias, conectividade, profissionais de apoio à Saúde da Família, entre outros serviços especializados como: Radiografia e Ultrassonografia com laudo para apoio às

equipes de Saúde da Família; serviço de oftalmologia – refração e de retinografia digital ; serviço de confecção de próteses dentárias; serviço de apoio, manutenção e suporte dos Sistemas de Informação / Prontuário Eletrônico do Cidadão; dentre outros serviços necessários à boa realização dos objetivos estabelecidos neste Projeto Básico e de acordo com as necessidades definidas pela Coordenação de Área e S/SUBPAV;

- Implantar, manter e dar suporte aos Sistemas de Informação / Prontuário Eletrônico da Atenção Primária à Saúde;
- Desenvolver ações de educação, vigilância e promoção da saúde de acordo com as normas vigentes e orientações estabelecidas pela CONTRATANTE;
- Prestar assistência em situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública;
- Garantir o fornecimento e a utilização de uniforme e crachá padronizados pela SMS/RJ para todos os funcionários de saúde (orientação está no catálogo de uniformes da SUBPAV que será disponibilizado oportunamente);
- Adequar a programação visual, manutenção e adaptação das Unidades de Atenção Primária, de acordo com a orientação vigente da S/SUBPAV.

1.1- ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

JUSTIFICATIVA

A Atenção Primária à Saúde destaca-se como coordenadora de fluxos e contra fluxos entre os diversos componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com capacidade para resolver a maioria dos problemas de saúde da população, garantir responsabilização e continuidade do cuidado. As unidades de saúde com equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Saúde Bucal (eSB) constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções na assistência, incluídos a promoção da saúde e prevenção da doença, com articulação com os demais serviços para a continuidade dos cuidados.

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação das unidades de centros de saúde, com especial ênfase no Saúde da Família (PNAB, 2006 e Decreto Municipal N° 30.780 de 2009).

As Unidades de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro são identificadas como Centros Municipais de Saúde (CMS) e Clínicas da Família (CF), e são as unidades operativas das Coordenações Gerais de Atenção Primária (CAP), com responsabilidade sanitária territorial e autonomia técnico-operacional, que devem garantir aos cidadãos adscritos uma carteira básica de serviços definida pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde / Superintendência de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde (S/SUBPAV/SAP).

Desde 2009, amparado pela Lei Municipal nº 5.026/2009, a SMS-RIO investiu em um modelo de gestão diferenciado, no qual conta com a celebração de parceria com pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde e que estejam

qualificadas como Organização Social no âmbito do município do Rio de Janeiro. Essas parcerias são firmadas mediante realização de processos seletivos públicos regidos pela Lei Federal nº 8.666/93. O objetivo deste modelo de cogestão é dar mais eficiência à administração pública, qualificar os serviços prestados e trazer benefícios aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Qualidade dos Serviços Prestados

A CONTRATADA deverá implementar um plano de qualidade dos serviços prestados. Para tanto, deverá atuar sobre dois aspectos:

- Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);
- Implantação da Comissão de Prontuários;
- Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico/paciente, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto a SMS.

Atenção ao Usuário

- Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário;
- Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações / sugestões dos usuários.

Composição das Equipes de Saúde da Família

Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deverá ser composta por no mínimo 01 médicos, 01 enfermeiros, 01 técnicos de enfermagem, 01 agentes comunitário de saúde e 01 agentes de vigilância em saúde. Será utilizado como padrão no Município do Rio de Janeiro a proporção de 06 (seis) agentes comunitários de saúde para cada equipe de saúde da família, e de 02 (dois) técnicos de enfermagem para cada equipe de saúde da família.

Cada eSF é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de microáreas – território onde habitam entre em média 400 e 680 pessoas, correspondente à atuação de 01 (um) Agente Comunitário de Saúde – e cujo número máximo de pessoas assistidas é de 3.450 pessoas.

Em média, para cada 03 (três) equipes de Saúde da Família (eSF) existe 01 (uma) equipe de saúde bucal (eSB).

A equipe de Saúde da Família poderá ser composta por médicos residentes vinculados à COREME do PRMFC da SMS ou das universidades conveniadas. A forma de contratação poderá ser na modalidade “bolsa de estudos”, em conformidade com as determinações da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM). Nesse caso, cada médico residente

deverá dividir a área de abrangência com outro médico e ficar corresponsável por no máximo 2.000 pessoas. O restante da equipe deverá seguir a mesma proporção de no máximo 3.450 pessoas para a equipe.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF)			
EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTITATIVO
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO DE FAMÍLIA	40H	1 por eSF
	ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	40H	1 por eSF
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40H	2 por eSF
	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40H	(*) 4 a 6 por eSF
	AGENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	40H	1 por eSF
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO DENTISTA DA FAMÍLIA	40H	1 para cada 3 eSF
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40H	1 para cada 6 eSF
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40H	1 para cada 3 eSF
	FARMACÊUTICO	40H	1 para cada 6 eSF
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40H	1 para cada 6 eSF
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40H	1 para cada 6 eSF
	GERENTE	40H	1 por UAP
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40H	1 para cada 3 eSF
	PORTARIA	12H	2 para cada 6 eSF

(*) O número de Agentes Comunitários de Saúde está vinculado à população adscrita.

Critérios para composição de horário das equipes:

- A composição de horário das equipes deve ser pactuada com a chefia imediata (gerente ou diretor da unidade);
- O critério para adaptação de horário deve seguir a necessidade do serviço;
- Durante o horário de funcionamento da Unidade, deve haver pelo menos um componente de cada equipe;
- Sempre deve haver na unidade pelo menos um médico e um enfermeiro;
- A carga horária de 40 horas semanais deve ser cumprida em no mínimo 04 (quatro) dias na semana e no máximo 10 horas diárias de trabalho;
- Não deve haver prejuízo na assistência à saúde da população;

- O horário de atendimento da unidade e dos profissionais deve permanecer visível na recepção da unidade para todas as categorias profissionais independentemente do tipo de vínculo;
- Salvo em situações excepcionais, as unidades de saúde devem sempre dispor de pelo menos um médico e pelo menos um funcionário por equipe de saúde da família durante todo o horário de funcionamento;
- As unidades devem permanecer abertas durante o horário de almoço com o mínimo de serviços em funcionamento como a recepção;
- Em uma mesma AP as unidades devem organizar os períodos de reunião mensal da unidade, de forma que não coincidam entre as unidades contíguas. Em caso de reunião mensal de equipe pelo menos um componente técnico por categoria deve estar acolhendo a população e orientando caso a caso. Sempre que houver necessidade de fechamento da unidade a CAP e a SUBPAV devem ser previamente comunicadas.

Estrutura das Unidades de Saúde:

- Prioritariamente o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve realizar escala de atendimento na recepção, com guichê de atendimento identificado por equipe de abrangência. Sempre que possível algum funcionário volante deve organizar o fluxo na unidade e oferecer ajuda para esclarecimentos da população. Todas as equipes devem sempre que possível aceitar marcação de consulta por telefone e por e-mail dos pacientes já cadastrados e que tenham sido atendidos ao menos uma vez na unidade. O telefone da equipe e e-mail da equipe ou da unidade deve sempre estar em local visível;
- Minimamente, as unidades devem dispor de 01 (um) consultório por equipe de Saúde da Família, sendo o ideal pelo menos dois consultórios por equipe. Estes devem apresentar identidade visual, com a identificação da equipe / área de abrangência;
- Deve-se apresentar uma relação com o nome dos profissionais de saúde e horários de atendimento, e esta deve ficar exposta para a população em local visível na recepção, bem como o horário de funcionamento da unidade;
- A agenda dos profissionais deve ser organizada a partir dos prontuários eletrônicos. Quando não for possível, esta deve estar disponível na recepção;
- Toda Unidade de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro deve ter minimamente a seguinte relação de salas / espaços:

1 Administração	1 Almoxarifado	1 Auditório
Banheiro masc. e fem.	1 Copa	Consultório(s)
Consultório(s) odontológico	1 Depósito materiais de limpeza	1 Farmácia
Recepção	1 Sala de curativo	1 Sala de espera
1 Sala de esterilização	1 Sala de expurgo	1 Sala de imunização
1 Sala de coleta / procedimentos	1 Sala de observação clínica	1 Sala de reunião / grupo
1 Sala dos agentes (ACS/AVS)		

Toda Unidade de Atenção Primária deve oferecer coleta de exames laboratoriais em dias úteis. Para coleta de exame de gravidez e de baciloscopia não deve haver restrição de horário de recebimento do material. Para acondicionamento de amostras de escarro, deve-se ter disponível caixa térmica com gelox e/ou geladeira frigobar (se período de acondicionamento > 1 dia).

Os serviços de curativos, vacinas, administração de medicação, aferição de dados vitais, realização de teste rápido e acolhimento devem estar disponíveis durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde.

A sala de imunização deve estar em atividade durante todo o horário de funcionamento da unidade, não existindo dias para vacinas específicas, ao exemplo da BCG, com oferta de todas as vacinas disponíveis no Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS) otimizando todas as oportunidades para a atualização do cartão vacinal.

A unidade deve ser bem sinalizada com os fluxos de atendimento bem definidos para a população.

Toda unidade deve ter em local visível à população, um painel contendo minimamente as seguintes informações:

- Horário de funcionamento da Unidade;
- Mapa da área de abrangência e relação de ruas, identificando nominalmente os profissionais de referência, no caso das equipes de Saúde da Família;
- Relação nominal dos profissionais com a respectiva programação semanal de cada um, contendo horário e atividade desenvolvida;
- Relação nominal de profissionais com suas respectivas cargas horária de acordo com o contrato de trabalho;
- Data/hora/local de atividades coletivas e reuniões com a comunidade;
- Relação dos representantes da população e profissionais que integram o Colegiado Gestor Local;
- Data/Hora/Local das reuniões do Colegiado Gestor Local, bem como dos Conselhos Distrital e Municipal de Saúde;
- Telefone, e-mail e site da Ouvidoria da CAP e da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Relatório de acompanhamento de metas:

Toda Unidade de Atenção Primária deve dispor de um “placar da saúde” com a devida atualização mensal dos indicadores de saúde. Este placar deve ficar em local visível na unidade.

Território de Abrangência: É o território pelo qual a Unidade de Atenção Primária é responsável pela assistência à população. Deve-se levar em consideração vários fatores como área de influência, barreiras geográficas, densidade demográfica e fatores locais como violência. Todos os moradores de uma região de abrangência (área adscrita) são de responsabilidade da equipe de Saúde da Família (eSF) definida para aquela área.

Entendendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e porta de entrada do sistema de saúde, independentemente da situação de saúde de uma pessoa, as eSF devem continuar o acompanhamento daquela pessoa. Exemplo: paciente com câncer em tratamento em serviço especializado; paciente em hemodiálise; paciente portador de coronariopatia grave; portadores de transtorno mental; etc., devem continuar sendo atendidos e cuidados pela eSF de referência.

Portanto, todas as instituições e equipamentos sociais na região devem receber um olhar e responsabilização por parte das equipes de SF, mesmo que sob tutela institucional. Exemplo: pessoas em instituição de longa permanência para idosos (ILPI); residências terapêuticas; etc., independentemente de serem públicas ou privadas devem ser assistidas também pelas eSF.

Toda equipe deve trabalhar com o mapa de seu território de forma dinâmica, usando o conceito de “território vivo”, estando atenta a mudanças nas condições de saúde da população. As equipes devem estar instrumentalizadas a analisar e atualizar os indicadores no seu território e mapear todos os equipamentos sociais, marcadores preferenciais (gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, crianças em risco nutricional).

A CONTRATADA deverá oferecer a manutenção, adaptação física e programação visual das unidades de acordo com as orientações vigentes da S/SUBPAV;

A manutenção inclui manutenção predial, manutenção dos equipamentos tanto preventiva quanto corretiva;

A adaptação física das unidades deverá ter aprovação dos custos e do projeto básico pela coordenação de Área de Planejamento;

A programação visual inclui desde a aplicação de identidade visual nas salas, identificação das salas, painéis educativos, painéis com protocolos clínicos;

A CONTRATADA deverá realizar a Contratação dos profissionais para atuação nas equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal (eSB), Assistência Farmacêutica, Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF) / equipe Multiprofissional, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com as metas físicas constantes no edital de seleção pública, utilizando para isso processo seletivo;

O processo seletivo deve ser público e com ampla divulgação;

Todos os profissionais admitidos pela CONTRATADA devem obrigatoriamente passar por processo seletivo que inclua mérito acadêmico e profissional, levando-se em conta títulos de especialidade e experiência prévia comprovada na atuação em Saúde da Família. No caso dos CAPS, especialidade e experiência prévia em Saúde Mental;

Todos os profissionais admitidos pela CONTRATADA devem estar cadastrados no SCNES (Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde);

Todos os profissionais contratados devem utilizar ponto biométrico na própria unidade para registro diário de frequência. Não é permitida a flexibilização da carga horária para nenhum profissional, porém a distribuição da carga horária na semana pode ser pactuada localmente;

O horário padrão de todos os profissionais deve estar disponibilizado na recepção de todas as unidades de saúde para que seja consultado pela população;

A CONTRATADA deverá oferecer os serviços de saúde constantes na Carteira de Serviços da Atenção Primária vigente. Sendo assim, todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMS devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

Consulta de urgência e Atendimento de emergência: faz parte das atribuições de toda Unidade de Atenção Primária e de toda equipe de Saúde da Família prestar atendimento de urgência sob demanda espontânea;

Todos os profissionais devem estar aptos a reconhecer situações de alerta e de gravidade.

Os casos de emergência que porventura derem entrada na unidade devem ser prontamente atendidos e, havendo necessidade, deve-se:

- Solicitar a remoção do paciente diretamente na plataforma virtual de Vaga Zero da Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, devendo haver a classificação de risco clínico, e informar qual tipo de ambulância se faz necessário para a adequada remoção. A equipe de Saúde da Família deve escrever o relato do caso em duas vias e anotar no livro de ocorrência da unidade, em caso de rompimento deste fluxo deve-se entrar em contato imediatamente com a CAP.
- Até a remoção, todas as medidas a fim de estabilização clínica hemodinâmica necessária deve ser assumida e o paciente deve permanecer em observação. Nestes casos a remoção deve ser assegurada o mais prontamente possível.
- Toda Unidade de Atenção Primária deve dispor de uma maleta para emergência, com itens e medicamentos padronizados nesta carteira e no protocolo municipal de atendimento à urgência e emergência, e as equipes preparadas para atendimento de emergência. Mais detalhes estão descritos na sessão “Situações de urgência/ emergência”.

Procedimentos

Uma lista completa de procedimentos e de cirurgias ambulatoriais está disponível na seção “Procedimentos/cirurgias ambulatoriais”.

Toda Unidade de Atenção Primária deve minimamente oferecer serviços de inalação, curativos, imunização, pequenos procedimentos cirúrgicos.

Visita e Atendimento domiciliar

Todos os profissionais que atuam na ESF devem realizar visitas e atendimentos domiciliares;

Nas Unidades de Atenção Primária com ESF as visitas domiciliares devem ser agendadas conforme programação semanal de acordo com as demandas dos usuários e da equipe;

O resultado de cada visita domiciliar deve ser repassado à equipe para o conhecimento de cada caso e encaminhamento de acordo com sua realidade.

Consultas

- Toda Unidade de Atenção Primária deve organizar o serviço de modo a evitar a formação de filas. Portanto, sempre que possível, evitar concentrar a oferta de algum serviço em um dia / horário específico;
- A oferta de marcação de consulta por demanda programada deve ser disponibilizada todos os dias em todo o horário de funcionamento da unidade;
- As unidades devem organizar o serviço de modo a priorizar o atendimento a gestantes, idosos (acima de 60 anos), e pessoas com necessidades especiais;
- Todos os procedimentos como medição antropométrica, aferição de Pressão Arterial e outros, deverão ser realizados durante a consulta;
- Toda Unidade de Atenção Primária deve garantir o atendimento de consultas agendadas e de demanda não programada;
- Os casos emergenciais devem ter os procedimentos garantidos, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período;
- A condição não urgente pode ser agendada para até dois dias úteis;
- O tempo máximo para o agendamento de consulta (que não seja intencionalmente programada desta forma) não pode exceder 30 dias;
- Os retornos agendados deverão respeitar os protocolos preconizados. Sempre que houver necessidade de consulta de retorno, o usuário deverá sair da unidade com o agendamento em mãos;
- Em casos extremos o paciente ou o médico de família pode solicitar a troca do usuário de equipe dentro da mesma unidade, sendo necessário o preenchimento das informações pertinentes em prontuário e anotação no livro de ocorrência da unidade.

Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem faz parte da assistência à saúde centrada na pessoa, e deve ser orientada de acordo com protocolos clínicos da SMS/RJ, da SES/RJ e do Ministério da Saúde (MS). As consultas de puericultura e de assistência ao pré-natal e puerpério, idealmente devem ser intercaladas entre o médico e o enfermeiro.

A prescrição de enfermagem e solicitação de exames complementares devem seguir os protocolos clínicos que especifiquem essas ações e/ou normativas técnicas e/ou decretos que regulamentem tais procedimentos.

Atestado

É obrigação do profissional médico a emissão de atestado médico sempre que prestar assistência e houver a necessidade do documento. São situações comuns que devem ser prescritas na Atenção Primária: atestado para afastamento do trabalho; atestado para certificar condições de saúde ou de doença; atestado para perícia médica; atestado para prática de atividade física; a veracidade dos mesmos, caso adjudicado, será de responsabilidade do profissional que emitiu o mesmo.

A emissão do atestado de óbito é obrigatória desde que o profissional médico tenha prestado assistência ao paciente e que não haja suspeita de causas externas. O formulário para atestado de óbito deve estar disponível a todas as Unidades de Atenção Primária.

Quando necessário o profissional deve realizar visita domiciliar para a avaliação clínica e emissão do documento.

A emissão de declaração de nascido vivo só deverá ocorrer para os casos de nascimentos ocorridos em domicílio que não tiveram passagem por unidade hospitalar, desde que cumpridos os requisitos de avaliação médica ou de enfermagem e apresentação de testemunhas devidamente identificadas através de documentação oficial. Para os casos em que não se dispõem dos requisitos anteriormente indicados deverá ser realizado encaminhamento ao Conselho Tutelar da AP.

Assistência farmacêutica

Toda Unidade de Atenção Primária deve apresentar um plano de uso racional de medicamentos e deve estar em conformidade com as diretrizes municipal e nacional de uso racional e previsão de consumo à Assessoria de Assistência Farmacêutica.

Toda Unidade de Atenção Primária deve dispensar os medicamentos em local próprio que possibilite a dispensação e o depósito exclusivo da farmácia. Fica vedada a dispensação de medicamentos nos consultórios médicos ou de outros profissionais.

A dispensação de medicamentos deve ser realizada mediante apresentação de receita.

A farmácia deve ser mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade.

Fica vedada a visitação de representantes de laboratórios farmacêuticos, bem como a dispensação de medicamentos de amostra grátis. A dispensação deve ser preferencialmente realizada por profissional com treinamento para tal, preferencialmente técnico / oficial de farmácia ou farmacêutico.

Toda a relação de medicamentos disposta no REMUME (relação municipal de medicamentos) deve ser dispensada nas Unidades de Atenção Primária:

- Medicamentos para doenças respiratórias (asma, DPOC, dentre outras):

Todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar os pacientes com asma e DPOC e o fornecimento da medicação deve ser vinculada a pelo menos uma consulta a cada 6 (seis) meses com o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe; mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (pólos, policlínica, hospital, etc.) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe;

- Diabetes mellitus (hipoglicemiantes orais e insulina):

Para tanto as unidades devem minimamente possuir geladeira (frigobar) para o acondicionamento e os profissionais técnicos devem ser treinados para orientação de uso e acondicionamento da insulina; todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar o paciente diabético, esteja ou não indicado o uso de insulina. O fornecimento da insulina e demais insumos devem ser vinculados a pelo menos uma consulta a cada 3 (três) meses com

o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe; mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (polos, policlínica, hospital etc.) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe; Todos os pacientes em uso de insulina recebem glicosímetros, tiras, seringas, lancetador e lancetas para aplicação de insulina e monitorização domiciliar;

- Medicamentos controlados (receituário de controle especial tipos A, B, B2 e comum):
 - Toda Unidade de Atenção Primária deve ter disponível receituário de controle especial. A prescrição de medicamento controlado não é vedada ao médico que atua na Atenção Primária, mas deve sempre seguir os princípios de uso racional de medicamentos;
 - Toda Unidade de Atenção Primária deve ter condições para a dispensação de medicamento controlado, respeitando as normativas vigentes. A organização da distribuição de medicação controlada nas unidades deve ser feita em conjunto com o núcleo de assistência farmacêutica da CAP, ter um farmacêutico responsável e o devido controle no armazenamento da medicação.

Toda prescrição de medicamento não contido na REMUME deve ser acompanhada de orientação de que esta medicação não é dispensada na unidade, por não fazer parte da Relação Municipal de Medicamentos.

A validade da receita comum deve ser determinada pelo profissional de saúde. Caso a medicação seja de uso contínuo e não houver especificação da validade de receita simples, esta terá validade para dispensação de até 12 (doze) meses para anticoncepcionais e até 6 (seis) meses para demais medicamentos. Nesse sentido, a dispensação deverá ocorrer para o período mensal. O profissional de saúde deve identificar na receita a informação que o medicamento é de "USO CONTÍNUO".

Para efeitos de validade de receita simples NENHUM anti-inflamatório, analgésico, antitérmico, antibiótico deve ser considerado como uso contínuo.

Deve ser garantido acesso universal aos medicamentos disponíveis na Unidade, durante todo o horário de funcionamento da mesma.

Qualquer reação adversa a medicamentos deve ser comunicada ao responsável pela assistência farmacêutica da CAP e este deve consolidar as informações e comunicar a coordenação de assistência farmacêutica da CAP.

A CONTRATADA deverá oferecer os serviços de saúde constantes na Carteira de Serviços da Atenção Primária vigente. Sendo assim, todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMS devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

A CONTRATADA deverá oferecer Serviços de Apoio à Saúde da Família. Trata-se de um serviço de Apoio às equipes de saúde da família que objetiva ampliar as ações da Atenção Primária em Saúde (APS) e sua resolubilidade, através da qualificação das equipes, atendimento conjunto, descentralização das ações da APS com o treinamento em serviço dos profissionais que as compõem. Preferencialmente, as equipes de apoio especializado devem

seguir as diretrizes do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), constantes na Portaria GM 2.488 de 21 de outubro de 2011, Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 e na Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS do Ministério da Saúde. Os núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Primária (eAP) para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

O cadastramento desses profissionais é realizado diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Podendo, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

A CONTRATADA deverá oferecer Serviços de Radiologia e de Ultrassonografia em toda Unidade de Atenção Primária do tipo Clínica da Família.

Esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família (eSF);

Os exames de imagem devem ser integrados nos prontuários eletrônicos de forma que a imagem seja disponibilizada automaticamente para ser acessada ao médico da equipe;

Os exames devem ser disponibilizados com laudo, podendo ser utilizado para tanto telerradiologia;

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Oftalmologia - Refração.

Considerando este procedimento muito prevalente na atenção primária e com demanda reprimida, deve-se expandir o acesso ao serviço à população;

Esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família;

Deve-se garantir a prescrição das lentes corretivas aos pacientes quando for o caso;

Quando houver necessidade de encaminhamento para elucidação de outras causas de baixa acuidade visual deve-se encaminhar o paciente para investigação;

Recomenda-se que o preço por exame siga a tabela de procedimentos do SUS;

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Oftalmologia – Retinografia Digital.

Considerando este procedimento muito prevalente na atenção primária e com demanda reprimida, deve-se expandir o acesso ao serviço à população;

Esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família;

Sugere-se a implantação de Retinógrafo Digital que permita laudo à distância - telemedicina para otimização de custo-efetividade;

O exame deve ser realizado na Atenção Primária, porém a análise da imagem pode ser realizada a distância;

Deve-se garantir a avaliação de profissional especializado - Oftalmologista com laudo;

Quando houver necessidade de encaminhamento para elucidação de outras causas de baixa acuidade visual deve-se encaminhar o paciente para investigação;

Recomenda-se que o preço por exame siga a tabela de procedimentos do SUS;

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Confeção de Próteses Dentárias.

Esta ação é atribuição da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das Equipes de Saúde Bucal;

Os moldes devem ser realizados na própria Unidade de Atenção Primária, podendo ser o Laboratório para Confeção das Próteses concentrado em outro endereço na Área de Planejamento, desde que garantido o prazo máximo de 30 dias desde a confecção do molde e a implantação da prótese dentária;

Caberão às equipes de Saúde Bucal da unidade a modelagem, avaliação e manutenção das próteses;

A CONTRATADA deverá implantar e/ou manter os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com as metas físicas em contrato, sendo características desses centros:

- Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.
- Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).
- A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.
- Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve constar no projeto terapêutico de cada usuário.
- As atividades dos profissionais de saúde dos CAPS poderão ser alteradas mediante justificativa registrada no projeto terapêutico dos usuários.
- Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades fora do espaço físico do CAPS, visando à articulação com a comunidade. Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, duas atividades externas por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

- Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades de matriciamento (discussão de casos com as equipes de SF, NASF, CMS, Policlínica, Hospital). Deve ser realizada pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

A CONTRATADA deverá oferecer nas unidades de saúde Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública.

Objetivo: Garantir a assistência adequada aos pacientes em situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública, reduzindo a morbimortalidade.

Ações de Organização dos Serviços Assistenciais: Quando há o aumento do número de casos de qualquer doença, existe concomitantemente um aumento da demanda à assistência à saúde.

A existência de uma rede de atenção primária bem estruturada e uma Estratégia Saúde da Família abrangente são fundamentais para o enfrentamento do aumento da força de transmissão, uma vez que são os profissionais de saúde deste nível de atenção que primeiro observam o aumento da incidência das doenças na população e dão o alarme que desencadeia todas as ações de saúde subsequentes. Quando este é o cenário real, a rede de atenção primária cumpre seu papel, absorve os pacientes e os acompanha, só referenciando à assistência secundária ou terciária os casos de agravo que realmente precisam de cuidados mais específicos, estando preparados para recebê-los de volta.

Com a ampliação da atenção primária no município, essa será a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde. O que se pretende é maximizar o uso dos recursos disponíveis, garantindo o atendimento nas unidades da atenção primária e reduzindo a demanda dos pacientes para as unidades hospitalares.

Com o intuito de assistir de forma adequada a população, poderão ser utilizadas várias estratégias definidas pela SMS/RJ como as seguintes:

- Ampliação do horário de atendimento das Unidades de Atenção Primária, com a ampliação correspondente da oferta de RH, insumos e equipamentos;
- Abertura de centros de acolhimento, atendimento e vigilância;
- Garantia de transporte dos pacientes e exames;
- Oferta de serviços de Laboratório;
- Confeção e distribuição de material informativo.

ESPECIFICAÇÕES DAS ATIVIDADES DE SAÚDE

Os profissionais previstos para as equipes de Saúde da Família correspondem a equipes completas conforme indicação do Ministério da Saúde, além de apoio administrativo e apoio para informação em saúde.

PRAZOS

Será concedido à CONTRATADA o prazo máximo de até 30 (trinta) dias para início da execução dos serviços, a partir da publicação do contrato devidamente assinado, podendo ser antecipado ou postergado se assim for entendido e definido pelo gestor da SMS, em função do atendimento de suas necessidades.

O prazo de vigência do contrato será de 24 meses, a partir da data de assinatura do contrato de gestão.

CONFORMIDADE COM PROTOCOLOS E DIRETRIZES FORMULADOS PELA CONTRATANTE

A CONTRATADA deverá cumprir recomendações específicas sobre fluxos, formulários, informações específicas e protocolos clínicos instituídos pela CONTRATANTE e que estejam vigentes.

CONFORMIDADE COM CAMPOS DE ESTÁGIO E FORMAÇÃO EM SAÚDE PELA CONTRATANTE

A CONTRATADA deverá permitir a utilização das Unidades de Atenção Primária como campo de estágio para a Residência em Saúde da Família, Residência em Medicina de Família e Comunidade e graduação em saúde quando conveniados com a CONTRATANTE ou outros programas firmados com o Ministério da Saúde ou demais autarquias.

Fica vedada à CONTRATADA a disponibilização das unidades de saúde para campo de estágio sem a anuência por escrito da CONTRATANTE através da S/SUBPAV/SAP.

DA CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Todos os profissionais admitidos pela CONTRATADA devem obrigatoriamente passar por processo seletivo que inclua mérito acadêmico e profissional, levando-se em conta títulos de especialidade e experiência prévia em Saúde da Família. No caso dos CAPS, especialidade e experiência prévia em Saúde Mental.

Todos os profissionais admitidos pela CONTRATADA devem estar cadastrados no SCNES (Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde).

DA LINHA DE BASE PARA TERRITORIALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL

A OSS deverá considerar os setores censitários (Fonte: Censo Demográfico do IBGE – 2010) dos bairros/comunidades que integram o objeto deste contrato de gestão. Os mesmos serão atualizados durante o cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde.

Caberá à CAP e à SUBPAV a definição das áreas de abrangência das unidades de saúde, das equipes de atenção primária bem como das microáreas dos agentes comunitários de

saúde, estando as mesmas disponibilizadas em link virtual específico a ser disponibilizado pela S/SUBPAV.

DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A CONTRATADA deverá manter atualizados os sistemas de informação adotados pela CONTRATANTE, bem como gerar os arquivos ou informações em webservice para utilização nos Sistemas de Informação oficiais que a CONTRATANTE solicitar;

Toda a unidade de saúde sob gestão da CONTRATADA deve ter todos os postos de trabalho informatizados, com conectividade e Prontuário Eletrônico em funcionamento;

A CONTRATADA deve garantir conectividade, servidor de dados (datacenter) central, servidor / concentrador de dados em cada unidade de saúde, manutenção; customização do sistema e treinamento continuado dos profissionais, podendo exigir da empresa prestadora de serviços de prontuário eletrônico essas garantias;

A CONTRATADA deve oferecer suporte de Tecnologia em Informação a todas as unidades sob gestão. A resposta aos chamados de suporte deve ser atendida em até 24 horas;

O banco de dados de todos os pacientes é de propriedade da CONTRATANTE, devendo ser fornecido um backup (cópia) dos dados a qualquer momento, bem como a utilização de padrões internacionais que permitam a migração dos dados em caso de substituição da CONTRATANTE ou da empresa de prontuário eletrônico;

A CONTRATADA ou a empresa de prontuário eletrônico por ela contratada, deve disponibilizar um portal web para gerar relatórios gerenciais bem como possibilitar acesso aos dados clínicos para auditoria clínica a nível local, regional através das CAP (Coordenações de Área de Planejamento) e do nível central (S/SUBPAV);

A CONTRATADA deve garantir o funcionamento do prontuário eletrônico nas unidades de saúde sob gestão durante todo o horário de funcionamento das unidades. Para tanto, deve-se garantir medidas que possibilitem manter o prontuário em pleno funcionamento, como redundância de conectividade e servidores locais;

Todos os impressos oficiais da CONTRATANTE padronizados pela S/SUBPAV/SAP devem ser preenchidos e impressos a partir do prontuário eletrônico;

Alguns requisitos mínimos para os prontuários eletrônicos devem ser garantidos no momento da contratação do serviço:

- O prontuário deve ser construído para ser utilizado na Atenção Primária à Saúde;
- Deve ser familiar, permitindo a identificação e acesso aos prontuários dos demais membros da família;
- Deve ter uma lista de problemas ativos e inativos;
- O registro clínico deve ser organizado no método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano);

- Deve-se utilizar como padrão para classificação de doenças a tabela do CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) permitindo a conversão para a codificação do CID (Classificação Internacional de Doenças);
- Deve permitir a impressão de formulários como: Receituário, Receituário Especial, Atestados, Notificações compulsórias, Declaração de Comparecimento, Requisição de Exames (incluindo de Alto Custo - APAC), Encaminhamento de Usuários (Guia de Referência e Contra Referência), Solicitação de Exames Citopatológicos e Mamografias. Esses formulários são padronizados pela S/SUBPAV/SAP;
- Permitir o acompanhamento da gestante (pré-natal), acompanhamento de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor em crianças, acompanhamento de tuberculose, acompanhamento de hanseníase; Imunização com aprazamento das consultas;
- Permitir às equipes gerar minimamente as seguintes listas nominais: lista geral de todos os pacientes da Unidade/equipe/microárea; lista de hipertensos, lista de diabéticos, lista de pacientes com tuberculose, lista de pacientes com hanseníase, lista de crianças até 2 (dois) anos, lista de gestantes, lista de rastreamento de citopatológico de mulheres entre 25 a 64 anos;
- Gerar um relatório por equipe dos indicadores do Pagamento por Desempenho, que são anualmente padronizados pela S/SUBPAV/SAP; Permitir gerar mensalmente para cada profissional um e-mail com o resultado desses indicadores de sua equipe;
- Gerar um relatório por profissional dos indicadores do Pagamento por Desempenho, que são anualmente padronizados pela S/SUBPAV/SAP; Permitir gerar mensalmente para cada profissional um e-mail com o resultado desses indicadores;
- Deve permitir controle de estoque de todos os insumos na unidade incluindo os itens dispensados na farmácia;
- Permitir a gestão da agenda dos profissionais, incluindo a possibilidade de registro de marcação não presencial como por telefone, portal ou e-mail;
- Deve permitir o registro dos exames laboratoriais incluindo exames de imagem e digitalização de alguns exames como eletrocardiograma;
- Deve permitir interoperabilidade com outros sistemas como aparelhos de processamento de laboratório, aparelho de Raio-X digital, dentre outros.

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

Todos os cadastros de profissionais de saúde e de estabelecimentos de saúde devem estar em consonância com as regulamentações da SAS/MS ou qualquer outra legislação ou orientação vigente, em âmbito do Ministério da Saúde ou Municipal, sendo a mais atual vigente a Portaria SAS/MS nº 134 de 04 de abril de 2011, que constitui responsabilidades dos gestores quanto à correta atualização do SCNES;

Todo estabelecimento de saúde da Esfera de Administração Pública de atenção primária e secundária no Município do Rio de Janeiro deve estar devidamente cadastrado e com o seu cadastro atualizado no SCNES;

Constitui responsabilidade da Organização de Saúde o acompanhamento das atualizações das fichas cadastrais dos profissionais de saúde bem como dos dados de atualização dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. Caberá ao Coordenador de Área de Planejamento determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação, podendo ficar sob responsabilidade da Organização Social a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES.

Fica vedado o cadastramento no SCNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

No caso de cadastramento de profissional que exerça 2 (dois) cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, deve ficar comprovada a compatibilidade de horários, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), ficam estabelecidas as seguintes regras:

- I - Fica vedado seu cadastramento em mais de 01 (uma) equipe da ESF;
- II - Para o cadastramento deste profissional em mais de 03 (três) estabelecimentos de saúde, independentemente da sua natureza, deverá haver justificativa e autorização prévia do gestor municipal, estadual ou do DF em campos específicos do SCNES.

Será utilizada a base de dados do Conselho Federal de Medicina, disponível no endereço eletrônico: www.cfm.org.br, para a avaliação da compatibilidade entre o nome do profissional médico informado e o número de seu registro no Conselho.

Cada estabelecimento deve ter um número único de cadastro e fica vedado o mesmo estabelecimento apresentar mais de um cadastro CNES para a mesma unidade de mesmo nível de complexidade. Por exemplo, não é permitido cadastrar mais de um CNES para unidades mistas onde tenha serviço de Saúde da Família e serviço especializado. Caso haja uma Unidade de Atenção Primária funcionando em espaço físico contíguo com unidades de atenção secundária como CAPS ou Policlínica cada unidade de saúde deve ter seu próprio CNES.

As equipes NASF não são consideradas estabelecimentos de saúde, mas sim “serviço especializado” e devem ser cadastradas;

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF é considerado um “serviço especializado”, portanto não pode ter um número CNES exclusivo de estabelecimento de saúde, mas sim cadastrado em uma unidade de saúde. Quanto às unidades, o NASF poderá ser implantado apenas nos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa PÚBLICA e somente nos tipos de estabelecimentos a seguir:

02 – Centro de Saúde/Unidade Básica;

15 – Unidade Mista;

03 – Policlínica;

36 – Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade;

71 – Centro de Apoio à Saúde da Família.

Para Unidades de Atenção Primária, somente é permitido dois tipos de unidades de saúde:

TIPO DE UNIDADE NA CARTEIRA DE SERVIÇOS	ABREVIÇÃO	TIPO UNIDADE NO CNES
Clínica da Família	CF	02 – Centro de Saúde/Unidade Básica
Centro Municipal de Saúde	CMS	02 – Centro de Saúde/Unidade Básica

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

O SIA oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).

Este sistema possui três componentes:

Cadastro - desde julho/03 é atualizado a partir da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de saúde – FCES, através do aplicativo DePara executado no nível central pela CONTRATANTE;

Programação - Ficha de programação físico-orçamentária – FPO. Praticamente toda alteração cadastral implica em uma alteração na FPO, que deverá ser encaminhada à Coordenação de Planejamento Local, através de formulário próprio, que posteriormente enviará à Gerência de Processamento de Dados SUS, até o 15º dia do mês competência, para alteração correspondente no SIA;

Registro da produção - Boletim de produção ambulatorial – BPA e/ou APAC (subsistema específico para procedimentos de alta complexidade, que exigem identificação do usuário).

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela CONTRATANTE.

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) fica instituído a partir da Portaria nº 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013.

O SISAB passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do DAB/SAS/MS, reestruturando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para um sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação para a Atenção Básica (AB) e garantindo o registro individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

A operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

A estratégia é composta por dois sistemas:

SISAB - sistema de informação nacional que passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);

Sistema e-SUS AB - composto por dois softwares para coleta dos dados:

- Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de um sistema de digitação e as seguintes fichas: Cadastro Individual

Cadastro Domiciliar e Territorial Ficha de Atendimento Individual

Ficha de Atendimento Odontológico Individual Ficha de Atividade Coletiva

Ficha de Procedimentos

Ficha de Visita Domiciliar e Territorial

Marcadores de Consumo Alimentar Ficha Complementar

Avaliação de Elegibilidade e Admissão Atendimento Domiciliar

- Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistema com prontuário eletrônico (objeto deste manual), que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das Unidades de Atenção Primária.

SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar as mulheres em idade preconizada pelo Ministério da Saúde (atualmente entre 25 a 64 anos) para acompanhamento do rastreamento nessa população da colpocitologia oncótica do colo uterino.

Os exames de colpocitologia oncótica devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

O sistema de PEC não gera relatórios gerenciais de mulheres com exame não realizado/registrado há mais de 3 anos, no entanto é dever da OSS garantir a busca ativa dessas mulheres para rastreamento do câncer de colo uterino.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituam objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da Coordenadoria de Vigilância em Saúde –S/CGVS/CVS

SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal.

A plataforma SIPNI WEB tem como objetivos: fornecer dados sobre vacinação, fornecer dados sobre movimentação de imunobiológicos e reduzir erros de imunização.

A utilização do registro individual do vacinado visa conhecer melhor o público alvo, obter registros mais completos (ex.: data de nascimento, endereço e telefone do vacinado), marcação de próximas vacinas, resgate do público alvo e consequentemente obtenção de coberturas vacinais mais adequadas.

A movimentação de imunobiológicos permite que a sala de vacina tenha melhor controle de seus estoques, podendo assim acompanhar a utilização das vacinas recebidas e as suas perdas, concedendo uma avaliação crítica do processo de trabalho.

O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O instrumento de coleta de dados do API consiste em:

Mapa de registro de doses aplicadas de vacina. Deve ser preenchido pelo profissional da sala de vacina que atendeu o paciente.

Boletim mensal de doses aplicadas de vacina. Esta ficha é a compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e deve ser preenchida pelo profissional da UBS responsável pela sala de vacina.

O SI-PNI/API é o sistema oficial de registro de vacinação a ser utilizado nas unidades de saúde utilizando o PEC até que seja disponibilizada a integração entre PEC e SI-PNI que descontinuará o registro de vacinação no SI-PNI.

Fica também claro que outros aplicativos já implantados ou que venham a ser desenvolvidos com vistas a subsidiar projetos e programas prioritários da SMS/RJ farão parte das atribuições.

SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. É um sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet.

DispensaMed

O DispensaMed é um sistema desenvolvido e mantido pelo IplanRio para uso das unidades básicas da SMS/RJ para registro das informações de receita e medicamentos dispensados à população. O sistema também permite uma visão analítica aos gestores para tomada de decisão, através do TABNET. O DispensaMed é o sistema oficial para registro das informações de farmácia para as unidades de saúde que utilizam PEC.

SIGMA – SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DE MATERIAIS

O Sistema de Informações Gerenciais de Materiais (SIGMA), sistema desenvolvido e mantido pelo IplanRio, tem como objetivo o controle de todos os bens adquiridos e estocados nas Unidades Armazenadoras de Materiais no Município de Rio de Janeiro tais como materiais de consumo e medicamentos. No SIGMA também são realizadas a manutenção do cadastro de materiais e serviços e a manutenção do cadastro de empresas, fundações privadas e associações. O sistema é composto pelos seguintes módulos: Catálogo de Materiais e Serviços, Cadastro de Empresas, Cadastro de Fundações Privadas e Associações, Cadastro de Amostras, Gestão de Estoques, Tabelas e Segurança.

Serão usuários do sistema os órgãos da administração direta e indireta.

Outros Sistemas de Informação em Saúde

Outros Sistemas de Informação em Saúde que venham a ser criados pelo Ministério da Saúde ou Sistemas já existentes que venham a ser solicitados pela SMS deverão ser preenchidos pela OSS que fará apoio à gestão das Unidades de Atenção Primária.

DA AVALIAÇÃO DE METAS DE DESEMPENHO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A CONTRATADA será avaliada trimestralmente de acordo com o resultado dos indicadores e metas constantes no contrato de gestão. Esses indicadores em sua maioria são indicadores de processo, podendo haver indicadores de resultado. Já para os profissionais de saúde os indicadores qualitativos serão em sua maioria indicadores de resultado que avaliam a boa prática clínica;

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;

Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial;

Orientações estabelecidas pela SMS/RJ.

As três práticas não são excludentes, e sim complementares e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

Qualificação dos profissionais;

Utilização do prontuário clínico;

Uso de outros registros da atividade assistencial;

Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS do Rio de Janeiro e a PNAB 2017 / Ministério da Saúde;

Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede básica;

Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, das urgências em atenção primária;

Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;

Perfil de prescrição farmacêutica;

Auto avaliação assistencial pelos profissionais;

Avaliação externa da prática assistencial.

Todos os indicadores devem ser gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico. Por exemplo, para comprovar que uma pessoa está com calendário vacinal atualizado, não basta perguntar ao profissional se o calendário está atualizado, mas sim, a

partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo com o calendário vacinal adotado pelo município, o sistema deve interpretar se o calendário vacinal está atualizado ou não.

O sistema (Prontuário Eletrônico do Paciente ou PEP) deve disponibilizar relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário. Esses indicadores das equipes deverão ser enviados de forma automatizada por e-mail pelo PEP para cada profissional de saúde ao final do mês. Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que estiver gerando os indicadores e enviando-os por e-mail mensalmente aos profissionais.

O monitoramento dos indicadores deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pelo diretor/gerente da unidade.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a aplicação de questionários – modelo definido pela SUBPAV / SMS, de modo a permitir comparações entre as AP. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um casemix pré-estabelecido pela SMS.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pela SMS ou pelo Ministério da Saúde.

As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo, sendo submetido à CAP para validação.

O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

Para o registro da satisfação, deve-se utilizar um terminal de registro cuja base de dados deve estar vinculada ao prontuário eletrônico. O ideal é que seja instalado um totem com tela “touch screen” que facilite a visualização e a coleta das informações;

O terminal de registros deve estar disponibilizado na recepção da unidade, em um espaço que permita privacidade aos usuários.

Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas no mesmo dia do atendimento;

O momento de coleta de informações é na saída da unidade de saúde. Para todo paciente que estiver saindo da unidade deve-se oferecer a opção de registro de satisfação no terminal de registro;

Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;

O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:

NOME DO USUÁRIO	EQUIPE DE SAÚDE
DATA DO REGISTRO	HORA DO REGISTRO
MOTIVO DO ATENDIMENTO	

A Coordenadoria Geral de Atenção Primária deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou de fraude nos dados.

As prestações de contas devem ocorrer mensalmente e ser disponibilizadas em sistema de informação, plataforma virtual de monitoramento e transparência, sob as normas vigentes e regras estabelecidas pela Subsecretaria de Gestão.

PREVISÃO DE CUSTEIO DE EQUIPES (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Médico	13	40	R\$ 15.157,17	R\$ 220,00	R\$ 199.903,24
Enfermeiro	13	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 81.928,08
Técnico de Enfermagem	13	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 33.084,09
Limpeza / Portaria	13	40	R\$ 1.400,00	R\$ 220,00	R\$ 21.060,00
Cirurgião Dentista	5	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 31.510,80
Técnico de Saúde Bucal	5	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 12.724,65
Auxiliar de Saúde Bucal	2	40	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ 3.540,00
Farmacêutico	2	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 12.604,32
Técnico de Farmácia	3	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 7.634,79
Gerente	2	40	R\$ 8.514,80	R\$ 220,00	R\$ 17.469,60
Auxiliar Administrativo	0	40	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ -
TOTAL FUNCIONÁRIOS	71				
				TOTAL SALÁRIOS	R\$ 421.459,57

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
INSS - Empresa	20,000%	R\$	84.291,91
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R\$	24.444,65
SAT	2,000%	R\$	8.429,19
PIS	1,000%	R\$	4.214,60
FGTS	8,000%	R\$	33.716,77
13º SAL	8,330%	R\$	35.107,58
Abono de Férias	2,780%	R\$	11.716,58
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$	7.024,33
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$	-
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$	1.770,13
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$	3.512,16
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R\$	585,83
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$	779,70
Multa/FGTS	4,000%	R\$	16.858,38
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R\$	22.262,64
Total Provisões	23,636%	R\$	99.617,33
Total Encargos	36,800%	R\$	155.097,12
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$	254.714,45

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 8,10	71	R\$ 12.652,20
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 18,11	71	R\$ 28.293,38
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$ 40.945,58

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
TOTAL	R\$ 717.119,60

CUSTEIO DE PESSOAL DE CONSULTÓRIO NA RUA					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Médico	1	40	R\$ 15.157,17	R\$ 220,00	R\$ 15.377,17
Enfermeiro	1	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 6.302,16
Técnico de Enfermagem	1	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 2.544,93
Agente Social	3	40	R\$ 1.400,00	R\$ 220,00	R\$ 4.860,00
Assistente Social	1	30	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 2.544,93
Psicólogo	1	30	R\$ 5.790,34	R\$ 220,00	R\$ 6.010,34
Auxiliar Administrativo	0	40	R\$ 1.743,70	R\$ 220,00	R\$ -
TOTAL FUNCIONÁRIOS	8				
				TOTAL SALÁRIOS	R\$ 37.639,53
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS					
INSS - Empresa				20,000%	R\$ 7.527,91
INSS - Terceiros + FAP				5,800%	R\$ 2.183,09
SAT				2,000%	R\$ 752,79
PIS				1,000%	R\$ 376,40
FGTS				8,000%	R\$ 3.011,16
13º SAL				8,330%	R\$ 3.135,37
Abono de Férias				2,780%	R\$ 1.046,38
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva				1,667%	R\$ 627,33
Férias integrais com reposição de quadro				0,000%	R\$ -
Aviso Prévio indenizado				0,420%	R\$ 158,09
Aviso Prévio (dias extras legais)				0,833%	R\$ 313,86
13º salário (Lei nº 12.506/11)				0,139%	R\$ 52,32
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11				0,185%	R\$ 69,53
Multa/FGTS				4,000%	R\$ 1.505,58
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))				5,282%	R\$ 1.988,22
Total Provisões				23,636%	R\$ 8.896,58
Total Encargos				36,800%	R\$ 13.851,35
Sub Total (Encargos + Provisões)				60,436%	R\$ 22.747,93
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 8,10	8	R\$	1.425,60
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 18,11	8	R\$	3.187,99
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$	4.613,59
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE CONSULTÓRIO NA RUA					
TOTAL				TOTAL	
				R\$	65.001,05

1.2- SERVIÇOS DE APOIO ESPECIALIZADOS ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA / NÚCLEOS DE APOIO AO SAÚDE DA FAMÍLIA:

Trata-se de um serviço de apoio às equipes de saúde da família que objetiva ampliar as ações da Atenção Primária em Saúde (APS) através da qualificação das equipes, descentralização das ações da APS com o treinamento em serviço dos profissionais que as compõem.

A modalidade NASF deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;
- b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas;
- c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (oitenta) horas de carga horária semanal.

Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua);

Poderão compor os Serviços de Apoio Especializado à Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro de acordo com o perfil epidemiológico de cada território.

PREVISÃO DE CUSTEIO DE EQUIPES (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF / APOIO ESPECIALIZADO					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Médico NASF	1	40	R\$ 11.099,63	R\$ 220,00	R\$ 11.319,63
Profissional de Nível Superior	4	40	R\$ 5.790,34	R\$ 220,00	R\$ 24.041,36
TOTAL FUNCIONÁRIOS	5				
				TOTAL SALÁRIOS	R\$ 35.360,99

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
INSS - Empresa	20,000%	R\$	7.072,20
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R\$	2.050,94
SAT	2,000%	R\$	707,22
PIS	1,000%	R\$	353,61
FGTS	8,000%	R\$	2.828,88
13º SAL	8,330%	R\$	2.945,57
Abono de Férias	2,780%	R\$	983,04
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$	589,35
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$	-
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$	148,52
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$	294,67
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R\$	49,15
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$	65,42
Multa/FGTS	4,000%	R\$	1.414,44
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R\$	1.867,86
Total Provisões	23,636%	R\$	8.358,02
Total Encargos	36,800%	R\$	13.012,84
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$	21.370,86

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VL.R. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 8,10	5	R\$ 891,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VL.R. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 18,00	5	R\$ 1.980,00
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$ 2.871,00

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF / APOIO ESPECIALIZADO	
TOTAL	R\$ 59.602,86

1.3- CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)

- 1) Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.
- 2) Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).
- 3) A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.
- 4) Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve contar no projeto terapêutico de cada usuário.

5) As atividades dos profissionais de saúde dos CAPS poderão ser alteradas mediante justificativa registrada no projeto terapêutico dos usuários.

6) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades fora do espaço físico do CAPS, visando à articulação com a comunidade. Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, duas atividades externas por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

7) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades de matriciamento (discussão de casos com o Saúde da Família, NASF, CMS, Policlínica, Hospital). Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

PREVISÃO DE CUSTEIO DE EQUIPES (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Gerente Técnico Administrativo	1	40	R\$ 6.739,22	R\$ 220,00	R\$ 6.959,22
Coordenador Técnico	2	40	R\$ 5.660,95	R\$ 220,00	R\$ 11.761,90
Coordenador Administrativo	1	40	R\$ 2.830,48	R\$ 220,00	R\$ 3.050,48
Supervisor Clínico Institucional	1	12	R\$ 1.387,75	R\$ 220,00	R\$ 1.607,75
Assistente Administrativo	2	40	R\$ 1.743,70	R\$ 220,00	R\$ 3.927,40
Médico	2	20	R\$ 7.928,30	R\$ 220,00	R\$ 16.296,60
Enfermeiro	2	40	R\$ 4.796,43	R\$ 220,00	R\$ 10.032,86
Técnico de Enfermagem	3	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 7.634,79
Profissional de Nível Superior	10	40	R\$ 4.342,76	R\$ 220,00	R\$ 45.627,60
Profissional de Nível Médio	7	40	R\$ 1.364,30	R\$ 220,00	R\$ 11.090,10
TOTAL FUNCIONÁRIOS	31				
				TOTAL SALÁRIOS	R\$ 117.988,70
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS					
INSS - Empresa			20,000%	R\$	23.587,74
INSS - Terceiros + FAP			5,800%	R\$	6.843,34
SAT			2,000%	R\$	2.359,77
PIS			1,000%	R\$	1.179,89
FGTS			8,000%	R\$	9.439,10
13º SAL			8,330%	R\$	9.828,46
Abono de Férias			2,780%	R\$	3.280,09
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva			1,667%	R\$	1.966,48
Férias integrais com reposição de quadro			0,000%	R\$	-
Aviso Prévio indenizado			0,420%	R\$	495,55
Aviso Prévio (dias extras legais)			0,833%	R\$	983,24
13º salário (Lei nº 12.506/11)			0,139%	R\$	164,00
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11			0,185%	R\$	218,28
Multa/FGTS			4,000%	R\$	4.719,55
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))			5,282%	R\$	6.232,48
Total Provisões			23,636%	R\$	27.888,13
Total Encargos			36,800%	R\$	43.419,84
Sub Total (Encargos + Provisões)			60,436%	R\$	71.307,97
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 8,10	31	R\$	5.524,20
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 18,11	31	R\$	12.353,45
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$	17.877,65
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS					
TOTAL				TOTAL	
				R\$	207.174,32

2- UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

JUSTIFICATIVA

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um serviço intermediário entre as unidades de Atenção Básica e as unidades Hospitalares. Trata-se de uma unidade de saúde que funciona em horário integral, inclusive nos fins de semana. A unidade está equipada para atender a pequenas e médias emergências.

Possui consultórios de clínica médica, pediatria, laboratório, Raio-X e esterilização. Conta com leitos de observação para adultos e crianças, uma “sala vermelha”, para estabilizar os pacientes mais graves até serem levados a um hospital, e uma sala de medicação e nebulização. A UPA 24 horas também está preparada para realizar pequenas suturas.

Os funcionários técnicos (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), podem ter carga horária de até 36 horas/semanais, desde que não ultrapassem 24 horas contínuas.

OBJETIVO GERAL

Diminuir o número de pacientes nas filas dos hospitais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Reduzir a procura pelas emergências hospitalares por pacientes com casos de urgência de baixa e média complexidade.
- b) Facilitar o acesso da população a atendimento de urgência, inclusive com exames laboratoriais e radiológicos.
- c) Promover atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência de qualidade e resolutivo à população.
- d) Garantir o primeiro atendimento rápido, estabilização e observação de pacientes por períodos de até 12 horas, de acordo com a classificação de risco, antes de sua remoção para o tratamento definitivo ou liberação para acompanhamento ambulatorial.
- e) Permitir o direcionamento para os hospitais da rede, pela Central de Regulação de Vagas dos casos com necessidade de internação.
- f) Atuar em parceria com Universidades e Escolas Técnicas oferecendo vagas para estágio de campo de prática.
- g) Fomentar a elaboração de trabalhos científicos na área de Saúde Pública.

2.1 ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social descrever e executar:

2.1.1. Mecanismos de informação e comunicação à população sobre:

- a) Os serviços que oferta;
- b) Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- c) Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade;

2.1.2. Sistema gerencial de informação com acesso pela internet:

- a) Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
 - b) Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
 - c) Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
1. Referência e contra referência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou a outros níveis assistenciais;
 2. Dispor de mecanismos que possibilitem disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a SMS julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do contrato de gestão.
 3. Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar a SMS o controle diário da frequência dos profissionais que atuam na unidade.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pelo Plano Municipal de Saúde/RJ, com os Planos e Protocolos Assistenciais de Atenção Hospitalar da SMS/RJ e com a Legislação vigente do Ministério da Saúde – MS e demais legislações em vigor.

2.2 BOA PRÁTICA CLÍNICA:

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- a) As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- b) O consenso de sociedades científicas e conselhos de classe;
- c) Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela SMS;

As referências de boas práticas citadas acima não são excludentes, e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

- a) Qualificação dos profissionais;
- b) Utilização do prontuário clínico;
- c) Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- d) Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMS, como no caso das capacitações para dengue, entre outros;
- e) Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMS;

- f) Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES RJ e SMS RJ;
- g) Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na Atenção Hospitalar;
- h) Registrar os agravos de notificação compulsória – SINAN;
- i) Perfil de prescrição farmacêutica;
- j) Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- k) Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- l) Avaliação externa da prática assistencial;
- m) Avaliação externa da satisfação do usuário; e
- n) Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

2.3 ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade nas linhas de cuidado das unidades. Esta articulação se dará com o apoio da SUBHUE e se fará entre a Instituição Parceira, a coordenação da Área de Planejamento, a rede de atenção básica responsável pelo atendimento pré-natal, as Maternidades da SMS/RJ, as Unidades de Urgência e Emergência, as UPAs da região onde a Unidade está instalada, a Superintendência dos Institutos nas questões relativas a assistência psiquiátrica e a Central de Regulação da SMS/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessário:

- a) Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre Acolhimento e Classificação de Risco e sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nas Unidades de Pronto Atendimento;
- b) Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede;
- c) Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.
- d) Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra referências estabelecidas;
- e) Observância por parte dos profissionais da disponibilização de informação dar suporte e continuidade ao processo terapêutico.

PREVISÃO DE CUSTEIO DE EQUIPES (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Gerente Geral	1	40	R\$ 12.750,00	R\$ 220,00	R\$ 12.970,00
Coordenador Médico	1	40	R\$ 15.500,00	R\$ 220,00	R\$ 15.720,00
Coordenador Administrativo	1	40	R\$ 7.160,00	R\$ 220,00	R\$ 7.380,00
Coordenador de Enfermagem	1	40	R\$ 6.650,00	R\$ 220,00	R\$ 6.870,00
Méico Clínico - plantonista - dia	21	12	R\$ 4.500,00	R\$ 220,00	R\$ 99.120,00
Méico Clínico - plantonista - noite	21	12	R\$ 4.500,00	R\$ 220,00	R\$ 99.120,00
Méico Clínico (Rotina e Preceptor da Residência)	3	30	R\$ 11.050,00	R\$ 220,00	R\$ 33.810,00
Méico Pediatra - plantonista - dia	14	12	R\$ 4.500,00	R\$ 220,00	R\$ 66.080,00
Méico Pediatra - plantonista - noite	14	12	R\$ 4.500,00	R\$ 220,00	R\$ 66.080,00
Méico Pediatra (Rotina e Preceptor da Residência)	1	30	R\$ 13.540,00	R\$ 220,00	R\$ 13.760,00
Farmacêutico	1	40	R\$ 6.650,00	R\$ 220,00	R\$ 6.870,00
Técnico de Farmácia	4	40	R\$ 1.666,00	R\$ 220,00	R\$ 7.544,00
Maquieiro	4	40	R\$ 1.284,00	R\$ 220,00	R\$ 6.016,00
Assistente Social	3	30	R\$ 4.300,00	R\$ 220,00	R\$ 13.560,00
Enfermeiro - diarista	1	40	R\$ 4.900,00	R\$ 220,00	R\$ 5.120,00
Enfermeiro líder	6	40	R\$ 3.530,00	R\$ 220,00	R\$ 22.500,00
Enfermeiro plantonista - dia	6	30	R\$ 3.160,00	R\$ 220,00	R\$ 20.280,00
Enfermeiro plantonista - noite	6	30	R\$ 3.160,00	R\$ 220,00	R\$ 20.280,00
Técnico de Enfermagem - plantonista - dia	24	30	R\$ 1.666,00	R\$ 220,00	R\$ 45.264,00
Técnico de Enfermagem - plantonista - noite	24	30	R\$ 1.666,00	R\$ 220,00	R\$ 45.264,00
Técnico em Radiologia - diurno	4	24	R\$ 2.645,00	R\$ 220,00	R\$ 11.460,00
Técnico em Radiologia - noturno	4	24	R\$ 2.645,00	R\$ 220,00	R\$ 11.460,00
Auxiliar de Serviços Gerais - dia	6	40	R\$ 1.462,00	R\$ 220,00	R\$ 10.092,00
Auxiliar de Serviços Gerais - noite	6	40	R\$ 1.462,00	R\$ 220,00	R\$ 10.092,00
Encarregado (Limpeza)	6	30	R\$ 1.680,00	R\$ 220,00	R\$ 11.400,00
Vigilante - dia	6	30	R\$ 1.680,00	R\$ 220,00	R\$ 11.400,00
Vigilante - noite	6	30	R\$ 1.680,00	R\$ 220,00	R\$ 11.400,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS	190				
				TOTAL SALÁRIOS	R\$ 681.512,00

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
INSS - Empresa	20,000%	R\$	136.302,40
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R\$	39.870,70
SAT	2,000%	R\$	13.630,24
PIS	1,000%	R\$	6.815,12
FGTS	8,000%	R\$	54.520,96
13º SAL	8,330%	R\$	56.769,95
Abono de Férias	2,780%	R\$	18.946,03
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$	11.358,53
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$	-
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$	2.862,35
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$	5.679,27
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R\$	947,30
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$	1.260,80
Multa/FGTS	4,000%	R\$	27.260,48
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R\$	35.999,32
Total Provisões	23,636%	R\$	161.084,03
Total Encargos	36,800%	R\$	250.796,42
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$	411.880,45

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE (até 4 salários mínimos)	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 8,10	110	R\$ 19.602,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO (carga horária acima de 30 horas semanais)	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 18,11	33	R\$ 13.150,44
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$ 32.752,44

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	
TOTAL	R\$ 1.126.144,89

3- CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA

SUBPROJETO 3.1 - CURSO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV

JUSTIFICATIVA

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro vem promovendo uma grande reforma técnica e gerencial na atenção primária de saúde oferecida à população. O modelo vigente é fortemente baseado no compromisso da equipe multiprofissional, entendendo a saúde em seu conceito ampliado.

Os serviços farmacêuticos têm importantes implicações nos resultados em saúde, no que concerne à garantia de acesso e de uso racional de medicamentos de qualidade, assim como na sustentabilidade gerencial, por seu potencial de contribuir na racionalização dos custos.

Ao final do curso, cada aluno elabora um projeto gerencial de intervenção.

As vagas serão ofertadas para profissionais das 10 Áreas de Planejamento da SMS.

OBJETIVO GERAL

Promover a sustentabilidade da reorientação dos serviços farmacêuticos no município do Rio de Janeiro para que possa contribuir de forma efetiva no fortalecimento do modelo de atenção primária de saúde que está sendo implementado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Definir indicadores de desempenho dos serviços farmacêuticos para permitir o monitoramento e avaliação dos avanços obtidos.
- b) Promover a melhoria dos serviços por meio do apoio a implementação dos projetos formulados pelos alunos ao longo do curso.
- c) Oferecer o curso de atualização para os profissionais ainda não incluídos nos anos anteriores.
- d) Implementar mecanismos de sustentabilidade da atualização do conhecimento por meio de sua incorporação na rotina dos serviços.

SUBPROJETO 3.2 - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV/SAP

JUSTIFICATIVA

A concepção de TEIAS Escola Manguinhos está diretamente relacionada à sua concepção como Bairro Escola e se configura como espaço de aprendizagem tanto para os profissionais que atuam no território como os moradores que nele habitam. A pesquisa e o ensino são as dimensões que diferenciam o TEIAS em Manguinhos. A transformação das práticas de saúde está diretamente relacionada à formação de profissionais que possibilitem um fazer refletido e a relação do trabalho como espaço produtor de conhecimento e espaço formador de novos profissionais. Portanto, a formação dos trabalhadores em processos de educação permanente e continuada é ferramenta para qualificar as práticas da Estratégia Saúde da Família – implementar ações de educação permanente e continuada dos profissionais de saúde é um dos objetivos desse subprojeto.

Fruto da experiência com trabalhadores pretende-se apoiar o Programa de Residência Multiprofissional em saúde da família. O programa terá 2 (dois) anos de duração, em tempo integral, com atividades teóricas e teórico-práticas (20%) e atividades práticas de formação em serviço (80%). A formação em serviço, feita sob supervisão de preceptores, é desenvolvida junto às equipes de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ), localizadas em comunidades do município do Rio de Janeiro.

As atividades teóricas e teórico-práticas são desenvolvidas, principalmente nas dependências da ENSP, sendo acompanhadas por docentes e pesquisadores. Essas atividades são estruturadas de forma a possibilitar a problematização da realidade por meio de orientações específicas, seminários, estudos de caso, aulas dialogadas e expositivas e outras formas de ensino. Pretende-se capacitar os residentes para integrar as instituições de ensino e serviços de saúde por meio de ações que visem à mudança das práticas de formação e atenção, da organização do processo de trabalho, do cuidado individual, coletivo e familiar, da formação e educação na saúde e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos usuários.

Compreendemos de fundamental importância o papel do preceptor na formação de cursos de graduação, especialização e residências, valorizando a oportunidade de continuidade da formação acadêmica dos jovens profissionais que se integram ao serviço público. Dessa forma, os profissionais envolvidos na formação dos Residentes serão identificados como professores, orientadores, facilitadores e condutores da aprendizagem, cabendo a eles a responsabilidade de gerar dúvidas, estimular a reflexão crítica e a orientação das atividades, e a identificação de exercícios de reflexão da prática.

Compreende-se que atuar na formação do aluno/residente exige entender a dinâmica do processo de ensino-aprendizagem a partir da prática, as especificidades que caracterizam o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Neste sentido a formação do preceptor é considerada atividade prioritária, qualificando-se a formação de preceptores médicos e multiprofissional para atuação junto a saúde da família.

As vagas serão ofertadas para profissionais das 10 Áreas de Planejamento da SMS.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver as bases conceituais, metodológicas e operacionais de um território de aprendizagem, qualificando e integrando a formação lato sensu em saúde da família, com experiências de educação e saúde no território de Manguinhos.

Promover o desenvolvimento de atributos à equipe multiprofissional de saúde de nível superior (enfermeiro, cirurgião dentista, assistente social, nutricionista e psicólogo) para atuarem nas equipes de saúde da família com desempenhos de excelência nas seguintes áreas de competência: organização do processo de trabalho, cuidado à saúde (individual, familiar e coletivo) e nos processos de educação e formação em saúde visando à melhoria da saúde e o bem estar dos indivíduos, suas famílias e da comunidade pautados em princípios éticos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apoiar as atividades de residência multiprofissional em saúde da família e da residência médica da ENSP/Fiocruz.
- b) Promover apoio à preceptoria da residência multiprofissional em saúde da família e residência médica.
- c) Fomentar experiências de ensino, pesquisa e inovações na atenção primária no território de Manguinhos, entendendo-as como atividades interdependentes no nível local de ação.
- d) Qualificar a atividade de preceptoria na atenção primária em saúde, necessária à formação em serviço dos residentes.

SUBPROJETO 3.3 - PESQUISAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV.

JUSTIFICATIVA

O fomento à pesquisa como um instrumento sólido, representativo e abrangente para a tomada de decisão do gestor tem sido utilizado, especialmente por instâncias formuladoras de política, para avaliar programas de larga escala.

A expansão da ESF tem se dado de forma acelerada e crescente nos últimos cinco anos na cidade do Rio de Janeiro o que torna necessário dispor de mecanismos que registrem sua evolução e sua relação com os indicadores de saúde.

Este subprojeto pretende desenvolver no mínimo 04 (quatro) pesquisas com a Estratégia de Saúde da Família.

OBJETIVO GERAL

Descrever a evolução da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Reforçar a institucionalização do Projeto Teias no acompanhamento dos projetos de pesquisa e investimento em avaliação continuada durante as pesquisas.

- b) Reforçar as pesquisas em execução ou em condições de ser imediatamente executadas no território.

4- APOIO A CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (CRIE)

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV/SVS

JUSTIFICATIVA

A ampliação da Atenção Primária na Cidade do Rio de Janeiro evidenciou a necessidade na ampliação da oferta de atendimento aos indivíduos portadores de quadros clínicos especiais. A manutenção de um CRIE objetiva facilitar o acesso destes usuários, isto é, indivíduos que por uma suscetibilidade aumentada às doenças ou risco de complicações para si ou para outros, decorrente de motivos biológicos como imunodepressão, necessitam de proteção adicional. Por se tratar de estrutura direcionada ao atendimento diferenciado. Cada CRIE conta com produtos imunobiológicos de moderna tecnologia e alto custo, com a finalidade de proporcionar melhor qualidade de vida à população brasileira.

OBJETIVO GERAL

Apoiar a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMS) na consolidação e manutenção do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE, mediante a implantação e implementação de normas e ações preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (MS) e de um conjunto de ações de vigilância em saúde. O CRIE deverá manter número de registro próprio no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS) e informar sua produção mensal no Sistema de Informação do CRIE (SI-CRIE).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apoiar no desenvolvimento e aprimoramento dos processos de trabalho.
- b) Desenvolver as competências dos profissionais para o atendimento a essa clientela diferenciada.
- c) Monitorar e avaliar a implantação do novo modelo.

DESENVOLVIMENTO DO PROJETO:

- a) Apoio a gestão do projeto – prover apoio através de contratação de pessoal para o funcionamento do CRIE.
- b) Apoio a manutenção da estrutura física – manter a estrutura física adequada, com ambientes de trabalho saudáveis e incorporando tecnologias necessárias ao fluxo de informações esperado.

- c) Apoio para epidemias que configurem possíveis emergências em saúde pública - prover as condições necessárias para o desenvolvimento de ações e capacitação de atenção para o caso de configuração de emergências em saúde pública.

5- APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

SUBPROJETO 5.1: PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Responsável Técnico pelo Projeto: S/SUBPAV/CPRMFC

INTRODUÇÃO

As evidências demonstram que os Sistemas de Saúde apoiados em uma base qualificada e consistente no âmbito da Atenção Primária à Saúde proporcionam melhores resultados em saúde, porque seus efeitos são claros e relativamente rápidos, particularmente no tocante à prevenção da progressão de doenças prevalentes além de minorar os efeitos de lesões (Starfield, 2007). Nesse sentido, Sistemas de Saúde com base forte em APS têm obtido resultados importantes inclusive na abordagem de problemas de saúde emergentes como HIV/SIDA, tuberculose e doenças crônicas, dentre outros (Macinko, Starfield & Erinosh, 2009).

Estes resultados podem ser explicados pela individualização do cuidado em saúde verificada no âmbito da APS, cujo foco não mais recai sobre as doenças, mas sobre pessoas em seus contextos de natureza familiar e comunitária. Além disso, a APS leva em conta os contextos socioculturais e psicológicos, para além dos biológicos, envolvidos no processo saúde-adoecimento e na adesão ao tratamento (Starfield, 2007).

No Brasil, o modelo definido como política de Estado para a Atenção Primária à Saúde é a Estratégia Saúde da Família (eSF), implementada com maior velocidade e abrangência no País a partir de 1998, e contando hoje com mais de 50% da população brasileira coberta pelo modelo.

No município do Rio de Janeiro, o movimento de expansão da cobertura populacional para cuidados primários se iniciou tardiamente, a partir de 2009. Contudo, cabe aqui ressaltar o compromisso do Município com a ESF, considerando-se a expansão da cobertura de iniciais 5% para 70% da população, no momento, com menos de 50%, com perspectiva de retomada de expansão nos próximos anos.

JUSTIFICATIVA

O Município do Rio de Janeiro nos últimos sete anos vem reestruturando sua rede de Atenção à Saúde através da expansão da cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) e reorganização dos serviços oferecidos à população, que vem desempenhando o papel prioritário de coordenação do cuidado e eixo ordenador do modelo assistencial.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desenvolve um modelo de gestão compartilhada em grande parte das unidades de atenção primária no Município, que garante agilidade das ações, mantendo um padrão de excelência nos serviços prestados à população.

Desde 2009 mais de 1250 equipes de saúde da família foram criadas. Destas, cerca de 5% se encontram incompletas, na maioria das vezes, pela falta do profissional médico.

A expansão da rede de APS demanda a formação de profissionais com características específicas para atuação na área. No Brasil, como na grande maioria dos países desenvolvidos que têm sistemas de saúde de acesso universal e ordenados a partir de uma rede de APS forte, faz-se necessário o investimento na formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC). A importância desse especialista nas ações da APS tem sido reconhecida e enfatizada internacionalmente em diferentes estudos.

Um grande desafio para a expansão e qualificação das equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro vem sendo o perfil e a formação dos profissionais que atuam nestas equipes, particularmente o profissional médico. Atualmente, aproximadamente 20% apenas das equipes do município possuem médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

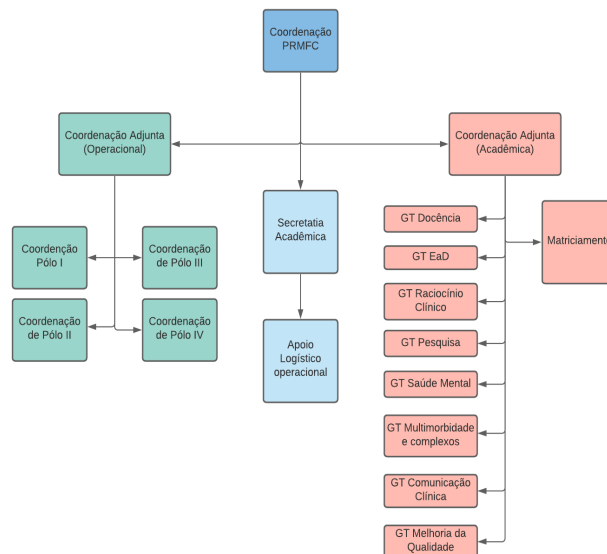
Dessa forma, investir na formação destes profissionais através da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade tem sido uma estratégia apoiada pelo Ministério da Saúde por meio de ações para (1) qualificar os profissionais que atuam na APS e (2) ampliar as vagas de residência na área da Medicina de Família e Comunidade. Nesse sentido, a SMS criou em 2012 o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade – PRMFC-SMS-Rio, que desenvolve suas atividades docente-assistenciais de forma integrada às equipes de Saúde da Família das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde do município. Essa estratégia de qualificação das ações assistenciais na rede de APS municipal se fundamenta nos seguintes marcos legais:

1. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que em seu artigo 6º inciso III define entre as atribuições dos entes federados a sua participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.
2. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que em seu capítulo III, determina as diretrizes para formação médica no âmbito da graduação e pós-graduação (residência médica) no país.
3. Portaria interministerial nº 1.618, de 30 de setembro de 2015, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade.
4. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
5. Portaria interministerial nº 1.127, de 4 de AGOSTO de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre o ensino, serviços de saúde e a comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

6. Responsabilidade constitucional de incrementar o desenvolvimento científico, tecnológico e de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde, regulamentada pelo Decreto de 20 de junho de 2007, que institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
7. Política Nacional de Atenção Básica que define a Saúde da Família como eixo ordenador do sistema de saúde;
8. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde – SUS para formação e desenvolvimento dos trabalhadores na área da saúde, e as novas diretrizes para sua implementação, dispostas na Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007.
9. Adesão conjunta realizada entre a SMS e as IES públicas atuantes no perímetro municipal ao edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011 para seleção de projetos relacionados ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-PET Saúde III e ao edital nº 13, de 28 de setembro de 2015 para seleção no programa de educação pelo trabalho para a saúde PET-SAÚDE/GRADUASUS, ambos com ênfase na formação e produção científica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no contexto de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família, e que se propõem a fomentar as reformas curriculares em curso.

Com a formação de profissionais médicos com perfil de competências específico para atuação na APS, temos não só melhorado a qualidade dos serviços e ações em saúde, ampliando a resolutividade clínica e eficiência das equipes de saúde da família, mas também garantido o devido provimento e fixação profissional nas equipes da rede de APS.

Além da formação no âmbito da pós-graduação (residência médica), já em desenvolvimento na SMS, este projeto também apoia o processo de reforma curricular dos cursos de graduação médica, alinhado às novas diretrizes curriculares, que pretende formar egressos com perfil de atuação generalista, para prática na APS e no SUS, quando integra os cenários de estágio das disciplinas e internato às unidades onde se desenvolve o PRMFC.



OBJETIVOS GERAIS

Fortalecer e qualificar a rede de APS do município do Rio de Janeiro por meio do desenvolvimento de ações de apoio ligadas à formação em serviço de recursos humanos médicos especializados, com consequente ampliação da qualidade e do desempenho clínico assistencial, da custo-efetividade dos investimentos, do provimento e fixação profissional, da satisfação dos usuários e da inovação tecnológica relacionada a metodologias pedagógicas e processos avaliativos para educação continuada/permanente dos profissionais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apoiar a execução do projeto pedagógico e a consequente operacionalização das ações relacionadas ao desenvolvimento do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMS (PRMFC-SMS-Rio);
- Apoiar a integração de alunos de graduação médica às unidades onde se desenvolve o PRMFC garantindo acesso à preceptoría e aos respectivos processos formativos vigentes no mesmo;
- Apoiar o desenvolvimento e a publicação dos projetos de pesquisa relacionados ao PRMFC-SMS-Rio;
- Apoiar o desenvolvimento e a publicação da produção acadêmica ligada aos grupos de trabalho temáticos do PRMFC-SMS-Rio.

Objetivo específico A:

Apoiar as ações de gestão acadêmica e logística operacional relacionadas ao desenvolvimento do PRMFC-SMS-Rio, visando garantir a formação de Médicos Residentes do programa de acordo com:

- a Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015 da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESU/MEC) http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17661-res01-25052015-sesu-residencia-medica&Itemid=30192 que regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade - R1 e R2;
- com a Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC) http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192
- o Currículo por Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)

Ações desenvolvidas:

Coordenação técnica do PRMFC-SMS-RJ:

- Composta por 05 profissionais especialistas em MFC, sendo 01 Coordenador Geral e dois Coordenadores Adjuntos centrais com carga horária de 40 horas semanais e 4 Coordenadores descentralizados por polos regionais, cada um com 20 horas semanais de trabalho dedicado. A coordenação do PRMFC-SMS/RJ é responsável pela gestão acadêmica e logística-operacional para formação de 300 residentes de primeiro e segundo ano distribuídos por 150 equipes de saúde da família nas unidades de APS das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP) da rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro.

São também responsabilidades da coordenação do PRMFC-SMS-Rio a produção de material pedagógico e produção científica desenvolvidos dentro do programa. Estas ações são fruto de: (1) inovação tecnológica relacionada a metodologias ativas de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de competências em MFC (MULTIPLICA) e de avaliação formativa e somativa realizados dentro do programa através do Portfólio Eletrônico; (2) produção científica decorrente dos grupos de trabalho (GT) conduzidos pela coordenação e preceptores, e dos trabalhos sobre melhoria da qualidade (TMQ) e de conclusão do curso (TCC), desenvolvidos pelos residentes ao final do primeiro e segundo ano do programa respectivamente.

Por fim, é atribuição da coordenação garantir o alinhamento conceitual, pedagógico e operacional do PRMFC ao projeto de credenciamento provisório (PCP) submetido, aprovado e credenciado pela comissão nacional de residência médica (CNRM), e já credenciado em 12 de dezembro de 2013 sob o parecer SISCNRM 1469/2014 contido no processo 2013-368, monitorando as ações desenvolvidas nas unidades de APS da rede de atenção, celebrando termos de cooperação técnica e parcerias para viabilização e manutenção dos campos de estágios secundários dos residentes.

Quadro de atribuições dos coordenadores	
Coordenador	Atribuições
Geral Institucional	Gestão institucional do programa (orçamento, instrução processual, estruturação de documentos)
	Coordenação da Comissão de Residência Médica (COREME)
	Gestão do convênio
	Celebrar parcerias interinstitucionais
	Representação institucional nas comissões estadual e nacional de RM
	Revisão contínua do RI adequando-o aos marcos legais nacionais
	Representação institucional perante as entidades científicas e de exercício profissional nacionais e internacionais
Quadro de atribuições dos coordenadores	
Coordenador	Atribuições
Adjunto Operacional	Supervisionar as movimentações de residentes e preceptores entre equipes, unidades e pólos
	Supervisionar e avaliar a viabilidade de unidades como possíveis cenários de aprendizagem
	Acompanhar a aplicação de medidas e sanções disciplinares
	Planejar, supervisionar e avaliar os mecanismos de avaliação dos residentes
	Representar o PRMFC em reuniões com as CAP
Adjunto Acadêmico	Gerenciar o ambiente virtual de aprendizagem
	Planejar, supervisionar e avaliar os mecanismos de avaliação técnica dos residentes (provas e testes)

	Participar das reuniões dos GTs orientando produção acadêmica alinhada aos objetivos do programa
	Planejar, supervisionar e avaliar a reunião de Planejamento Acadêmico Anual
	Planejar, supervisionar e avaliar os mecanismos de avaliação técnica de preceptores
	Planejar, supervisionar e avaliar a atuação dos matriciadores alinhada aos objetivos do programa
	Fomentar oficinas, treinamentos e seminários protagonizados pelos GTs
	Planejar, supervisionar e avaliar a participação do PRMFC e seus componentes em eventos externos
	Fomentar parcerias e interações acadêmicas com outros PRMFC e IES
Polo Regional	Gestão de pessoas e interlocução com a gestão local e regional
	Propor planos de desenvolvimento e recuperação acadêmica
	Apoiar ações locais de desenvolvimento acadêmico
	Representar preceptores e residentes nas reuniões de coordenação
	Acompanhar e fomentar o bom desenvolvimento da semana padrão acadêmica nas unidades
	Acompanhar residentes com desempenho insuficiente nas unidades
	Supervisionar as atribuições docentes dos preceptores nas equipes

Secretaria Acadêmica do PRMFC-SMS-RJ:

- Composta por quatro profissionais com atribuições administrativas ligadas às atividades de secretariado acadêmico, responsáveis pela administração das ações de apoio logístico e operacional relacionadas ao acompanhamento e desenvolvimento do programa e da comissão de residência médica (COREME).

Quadro de atividades do secretariado acadêmico	
Perfil	Atribuições
Acadêmico	Controle de agendas dos espaços para viabilização do canal teórico (presencial e virtual)
Acadêmico	Divulgação do calendário de compromissos acadêmicos do PRMFC por mailing regular
Acadêmico	Cadastramento de residentes e preceptores e administração dos sistemas de informação e bancos de dados internos e relacionados à SMS, MS e MEC
Operacional	Administração operacional de apoio a eventos internos e externos
Operacional	Relacionamento com prestadores de serviço por contratos continuados ou pontualmente contratados para apoio às ações do PRMFC
Operacional	Controle de agenda dos motoristas
Operacional	Controle do almoxarifado
Operacional	Relacionamento com a empresa (RioSaúde) para gestão do convênio
Operacional	Relacionamento com instituições para intercâmbio de residentes e acadêmicos
Operacional	Gestão do calendário de encontros da COREME e organização dos documentos exarados.
Pólos	Tramitação dos processos de transferência, trancamento, licenças, desligamentos, e medidas disciplinares
Pólos	Controle de frequência das atividades práticas e teóricas dos residentes
Pólos	Apoio logístico às unidades

Educação continuada/permanente para os residentes e preceptores do PRMFC:

- Realizada através de cursos, oficinas, seminários e grupos de trabalho (GT) temáticos com ênfase na estruturação de metodologias e conteúdos relacionados ao desenvolvimento

de competências para: o manejo clínico de condições prevalentes na APS; a prática docente; o desenvolvimento do raciocínio clínico epidemiológico e baseado em evidências científicas; o manejo de pacientes complexos e multimórbidos; a comunicação clínica; a gestão e a governança clínica com ênfase em processo de melhoria da qualidade; a análise comparada e gestão de sistemas de saúde; e a leitura e análise crítica de artigos científicos para a pesquisa em APS. Incluem-se aqui os cursos realizados através de matriz conceitual pedagógica do EURACT (Academia Europeia de Professores de Medicina de Família) <http://euract.woncaeurope.org/> em seus 4 níveis de gradação e outros cursos com foco na aquisição de competências específicas ofertados também aos médicos residentes como o ACLS

http://cpr.heart.org/AHA/ECC/CPRAndECC/Training/HealthcareProfessional/AdvancedCardiovascularLifeSupportACLS/UCM_473186_Advanced-Cardiovascular-Life-Support-ACLS.jsp, PALS

http://cpr.heart.org/AHA/ECC/CPRAndECC/Training/HealthcareProfessional/Pediatric/UCM_476258_PALS.jsp e AMLS <http://www.naemt.org/education/amls>, entre outros.

Apoio médico especializado (matriciamento):

- Viabilizado através da atuação presencial de profissionais especialistas em regime de apoio, distribuídos em escalas de cobertura para todos os residentes, preceptores, equipes e unidades onde se desenvolve o PRMFC. Têm ênfase no desenvolvimento de competências para a ampliação da resolutividade clínico-cirúrgica ambulatorial no manejo das doenças e agravos mais prevalentes na APS do campo destas especialidades. O principal resultado é a ampliação da carteira de serviços da unidade, o aumento da resolutividade das equipes e o fortalecimento do vínculo do paciente com o serviço. Os matriciadores também promovem treinamentos e capacitações com residentes e preceptores que proporcionam autonomia no manejo dessas condições.

Inovação tecnológica:

- Desenvolvimento de metodologia de ensino-aprendizagem (Método MULTIPLICA) para o desenvolvimento de competências em MFC. Inclui os formatos digital <http://portalmultiplica.org/> e físico, para compartilhamento e utilização do material por parte de outros equipamentos formadores no âmbito da graduação, pós-graduação (residências) e educação permanente. Para o formato físico há a necessidade de prestação de serviços de revisão (gramático-ortográfica), diagramação e layout (designer gráfico) e tiragem editorial (gráfica). Para o formato digital inclui-se o aluguel de um sítio digital (site) e os serviços de um técnico de informática (TI) para “upload” e disponibilização do material através de navegabilidade amigável.
- Desenvolvimento de metodologia avaliativa somativa e formativa para todas as dimensões de competências a serem desenvolvidas pelos médicos residentes, conferindo a aferição de notas e conceitos atestadores da aprovação e respectiva certificação ao término do programa, através de portfólio eletrônico. Para o desenvolvimento e utilização da plataforma se faz necessária a prestação de serviços de programação para o desenvolvimento da plataforma,

incluindo layout e navegabilidade, e o aluguel de plataforma virtual, a exemplo do Google Suite (<https://workspace.google.com.br/intl/pt-BR/>).

Aquisição de material permanente e insumos:

- Para as unidades docente-assistenciais onde se desenvolve o PRMFC, visando a excelência formativa e a mais abrangente resolutividade clínica. Inclui a compra de livros, material permanente (eletrocautério, oxímetro, instrumental cirúrgico ambulatorial, balanças portáteis, peak-flow, doppler vascular) e insumos (ácido tricloroacético em diferentes titulações, nitrogênio líquido, entre outros) envolvidos em pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

Participação em eventos científicos:

- Apoio à participação de representações entre médicos residentes, preceptores e coordenadores, prioritariamente àqueles que tenham trabalhos inscritos e aprovados nas modalidades pôster e apresentação oral, ou sejam convidados para fóruns, painéis, mesas redondas e oficinas da programação científica, na forma de custeio de inscrições, estadia e transporte. Estruturação de estande institucional que permita dar visibilidade às experiências e ao trabalho realizado no PRMFC e na rede de APS municipal, veiculando e compartilhando materiais de divulgação e técnicos para apoio a outras instituições formadoras e/ou assistenciais, ampliando a capacidade de captação de profissionais para ingresso no PRMFC ou para atuação nas equipes da ESF da rede de APS. Sendo todas as ações direcionadas a atualização clínica, produção científica, compartilhamento de experiências e materiais técnicos frutos do trabalho realizado pelos profissionais que compõem os quadros do PRMFC, com consequências diretas para a qualificação e fortalecimento da rede de APS municipal, regional e nacional.

Apoio logístico e operacional:

- Estrutura de transporte composta por 2 motoristas responsáveis pelo trânsito dos coordenadores (para articulações, interlocuções e intervenções locorregionais), transporte de materiais de apoio (distribuição e reposição de livros, material permanente e insumos) e fluxos de documentos para controle acadêmico e ações disciplinadoras da COREME pelas unidades de APS, unidades de atenção hospitalar, coordenações de área de planejamento, complexo regulador, sede da coordenação do PRMFC e SMS que são cenários de atuação e treinamento dos residentes e preceptores ou pontos de apoio para a gestão do programa.

Suporte às ações:

- Aluguel de veículos, de impressora, celebração de contratos continuados para garantia de conectividade, telefonia fixa e móvel, compra de material de escritório, de informática e mobiliário, de equipamentos de informática e áudio visual e prestação de serviços de pessoas

físicas e jurídicas (gráficas, revisores, programadores, designers gráficos e técnicos de informática).

Objetivo específico B:

Garantir que toda a estrutura, ambiência acadêmica e dinâmica de preceptoria estruturadas para a qualificação e o ótimo desenvolvimento das ações formativas ligadas ao PRMFC estejam também disponibilizadas como cenários de estágio e treinamento dos alunos de graduação médica (na modalidade internato) das instituições de ensino superior (IES) conveniadas à SMS, e para Acadêmicos de Medicina bolsistas da SMS que, através de processo seletivo público, estagiam em caráter extracurricular na modalidade APS.

Este conjunto de ações proporciona aos acadêmicos as condições adequadas para experiências sensibilizadoras, que despertem o interesse, influenciem e respaldem as decisões futuras relacionadas à escolha de trajetórias profissionais para atuação na MFC, ampliando a captação de ingressos no PRMFC e sua posterior vinculação e fixação às equipes que compõem a rede de APS da SMS e do SUS municipal.

Ações desenvolvidas:

Todas as ações elencadas como estruturantes para garantia da qualidade formativa no PRMFC proporcionam as condições ideais e necessárias para que os objetivos específicos B sejam alcançados.

Objetivo específico C:

Desenvolver ações relacionadas à pesquisa dentro do PRMFC-SMS-Rio através de atividades de ensino e orientação junto aos preceptores e residentes do programa, apoiando: (1) a estruturação dos Trabalhos sobre a Melhoria da Qualidade (TMQ), desenvolvidos durante o primeiro ano do programa; (2) a estruturação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), entregues ao término do segundo ano do programa.

Ações desenvolvidas:

- Fomentar e apoiar as atividades acadêmicas e ações relacionadas à pesquisa e produção científica desenvolvidas pelo GT de Pesquisa dentro do PRMFC-SMS-Rio.
- Apoiar e coordenar a estruturação da Rede Carioca de Pesquisa na APS, a partir das unidades de APS onde se desenvolve o PRMFC-SMS-Rio.

Objetivo específico D:

Produzir material didático-pedagógico estruturado a partir do trabalho realizado pelos GTs temáticos do PRMFC-SMS-Rio intitulados:

1. Comunicação Clínica;
2. Ferramentas para Docência;
3. Multimorbidade e Pacientes Complexos;
4. Raciocínio Clínico e Medicina Baseada em Evidências;
5. Saúde Mental; e
6. Melhoria da Qualidade.

Ações desenvolvidas:

Produção de material didático-pedagógico estruturado a partir dos encontros dos grupos de trabalho temáticos.

SUBPROJETO 5.2: RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à saúde (APS) é um fundamento de grande valor para a Organização Mundial de Saúde (HARZHEIM, 2013). Nesse contexto, investir na Estratégia saúde da família, como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção à saúde no SUS. Na prática, ela produz maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes saúde da família (SIMOES, 2016). A conversão do modelo assistencial tradicional para equipe de saúde da família (ESF) é parte da reforma da Atenção Básica no Brasil. No município do Rio de Janeiro, a cobertura da ESF em 2009 estava em torno de 7%.

A partir desse ano, um evidente destaque foi dado para a APS. Iniciou-se uma reforma orientada pela qualidade da atenção ao cuidado das pessoas, estabelecendo vínculo entre os profissionais de saúde, a família e a comunidade, possibilitando espaço para a construção de corresponsabilidade nos compromissos relacionados à produção do cuidado em saúde, reorganizando a prática assistencial na APS. Sua potencialidade de transformação está diretamente relacionada a uma abordagem integral do indivíduo pela equipe multi e transdisciplinar (RAMOS 2009); envolvimento da comunidade; assistência individual de qualidade contemplando a promoção da saúde nos diversos ciclos da vida e assistência clínica resolutive; vigilância em saúde que monitore e execute ações com ênfase na atenção e cuidado individual e coletivo; um processo de educação e do trabalho intersetorial e de participação popular com objetivo de transformar a realidade local e buscou diminuir as desigualdades e iniquidades das sociedades complexas (FIOCRUZ 2017). Existem inúmeros desafios em transformar esta mudança do modelo de atenção numa prática de saúde que venha efetivar o conceito ampliado de saúde. Entre eles, está o desenvolvimento de profissionais com competências voltadas para uma prática de saúde que considere as necessidades sócio epidemiológicas do país e locais; que ajude na reorientação da produção do cuidado em saúde; considere a integralidade do cuidado e das ações interdisciplinares e

objetive a qualidade de vida e saúde das pessoas. Diante disso, tornou-se imprescindível uma agenda que atenda a necessidade de qualificação de profissionais de saúde com um perfil de competências que possam atender e viabilizar a renovação das teorias e das práticas em saúde no campo da APS.

O Município do Rio de Janeiro, guiado pelo preceito constitucional, que define como competência do SUS ordenar a formação dos recursos humanos da área de saúde, estabelecido no inciso III do Artigo 200 da Constituição Federal brasileira (1988) se propõe a investir em Programas de Ensino-serviço, na modalidade Residência.

JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde da Família desempenha um papel singular e estratégico no avanço da APS. A atuação do enfermeiro na APS no Município do Rio de Janeiro, assim como no Brasil vem se constituindo como uma ferramenta de mudanças nas práticas de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo a agenda do novo modelo assistencial, centrado na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida, tornando obsoleto o cuidado centrado na clínica e na cura (FERREIRA 2019, GALAVORTE 2016). Novos perfis, como as enfermeiras especialistas em enfermagem de família e comunidade, ajudam a impulsionar novos modelos de cuidados para a enfermagem, baseado em evidências científicas, para a prática clínica. Além disso, o envelhecimento populacional exige dos profissionais cada vez mais capacitados e que possam atender as necessidades de saúde da população, principalmente considerando a tripla carga de doenças e o aumento da necessidade de cuidado a pessoas com doenças crônicas, tendo o enfermeiro um papel fundamental no modelo de atenção às condições crônicas (BARRIO-LINARES 2014, OPAS 2018).

Impulsionar o desenvolvimento de um Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade justifica-se pela necessidade de incrementar a qualidade do cuidado e a resolutividade da APS. A enfermagem produz cuidado na APS nos consultórios, na unidade de saúde, no território e comunidade, considerando os impactos da Determinação Social na produção do cuidado em saúde, colaborando para o alcance de impactos positivos para a melhoria das condições de vida das pessoas e implicados nas condições epidemiológicas, territoriais e nas agendas prioritárias para a Saúde do Brasil.

Dessa forma, investir na formação de enfermeiros com formação voltada para a ESF nos moldes de residência tem sido uma estratégia apoiada pelos pesquisadores da área de Saúde da Família e também pelo Ministério da Saúde. Essa estratégia de qualificação da APS se fundamenta na:

1. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que em seu artigo 6º inciso III define entre as atribuições dos entes federados a sua participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.
2. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001, que descreve em seu Art. 7º que a formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ficam

os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado na rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

3. A Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, inclusive de enfermagem, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

4. A publicação do edital n. 11, de 27 de novembro de 2017 pelo Ministério da Saúde, sobre a adesão de entes federados e instituições à concessão de bolsas Ministério da Saúde para programas de Residência em Área da saúde, descrevendo no ANEXO I a Atenção Básica/ Saúde da Família como área de concentração prioritária.

5. Portaria interministerial nº 1.127, de 4 de AGOSTO de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

6. Responsabilidade constitucional de incrementar o desenvolvimento científico, tecnológico e de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde, regulamentada pelo Decreto de 20 de junho de 2007, que institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

7. Política Nacional de Atenção Básica que define a Saúde da Família como eixo ordenador do sistema de saúde.

8. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde – SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde, e as novas diretrizes para sua implementação, dispostas na Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007.

9. Necessidade de incentivar a formação profissional nas unidades de Atenção Primária à Saúde municipais e a adequação dos serviços para o desenvolvimento de práticas pedagógicas no SUS;

10. Adesão conjunta do MRJ e IES ao edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011 sobre a seleção de projetos de instituições de educação superior do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e o edital nº 13, de 28 de setembro de 2015;

11. Portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde;

12. PORTARIA Nº 2.713, DE 6 DE OUTUBRO DE 2020, que dispõe sobre o método de cálculo e estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

OBJETIVO GERAL

Apoiar e subsidiar o processo de Formação de enfermeiras de família e comunidade para a Atenção Primária à Saúde altamente qualificadas e resolutivas na prática clínica da APS, na perspectiva de uma atenção integral, Inter profissional, qualificada e resolutiva, com foco na

pessoa, família e comunidade, no que compete seu exercício profissional, com compromisso ético e político com a construção do SUS, de modo a fortalecer e qualificar a rede de APS do município do Rio de Janeiro, reconhecendo os atributos da APS como eixo norteador da formação, desenvolvidos na compreensão de que as práticas da APS apresentam complexidades e requerem a incorporação de novos valores, devolvendo para a sociedade profissionais que consigam apoiar a construção da autonomia dos sujeitos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apoiar a execução do projeto político pedagógico e a consequente operacionalização das ações relacionadas ao desenvolvimento do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da SMS e dos Programas de enfermagem de família e comunidade da SMS com as Instituições de Ensino conveniadas;
- b) Apoiar a formação para preceptores de Enfermagem de Família e Comunidade SMS Rio.
- c) Apoiar o desenvolvimento e a publicação dos projetos de pesquisa relacionados ao Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade SMS Rio.
- d) Apoiar o desenvolvimento e a publicação da produção acadêmica ligada aos grupos de trabalho temáticos do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade SMS Rio.

Atividades

Ações previstas

Coordenação técnica do PREFC-SMS-RJ:

A Coordenação é composta por 4 profissionais com formação *strictu e latu sensu* em saúde pública, sendo 01 coordenadoras geral, 03 coordenadoras adjuntas, com carga horária de 40 horas semanais. O programa é responsável pela gestão acadêmica e de campo prático para formação em serviço de 208 residentes de primeiro e segundo ano, distribuídos em 104 equipes de saúde da família, em 30 unidades de APS, nas 10 Áreas de Planejamento da rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro. As principais ações exercidas por esta coordenação são:

- 1.1 Articulação, Organização e Monitoramento das ações do PREFC desenvolvidas nas unidades da Rede de Atenção à Saúde, visando garantir a qualidade da formação e o menor impacto para a dinâmica dos serviços de saúde que recebem residentes.

1.1.1. Estágio externos:

- a. Pactuação com subsecretarias;
- b. Pactuação com superintendências;
- c. Pactuação junto às gerências e/ou direções das unidades (Urgência e emergência, Maternidade, Consultório na rua, Sala lilás);
- d. Construção de escala de plantões;

e. Apoio diante a necessidade de intervenção

1.1.2. Articulação junto às CAPS

- a. Seleção conjunta de unidades para campo prático do programa
- b. Discussão quanto a prática da residência nas UBS de forma a construir aprendizado e responder às demandas do serviço
- c. Diálogo quanto às necessidades do serviço e processo de trabalho junto aos profissionais PREFC
- d. Remanejamento de vagas quando necessário
- e. Intervenção de acordo com as necessidades técnicas

1.1.3. Articulação junto às gerências/diretorias

- a. Mediação de conflitos
- b. Construção coletiva quanto ao processo de trabalho das equipes diante da presença da residência de enfermagem de forma a responder às demandas do serviço e do ensino
- c. Orientações quanto a escalas, folgas, faltas, licenças e similares
- d. Apoio na organização dos residentes e preceptores nas equipes
- e. Interlocução junto às IES frente às demandas da UAP

1.2. Construção de documentos norteadores;

1.3 Pesquisa e disponibilização de literaturas pertinentes;

1.4. Motivação quanto à qualificação profissional;

1.5. Apoio nas intervenções junto aos residentes/equipe/gerência;

1.6. Orientações quanto à prática de preceptoria:

1.6.1. Consultoria técnica;

1.6.2. Mentoria/Tutoria;

1.6.3. Direcionamento para acompanhamento dos residentes;

1.6.4. Amparo ao sofrimento psicológico;

1.6.5. Articulação de transferência quando necessário;

1.6.6. Mediação de conflitos;

1.6.7. Apoio às decisões;

1.6.8. Apoio e acompanhamento junto aos preceptores dos casos de residentes em recuperação, desligamentos e outras necessidades.

1.7. Seleção de preceptores:

1.7.1. Viabilização do processo seletivo;

1.7.2. Análise curricular;

1.7.3. Construção da prova;

1.7.4. Correção da prova;

1.7.5. Entrevistas;

1.7.6. Pactuação para contratação.

1.8. Desenvolvimento de atividades acadêmicas para o momento teórico e teórico-prático dos residentes em parceria com as instituições de ensino conveniadas:

1.8.1. Apoio e desenvolvimento dos trabalhos de conclusão de curso, pesquisas, produções científicas e material pedagógico;

1.8.2. Coordenação acadêmica PREFC-SMS-RIO:

1.8.2.1. Acompanhamento e desenvolvimento teórico/acadêmico;

1.8.2.2. Construção de cronograma de aula que responda às competências específicas à especialidade;

1.8.2.3. Desenvolvimento de metodologia adequada para construção do aprendizado dos residentes;

1.8.2.4. Confecção de matriz para plano de aulas;

1.8.2.5. Organização de grupos técnicos de preceptores para estruturação das aulas;

1.8.2.6. Acompanhamento dos grupos técnicos a fim de garantir a qualidade do conteúdo teórico apresentado;

1.8.2.7. Construção de metodologias para avaliação dos residentes;

1.8.2.8 Organização logística para aulas;

1.8.2.9. Identificação e convites a parceiros para realização de aulas;

1.8.2.10. Monitoramento de frequência nas aulas;

1.8.2.11. Intervenções mediante necessidades advindas destas atividades teóricas;

1.8.2.12. Construção de instrumentos para avaliação dos residentes e qualidade das aulas;

1.8.2.13. Organização dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR);

1.8.2.14. Atuação como orientadoras e co-orientadoras de TCR e bancas de defesa.

1.9. Monitoramento do processo de avaliação dos residentes:

1.9.1. Análise das avaliações (bimestrais);

1.9.2. Aprimoramento dos instrumentos avaliativos;

1.9.3. Apoio na construção de matriz pedagógica singular para o residente;

1.9.4. Apoio técnico para o bom aproveitamento das ferramentas de avaliação a fim de possibilitar o desenvolvimento das competências dos residentes Articulação SUBPAV/SAP;

1.9.5. Adequação do conteúdo desenvolvido no PREFC às demandas identificadas pela SUBPAV/SAP;

1.9.6. Divulgação de informações pertinentes;

1.9.7. Apoio a ações e orientações advindas da SUBPAV/SAP;

1.9.8. Participação de cursos e eventos da SUBPAV/SAP conforme solicitação/convite

1.9.9. Condução e assessoria técnica nas questões relacionadas à enfermagem de família na Estratégia de Saúde da Família;

1.9.10. Elaboração e suporte à revisão do protocolo de enfermagem na APS;

1.9.11. Convite às linhas de cuidado para realização de Oficinas e aulas sobre temas identificados como prioritários pela SUBPAV/SAP;

1.9.12. Apoio junto ao planejamento e execução de projetos estratégicos da gestão da SMS-RJ;

Articulação IES

1.9.13. Participação de COREMUs, NDAEs, reuniões e eventos das IES conveniadas;

1.9.14. Discussão do cronograma de aulas e eventos, garantindo que não prejudiquem as atividades desenvolvidas nas UBS;

1.9.15. Suporte crítico-científico acerca do conteúdo teórico de forma a assegurar que estes respondam às demandas do serviço;

- 1.9.16. Identificação e convite a profissionais da SMS para desenvolvimento de aulas;
- 1.9.17. Construção coletiva de oficinas e reuniões de qualificação para os preceptores;
- 1.9.18. Intervenção junto às gerências, preceptores e residentes de acordo com a necessidade;
- 1.9.19. Realização de aulas conforme solicitação;
- 1.9.20. Atuação como orientadoras e coorientadoras de TCC;
- 1.9.21. Participação como banca em apresentações de TCC.

Suporte aos residentes

- 1.9.22. Desenvolvimento de documentos norteadores;
- 1.9.23. Direcionamento quanto às buscas científicas para desenvolvimento profissional;
- 1.9.24. Construção conjunta de estratégias para melhor desempenho e aproveitamento na residência;
- 1.9.25. Disponibilização/Organização de Cursos e Seminários;
- 1.9.26. Auxílio no manejo de problemas relacionados ao processo de trabalho;
- 1.9.27. Intervenção junto aos preceptores/equipe/gerência segundo demanda;
- 1.9.28. Orientações quanto ao papel do residente;
- 1.9.29. Indicação de agenda padrão e acompanhamento de seu cumprimento
- 1.9.30. Consultoria técnica;
- 1.9.31. Mentoria;
- 1.9.32. Amparo ao sofrimento psicológico;
- 1.9.33. Articulação de transferência/desligamento quando necessário;
- 1.9.34. Mediação de conflitos.

Tutoria

- 1.9.35. Acompanhamento das atividades dos residentes na prática, indicando pontos a serem melhorados e referências científicas adequadas;
- 1.9.36. Participação de momento teórico-prático, contribuindo para o aprendizado conjunto;
- 1.9.37. Ensino de buscas de evidências confiáveis.

Articulação junto às associações de classe

- 1.9.38. Participação de reuniões na ABEN e ABEFACO;
- 1.9.39. Estímulo à construção de espaços de fortalecimento da categoria profissional;
- 1.9.40. Indicações de temas prioritários para a SMS-RJ;
- 1.9.41. Divulgação do trabalho da SMS-RJ;
- 1.9.42. Divulgação do trabalho desenvolvido pela PREFC com apoio da SMS-RJ;
- 1.9.43. Defesa dos interesses identificados pela SMS-RJ.

Participação de Eventos

- 1.9.44. Divulgação do trabalho da SMS-RJ;
- 1.9.45. Divulgação do trabalho desenvolvido pela PREFC com apoio da SMS-RJ;
- 1.9.46. Defesa dos interesses identificados pela SMS-RJ.

2. Secretaria Acadêmica do PREFC-SMS-RJ:

Composta por 1 profissional tecnólogo em gestão e 1 assistente administrativo.

Responsáveis por atribuições administrativas ligadas às atividades de secretariado acadêmico, e pela administração das ações de apoio logístico e operacional relacionadas ao acompanhamento e desenvolvimento do programa. As principais ações exercidas por esta secretaria são:

- 2.1. Gestão e acompanhamento da entrega das avaliações de campo prático, registro de presença em aulas teóricas e notas.
- 2.2. Acompanhamento de todos os processos de transferência de residentes e emissão de toda a documentação solicitada pelo SIGRESIDENCIAS, COREMU, GDTAS e outros órgãos afins;
- 2.3. Promover a interlocução entre os preceptores, R2 e R1;
- 2.4. Responsabilidade sobre as mídias sociais;
- 2.5. Gestão do serviço de transporte para agendamentos de motorista para a locomoção da Coordenação da Residência e Matriciamento de especialista;
- 2.6. Organização e envio das folhas de pontos dos estágios obrigatórios;
- 2.7. Confeccção de ofícios de aceitação de residentes;
- 2.8. Agendamentos de auditórios para os eventos, reuniões e aulas da Residência;
- 2.9. Gestão do Sistema de emissão de certificados e declarações;

- 2.10. Organização de eventos do Programa, seminários, cursos, oficinas;
- 2.11. Gestão e organização dos arquivos físicos e digitais
- 2.12. Abertura e fechamento de sala PREFC (localizada na Rua Evaristo da Veiga, 14 – sobreloja, Cinelândia)
- 2.13. Provisão de insumos;
- 2.14. Organização logística da entrega de materiais;
- 2.15. Outras atribuições administrativas (impressão de documentos, organização de biblioteca, recursos audiovisuais e outros).

3. Educação Permanente para preceptores do PREFC-SMS-RJ:

- 3.1. Realização de oficinas de preceptoria bimestrais com o objetivo de fomentar a discussão de temas e problemas vividos pelos grupos de preceptores, além de ofertar atividades de educação permanente para o nivelamento de conhecimentos e habilidades do grupo de preceptores;
- 3.2. Realização Curso de Formação para Preceptores de Enfermagem de Família e Comunidade;
- 3.3. Organização, apoio e avaliação dos grupos de trabalho temáticos (GT) com ênfase na atuação do enfermeiro na APS, nas linhas de cuidados e/ou temas pertinentes.

4. Apoio Especializado (Matriciamento) em Obstetrícia:

Viabilizado através da atuação presencial de profissionais especialistas em Enfermagem Obstétrica pretende desenvolver as competências do enfermeiro especialista em Saúde da Família quanto à assistência integral à família no pré-natal, parto e puerpério, ampliar a resolutividade do enfermeiro na APS e qualificar sua atuação no cuidado às gestantes, através do incentivo ao uso tecnologias leves, cuidados de enfermagem e orientações de enfermagem no trabalho de parto, parto e pós parto.

- 4.1. Proporção de no mínimo 1 hora semanal de apoio matricial em obstetrícia por equipe PREFC, em rotina de acordo com especificidade de cada equipe/ unidade saúde/território;
- 4.2. Realização de matriciamento junto a equipes PREFC em Enfermagem Obstétrica;
- 4.3. Apoio técnico a estudos de casos sob a abordagem em Enfermagem Obstétrica;
- 4.4. Participação de momento teórico e teórico-prático com temas voltados para a Obstetrícia.

5. Inovação Tecnológica:

5.1. Desenvolvimento de processo pedagógico próprio segundo metodologias diversificadas de ensino e aprendizagem para o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes da atuação do enfermeiro na APS.

5.1.1. Vincular processo pedagógico aos formatos digital e físico para veiculação e utilização do produto;

5.1.2. Formato físico: contratação de prestação de serviços de revisor (revisão ortográfica), diagramação e layout (designer gráfico) e tiragem editorial (gráfica);

5.1.3. Formato digital: aluguel de hospedagem para o site e domínio e os serviços de um técnico de informática para upload e disponibilização do material através de navegabilidade amigável, aluguel de ambiente de Gerenciamento (Workplace online com e-mail comercial personalizado, agendas compartilhadas, armazenamento em nuvem de 2TB, videoconferência e chamada de voz, aplicativo de processamento de texto, planilhas, criador de apresentações, criador de pesquisas, criador de notas e listas, aplicativo que possibilite engajamento e feedback, controles de segurança e administração, gerenciamento de usuários, dispositivos e apps; Mínimo de 300 contas de usuários (caixas de email); assinatura plataforma de Videoconferência, assinatura de Plataforma de Design Gráfico, Software Editor de Texto, Software Apresentações Empresariais, Sistema Online de Gerenciamento Escolar.

5.2. Desenvolvimento de Sistema Online de Gerenciamento Escolar para acompanhamento de processo de aprendizado pautado em competências do enfermeiro da família (conhecimentos, habilidades e atitudes).

6. Participação em Eventos Científicos:

6.1 Esta atividade acompanhará o calendário de eventos científicos da Saúde Pública e áreas afins. Planejamento para participação em congressos nacionais e internacionais. Os congressos serão escolhidos segundo a pertinência do tema com os objetivos do PREFC assim como aprovação de trabalhos e participação de integrantes PREFC em mesas, oficinas e outros espaços. Exemplos: Congresso Brasileiro de Enfermagem, Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e Congresso da Rede Unida.

6.1.1. Apoio à participação de representações entre os enfermeiros residentes, preceptores e coordenadores que prioritariamente tenham trabalhos inscritos e aprovados ou que sejam convidados para fóruns, painéis, mesas redondas e oficinas, na forma de custeio de inscrições, estadia e transporte.

6.1.2. Estruturação de estande institucional que possibilite visibilidade e divulgação do trabalho realizado no PREFC e na SMS.

7. Apoio Logístico e Operacional:

7.1. Viabilização de estrutura de transporte (trânsito dos coordenadores; transporte de materiais de apoio; fluxos de documentos para controle acadêmico; ações disciplinadoras da

Coordenação nas 30 unidades de APS, unidades de atenção hospitalar, 10 coordenações de área de planejamento, PREFC, SMS e outros pontos de apoio para a gestão do programa.)

7.2. Suporte às ações: aluguel de veículos, de impressora, celebração de contratos continuados para garantia de conectividade, telefonia fixa e móvel, compra de material de escritório, de informática e mobiliário, de equipamentos de informática e áudio visual e prestação de serviços de pessoas físicas e jurídicas (gráficas, revisores, programadores, designers gráficos e técnicos de informática).

8. Produção Científica PREFC-SMS-RJ:

Atividade a ser desenvolvida a partir da realização de Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) dos residentes nos moldes de projetos de intervenção ou pesquisa de campo, preferencialmente, com temas pertinentes à APS, Saúde Pública e Enfermagem.

8.1. Visa fomentar o desenvolvimento de pesquisas científicas na área de enfermagem de família e comunidade ou enfermagem de atenção primária, aprofundar o conhecimento em temas pertinentes a partir da criação de grupos de estudos, planejamento e o acompanhamento das atividades de pesquisa, fomentar o desenvolvimento de pesquisas e grupos de estudos visando aprofundar o conhecimento técnico científico e as relevantes reflexões e questionamentos da prática na área da enfermagem em atenção primária, desenvolver pesquisas na área de enfermagem em atenção primária, aprofundar o conhecimento técnico científico sobre temáticas relevantes para a prática do enfermeiro atuante na atenção primária, desenvolver materiais de apoio, guias, Procedimentos Operacionais Padrões (POP) e outros instrumentos que apoiem a prática do enfermeiro da atenção primária, como livros, Plataforma de Suporte para Decisões Clínicas e assinaturas de Revistas Científicas.

8.2. Orientação, coorientação de TCC além de participação de bancas.

8.3. Criação de grupo de pesquisa com o objeto 'Enfermagem de Família e Comunidade' e temas afins.

8.4. Apresentação de resultados do PREFC em eventos científicos.

INDICADORES E METAS

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
% de residentes	Percentual de vagas ocupadas (enfermeiros residentes cursando)	$[(n^\circ \text{ de residentes cursando no mês}) / \text{total de vagas disponibilizadas}] * 100$	≥80%
% de residentes	Percentual de enfermeiros residentes formados em enfermagem de família e comunidade	$[(n^\circ \text{ de residentes que finalizaram o curso}) / \text{total de vagas disponibilizadas}] * 100$	≥80%

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
% de preceptores	Percentual de preceptores enfermeiros formados pelo curso para formação de preceptores	$[(\text{n}^\circ \text{ de preceptores enfermeiros que finalizaram o curso} / \text{total de preceptores cadastrados no programa de residência})] * 100$	$\geq 70\%$
% de preceptores	Percentual de componentes do programa participantes em eventos científicos	$[(\text{n}^\circ \text{ de tutores, preceptores e residentes que participaram de eventos científicos} / \text{total de tutores, preceptores e residentes cadastrados no programa})] * 100$	$\geq 15\%$
unidade	Publicações científicas para o Programa	Número de artigos científicos publicados pelos componentes do Programa.	Mínimo de 3 por ano
unidade	Horas de aula ministradas no ano	12h por semana	1.152h/ano
unidade	Eventos científicos realizados	Número de eventos científicos realizados no ano	Mínimo 2 por ano

OBJETIVO ESPECÍFICO B.

Apoiar a preceptoria de alunos de graduação inseridos na rede de Atenção Primária da SMS

Ações previstas:

- Coordenação Técnica da preceptoria de graduação: coordenador que ficará responsável pelas ações de apoio aos graduandos de medicina inseridos na rede de atenção primária do município das diferentes instituições de ensino; Um coordenador.
- Apoio Técnico da preceptoria de graduação: quatro médicos de família ficarão responsáveis pelas ações de apoio aos graduandos de medicina inseridos na rede de atenção primária do município das diferentes instituições de ensino;
- Secretariado de apoio a preceptoria de graduação
- Suporte às ações: Gráfica, impressão, diárias, passagens, material didático.

SUBPROJETO 5.3: ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Vigilância em Saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que abrange tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde.

Para fortalecer as ações de gestão no âmbito da saúde pública é necessário formarmos profissionais capazes de analisar e monitorar criticamente os indicadores de saúde da cidade. As vagas serão ofertadas para profissionais das 10 Áreas de Planejamento da SMS.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver as competências necessárias para a atuação em ações de vigilância em Saúde, contribuindo, dessa forma, para a promoção à saúde da população.

SUBPROJETO 5.4: PROJETOS DE IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE MODELOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

A partir de 2009 houve uma expansão acentuada da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade do Rio de Janeiro, passando-se de uma cobertura de 3,5% para 45%, com um incremento de 63 para 779 equipes de saúde até o final de 2013. Até o ano de 2016, houve implantação de mais equipes, de forma que se alcançou 70% de cobertura da população pela Estratégia de Saúde da Família. Hoje a cidade carioca está com menos de 50% de cobertura.

Paralelo à expansão da rede de atenção primária tornou-se evidente a necessidade de implantação de estratégias de educação permanente que permitissem a formação continuada dos profissionais, em compasso com as melhores evidências científicas disponíveis e que também aproximassem os profissionais da atenção primária entre si e com as gerências centrais, oportunizando a identificação de problemas, a atualização profissional e a troca de experiência, buscando-se em última análise a qualificação contínua do cuidado.

Experiências anteriores com Educação em Saúde demonstram a dificuldade de se alcançar mudanças efetivas nas práticas profissionais, possivelmente decorrente do fato de que as estratégias desenvolvidas são em sua maioria técnico/normativas. As mudanças nos processos de trabalho na área de saúde possivelmente requerem um novo olhar para as metodologias de educação permanente. Paralelo a isto cabe destacar a tendência hoje existente nos processos de formação nas grandes empresas onde se busca passar do tradicional modelo de transmissão de conteúdo, para modelos que visam facilitar a construção pessoal do saber e de competências. Segundo Bernardes, trata-se de modelos que “atribuem aos próprios trabalhadores mais autonomia, responsabilidade e controle”.

Desde 2010, a SMS-Rio vem desenvolvendo uma estratégia de “Ciclo de Debates” que tem sido positivamente avaliada por parte dos profissionais da Atenção Primária e que tem permitido um diálogo dos profissionais das unidades entre si e com as gerências de nível central.

Esse espaço tem se mostrado um facilitador na implantação das diretrizes das linhas de cuidado. Para o presente período objetiva-se introduzir alterações na metodologia do ciclo debates que ampliem o seu alcance, disponibilizando materiais do mesmo em uma plataforma on-line da Subsecretaria de Atenção Primária e estimulando o uso destes materiais pelos profissionais através de oficinas nas coordenações de área.

JUSTIFICATIVA

O Município do Rio de Janeiro nos últimos cinco anos vem promovendo uma reestruturação da sua rede de Atenção à Saúde através da expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) e organização dos serviços oferecidos à população em TEIAS – Territórios Integrados de Ações em Saúde, tendo as APS como coordenadora do cuidado e eixo estruturante destes territórios.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) realiza uma gestão compartilhada de grande parte das unidades de atenção primária no Município o que garante agilidade das ações, mantendo um padrão de excelência nos serviços prestados à população.

Desde 2009 mais de 590 equipes de saúde da família foram criadas e a força de trabalho em saúde aumentou significativamente. A expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) demanda a formação de profissionais com formação específica para atuação na área.

Manter a atualização profissional da rede municipal de saúde é um compromisso prioritário para a gestão.

OBJETIVO GERAL

Implantar e avaliar metodologias de educação permanente na SMS-Rio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Potencializar o modelo de ciclo de debates com possibilidade de expansão dos modelos de educação permanente na SMS Rio
- b) Fortalecer mudanças culturais e práticas, visando à ampliação da utilização de ferramentas de *e-learning* pelos profissionais da atenção primária.
- c) Avaliar as estratégias de educação permanente com base na aferição do acesso ao material disponibilizado *on-line*, nas avaliações dos participantes quanto aos mesmos e em oficinas realizadas nas áreas de atenção primária.

ESTRATÉGIA CICLO DE DEBATES

Os temas dos ciclos serão escolhidos no início do ano, priorizando-se aqueles relacionados às metas estratégicas da Subsecretaria de Atenção Primária.

O modelo prevê um processo de trabalho prévio a cada ciclo, ações no dia do ciclo, um processo de trabalho após cada ciclo e atividades de avaliação anuais.

Atividades prévias ao Ciclo de Debates:

- a) Promover reuniões com os profissionais das linhas de cuidado que coordenarão o ciclo;
- b) Definir a pauta, o público-alvo, os objetivos e resultados esperados;
- c) Elaborar um modelo de programação;

- d) Divulgar a programação para a rede com uma semana de antecedência;
- e) Elaborar um modelo de inscrição *on-line*;
- f) Acompanhar as inscrições e atuar para garantir um quórum mínimo;
- g) Elaborar um modelo de avaliação;
- h) Imprimir materiais programação, fichas de avaliação e folhas de presença e outros materiais que se façam necessários;

Atividades durante o ciclo:

- a) Monitorar as presenças, garantindo que todos os profissionais assinem;
- b) Garantir a disponibilização de materiais e equipamentos necessários (*laptop, data show, microfones etc.*);
- c) Apoiar os palestrantes com estímulo ao debate;
- d) Distribuir e recolher as fichas de avaliação.

Atividades pós-ciclo:

- a) Consolidar a presença por unidade e divulgar para os responsáveis pelas unidades e áreas programáticas;
- b) Consolidar e analisar as fichas de avaliação, divulgando os resultados para a rede;
- c) Disponibilizar o material do ciclo e um resumo na página da SUBPAV;
- d) Acompanhar o acesso ao material na página da SUBPAV;
- e) Elaborar relatório ao final do período de avaliação.

Perfil dos profissionais e funções para contratação

- a) 1 médico com experiência na área de educação médica e na área de gestão em saúde;
- b) 1 profissional de nível superior com experiência em educação em saúde.

SUBPROJETO 5.5: APOIO ÀS LINHAS DE CUIDADOS E PROJETOS ESPECIAIS

JUSTIFICATIVA

Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Diante da expansão da Atenção Primária na cidade e o aumento expressivo de profissionais atuando na ESF faz-se necessário pensar em soluções que garantam a organização do serviço centrado nas necessidades do usuário.

OBJETIVO GERAL

Aumentar a resolutividade no acesso e integralidade das ações em saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Elaborar e revisar as diretrizes clínicas e protocolos em Atenção Primária à Saúde para utilização pelas equipes de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro.

Ações previstas:

- a) Desenvolvimento e revisão de diretrizes em temas clínicos relacionados à Atenção Primária à Saúde (produto); Contratação de profissionais médicos de família e de um profissional design gráfico.
- b) Suporte às ações: Serviço gráfico, editoração e comunicação em saúde.

SUBPROJETO 5.6: APOIO AO MONITORAMENTO E ANÁLISE DE QUALIDADE DAS AÇÕES

JUSTIFICATIVA

O município do Rio de Janeiro, em 2016, atingiu 70% de cobertura de ESF, porém decresceu para percentual inferior à 50% até o final de 2020. Paralelo à expansão da rede de atenção primária tornou-se evidente a necessidade de implantação de estratégias para o monitoramento e análise da qualidade das ações desenvolvidas.

Ações previstas:

- a) Análise de indicadores de saúde e de desempenho das equipes de saúde da família;
- b) Apoio para as unidades de saúde para os sistemas de informação, ambulatoriais (SIA, SIAB, SCNES, HIPERDIA, SISPRENATAL);
- c) Manutenção dos bancos de dados e desenvolvimento para integração dos sistemas.

Metas:

- a) Acompanhar e analisar mensalmente os indicadores de saúde,
- b) Promover a integração e consolidação dos sistemas de informação com os prontuários eletrônicos.

SUBPROJETO 5.7: MONITORAMENTO DE VACÂNCIA NAS EQUIPES / ACOMPANHAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE MÉDICOS

JUSTIFICATIVA

O grande desafio da expansão das equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro vem sendo o perfil e a formação dos profissionais que atuam nestas equipes, em especial o profissional médico.

A formação ainda insuficiente de generalistas no mercado acaba por comprometer a lotação plena de profissionais no quadro da SMS-RJ. Como forma de minimizar o problema, a gestão da Atenção Primária optou por buscar estratégias de monitoramento de vacâncias e aprimoramento das estratégias de contratação de pessoal que vão desde o acompanhamento da formação profissional até o processo de contratação e retenção de profissionais nas equipes.

Ações previstas:

Monitoramento de vacância de equipes / acompanhamento de contratação de médicos.

Metas:

Acompanhar mensalmente as equipes completas no Município e buscar estratégias de contratação de médicos.

Recursos necessários para o projeto:

- a) 1 coordenador do projeto com experiência na área de gestão de pessoas;
- b) 1 assistente administrativo.

SUBPROJETO 5.8: APOIO A MANUTENÇÃO DAS ESTAÇÕES OTICS-RIO

JUSTIFICATIVA

Entre 2010 e 2013, a estruturação de 16 novos serviços de atenção primária, vigilância e promoção da saúde nas áreas de planejamento da saúde, no âmbito do desenvolvimento de ações de educação em saúde, possibilitou a capacitação de centenas de profissionais nas chamadas Estações Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde ("Estações OTICS-RIO"). Com isso, a SUBPAV pôde economizar recursos no aluguel de espaços para este conjunto de atividades, além de poder desenvolver o preconizado na Política Nacional de Educação Permanente. Cada Estação OTICS-RIO é formada por um auditório, um laboratório de informática, uma sala de reunião / tutoria. Estão localizadas nas dez áreas de Planejamento da Cidade do Rio de Janeiro e tem portal disponível em: <http://www.redeoticsrio.org>.

OBJETIVO GERAL

Manter as 17 Estações OTICS-RIO nas 10 áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro atualmente existentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apoiar a estruturação e manutenção dos blogs do Saúde da Família nas unidades tipo “A” e “B”;
- b) Desenvolver vídeos de curta duração para a Estratégia de Saúde da Família e NASFs;
- c) Sedar os cursos estratégicos de formação dos trabalhadores da SUBPAV para a Atenção Primária em Saúde;
- d) Apoiar as áreas de planejamento para o desenvolvimento de ações de educação em saúde;
- e) Apoiar a qualificação dos prontuários eletrônicos da Atenção Primária Em Saúde, em particular das Fichas A e Fichas B da Estratégia de Saúde da Família (CEMAPS-RJ).

PROJETO 6: INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

SUBPROJETO 6.1: QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES E INFORMAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

De acordo com a Portaria Ministerial nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, a Vigilância em Saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que abrange tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde. Esse conceito inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância estratégica de eventos de importância de Saúde Pública e as ações de caráter individual, organizadas sob a forma de consultas e procedimentos

Seus principais desafios são a (re) definição: de responsabilidades, da consolidação de redes de atenção à saúde; de base territorial e da eleição de prioridades, utilizando metodologias ou ferramentas da vigilância epidemiológica.

JUSTIFICATIVA

Desde 2009 a Vigilância em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro vem passando por um processo de fortalecimento e descentralização de suas ações. Houve investimento em novos serviços, em infraestrutura nos diversos níveis de atuação e em tecnologia e logística. Porém, percebe-se a necessidade de investimento em qualificação das ações e informações, em

destaque para os agravos transmissíveis, direcionados para a reorganização dos serviços e das práticas de Vigilância em Saúde nos níveis regional e local. Neste sentido, o objetivo geral do subprojeto consiste em ampliar e qualificar o escopo das ações de vigilância e controle de agravos em saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Tendo em vista as necessidades identificadas na área de vigilância em saúde a partir ampliação da Atenção Primária, identificou-se a necessidade de investimento em três diretrizes de ação: fortalecimento das ações e informações de vigilância em saúde; projeto de ações contingenciais para enfrentamento da tuberculose; qualificação das ações de vigilância ao controle das DST/AIDS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Análise e Situação de Saúde: Qualificação do SIM e SINASC:

- a) Apoiar a manutenção da investigação de óbitos nas 10 DVS. Está incluída neste processo de trabalho a implementação de investigação familiar por meio da eSF;
- b) Estruturar um sistema online para digitação descentralizada das fichas-síntese da investigação de óbitos infantis, fetais, maternos e para a investigação de MIF, a fim de agilizar a informação;
- c) Viabilizar a maior qualificação das causas externas de óbito através do incremento ao acesso às bases de dados de acidentes de trânsito com vítimas fatais do CBMERJ e da CET-Rio. Para os outros tipos de acidentes e violências será necessário viabilizar um convênio com a Secretaria de Segurança Pública (SSP) ou com o Instituto de Segurança Pública (ISP);
- d) Incrementar a qualidade dos endereços das bases do SINASC e do SIM pelo georeferenciamento, com a correção pela base de logradouros da cidade.

2. Vigilância Epidemiológica: Qualificação e Fortalecimento das ações de notificação e investigação de doenças e agravos:

- a) Implantar, implementar e manter o Sistema de Informação de Notificação de Agravos online;
- b) Dar suporte a infraestrutura (recursos humanos, material de consumo e serviços de apoio) da Rede Municipal de Vigilância em Saúde para o desenvolvimento de suas ações;
- c) Fortalecer as ações de Vigilância Epidemiológica na Rede Sentinela Dengue, Febre Chikungunya e Rede Sentinela Influenza (Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave);
- d) Qualificar as ações do Viva Contínuo (Vigilância de Violências e Acidentes) nas 10 Divisões de Vigilância em Saúde.

3. Emergências de Saúde Pública:

- a) Atuar na detecção, verificação, resposta e monitoramento dos riscos de saúde pública (anexo II da Portaria nº104 de 25 de janeiro de 2011) ocorridos no município do Rio de Janeiro;
- b) Apoiar e/ou gerenciar a resposta aos riscos de saúde pública ocorridos no município do Rio de Janeiro, facilitando uma ação coordenada que envolva todos os setores e instituições relacionados ao evento;

- c) Atuar no manejo de riscos de saúde pública municipal, sendo um elemento facilitador da resposta coordenada;
- d) Manter disponível equipe técnica, estrutura física, equipamentos, transporte e insumos necessários para o processo de detecção, verificação, resposta e monitoramento dos riscos de saúde pública municipal (anexo II da Portaria nº 104/MS, de 25 de janeiro de 2011), durante 24 horas, inclusive nos finais de semana e feriados;
- e) Apoiar a adoção ágil, das medidas adequadas para a investigação epidemiológica, profilaxia e bloqueio da disseminação de doenças (quando se aplica); manutenção de equipe de resposta rápida;
- f) Acionar, em surtos ou emergências de saúde pública, os laboratórios da rede municipal e estadual do Rio de Janeiro, que deverão receber, em período integral, as amostras biológicas a fim de emitir os resultados em tempo oportuno;
- g) Monitorar e avaliar o comportamento epidemiológico das doenças, agravos e eventos e capturar informações sobre riscos de saúde pública de importância municipal, estadual, nacional e internacional, incluindo o resgate de informações sobre doenças endêmicas e epidêmicas dos locais com maior fluxo de viajantes para o município do Rio de Janeiro ou dos locais mais procurados como destino de viagem pelos residentes deste município;
- h) Desenvolver atividades de preparação e resposta antes, durante e após a ocorrência dos eventos de massa. Consideram-se eventos de massa, àquelas atividades coletivas que por motivo esportivo, religioso, lúdico ou laboral, entre outras motivações, movimentem e/ou atraiam um elevado contingente de pessoas vindas de todas as partes do país e/ou mundo.

Qualificação das Ações e Informações de Vigilância em Saúde

Vigilância Ambiental em Saúde (VAS):

Reorganização da estrutura local e fluxos de trabalho da VAS: redefinir a análise dos resultados das ações desenvolvidas pela VAS em espaços amostrais menores e homogêneos, visando uma maior qualificação dos indicadores pactuados com reorganização de apoio e reforço no trabalho de campo; aparelhamento (computador e conexão) em 10 pontos para transmissão de dados (01 por CAP) a serem utilizados pelos responsáveis pelos apoiadores; painel de indicadores e metas pactuadas levadas de forma igualitária aos diferentes níveis com planilhas avaliativas que permitam detecção rápida das discrepâncias; distribuição baseada em estratos apoiados por agentes formados no curso de capacitação realizado em todas as áreas a partir de agosto/2021.

Qualificar das ações de monitoramento e análise: dar continuidade ao investimento em logística e suporte às Gerências de Fatores de Riscos Biológicos e Não Biológicos visando à ampliação e consolidação das diversas ações de suas competências e seus projetos; reaparelhar o Laboratório de Vigilância Ambiental, ampliando sua capacidade de atendimento e capacitação de pessoal.

4. Programa de Imunizações:

- a) Implantar 2 Centros de Orientação de Viajantes (COV): no Centro Especial de Vacinação Dr. Álvaro Aguiar (CEVAA) para atendimento e orientação de viajantes como referência para as APs: 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2 e 3.3; na AP 4.0 para atendimento e orientação de viajantes como referência para as APs: 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3;
- b) Implantar, em etapas, os Sistemas de Informação do Programa de Imunizações (SIPNI) e o Sistema de Informação online de Vigilância de EAPV, em todas as 217 salas de vacinação do Município, para obter registro nominal dos vacinados na rotina e em campanhas de vacinação;
- c) Implantar, gradativamente, o Sistema de Informação online de Vigilância de EAPV em todas as 236 salas de vacinação do Município, para otimização da notificação oportuna, descentralização de ações de condutas e monitoramento contínuo da vigilância de EAPV;

Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência:

Esse projeto de intervenção será executado no período de Janeiro de 2021 a Dezembro de 2023.

As ações e informações de VS estão estruturadas nas 5 Coordenações da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), nas 10 (dez) Divisões de Vigilância em Saúde (DVS) das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP); nos 30 Serviços de Vigilância em Saúde (SVS) 5 e nos 15 (quinze) Núcleos Hospitalares de Vigilância em Saúde (NHVS).

Recursos mínimos necessários

Serviços de Vigilância em Saúde:

Necessidade de 04 técnicos de nível superior 40 horas, sendo:

- a) 01 para atuar no Programa de Imunizações;
- b) 01 para atuar na Vigilância de Agravos Agudos Transmissíveis;
- c) 01 para atuar na Vigilância de Violências e Acidentes;
- d) 01 para atuar nos Dados Vitais.

Necessidade de 03 técnicos de nível médio 40 horas, sendo 01 administrativo, 01 técnicos de enfermagem e 01 agentes de vigilância em saúde egressa do Proformar para apoio as ações de Vigilância Ambiental em Saúde da área.

Divisões de Vigilância em Saúde:

Necessidade de 05 técnicos de nível superior 40 horas, sendo:

- a) 01 para atuar no Programa de Imunizações;
- b) 01 para atuar na Vigilância de Agravos Agudos Transmissíveis;
- c) 01 para atuar na Vigilância de Violências e Acidentes;

- d) 01 para atuar nos Dados Vitais;
- e) 01 para atuar na Vigilância Ambiental em Saúde.

Necessidade de 02 técnicos de nível médio 40 horas.

Monitoramento e avaliação

Indicadores:

- a) Número de consultas ao viajante/mês;
- b) Número de doses aplicadas de vacinas para Saúde do viajante/mês;
- c) Número de CIVPs emitidos/mês;
- d) Número de consultas no CRIE por demanda espontânea/mês;
- e) Número de consultas no CRIE para avaliação de EAPV/mês;
- f) Número de doses aplicadas das vacinas especiais pela indicação médica/mês;
- g) Número de salas de vacinação com SIPNI instalado/Número de salas programadas por ano;
- h) Número de registros nominais incluídos no SIPNI/ano;
- i) Número de salas de vacinação com SIEAPV instalado/Número de salas de vacinação programadas em cada ano;
- j) Número de notificações oportunas de EAPV por AP/mês;
- k) Percentual de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerrados em até 60 dias após notificação;
- l) Percentual de doença meningocócica com exame laboratorial realizado;
- m) Percentual de investigação de casos de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) notificados;
- n) Percentual de casos de síndrome gripal com coleta de amostra nas unidades sentinela, em relação ao preconizado;
- o) Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;
- p) Percentual de óbitos fetais investigados;
- q) Percentual de óbitos de em menores de um ano investigados.

SUBPROJETO 6.2: CURSO TÉCNICO DE AGENTES DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA

Em conformidade com as disposições da Lei 11.350, a Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro está promovendo a desprecarização progressiva dos vínculos dos trabalhadores desta área. Após a realização de concurso para contratação de novos servidores, inicia-se o processo de redefinição dos processos de trabalho com vistas à sua integração ao conjunto das ações da atenção básica. A superação de um modelo baseado no combate a uma doença específica (dengue) e na busca ineficaz de indicadores de produtividade, requer mudanças tanto no âmbito da gestão como da formação dos trabalhadores.

Desta forma, dar-se-á continuidade ao curso para aperfeiçoamento profissional dos Agentes de Vigilância em Saúde, com formação técnica, visando aprimoramento nas ações e olhar mais amplo em relação à saúde, melhoria na qualidade da integração vigilância / atenção primária e formação de profissionais aptos a fortalecer os núcleos e serviços de Vigilância em Saúde.

OBJETIVO GERAL

Apoiar Curso Técnico de Agentes de Saúde (CTAS).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Oferecer aos profissionais subsídios teórico-práticos relativos à globalidade do processo de trabalho da Vigilância em Saúde, que contribuam para adoção de uma prática mais crítica, reflexiva e inovadora;
- Promover oportunidades de reconhecimento, análise e discussão sobre o espaço/território de atuação desses profissionais, visando elaboração de diagnóstico da situação de saúde e condições de vida, identificação de situações-problema e propostas de intervenção;
- Contribuir para formação de trabalhadores-cidadãos comprometidos com as novas práticas em saúde e com os avanços tecnológicos do SUS;
- Auxiliar na estruturação do Sistema Municipal de Informações de Vigilância em Saúde, a partir da implantação de estações de territorialização no conjunto das áreas programáticas e dos dados produzidos por esses profissionais no nível local.

SUBPROJETO 6.3: GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O SERVIÇOS DE APS/ESF

INTRODUÇÃO

A reforma da atenção primária no município do Rio de Janeiro/RJ impõe o desafio de revisão dos modos de produção da saúde a partir das práticas instituídas e instituintes, desenvolvidas pelos profissionais dos serviços de saúde em articulação com outros equipamentos dos territórios, sejam governamentais ou não-governamentais.

Os esforços para a qualificação de práticas de promoção e proteção à saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, evidenciam a necessidade de ações de comunicação, informação e produção de conhecimentos associadas às práticas cotidianas dos serviços de saúde, de tal forma que os conhecimentos necessários às diferentes situações produzidas em relação ao cuidado, à gestão, à participação e à formação sejam supridos por acesso a informação e conhecimento, trocas de experiências exitosas, mas também pela problematização efetiva do contexto em que as demandas se materializam.

A atenção Primária é uma estratégia inclusiva, ampliadora de acesso, coordenadora dos cuidados e da promoção a saúde, para que seus objetivos sejam alcançados plenamente é necessário que as populações mais vulneráveis tenham seu acesso e sua adesão aos serviços

de atenção básica garantidos. Dentre os objetivos da promoção em saúde estão o desenvolvimento e consolidação das políticas inclusivas e garantidoras da participação de grupos tradicionalmente excluídos.

Dessa forma, há alguns anos vimos dando prioridade a ações e projetos como a valorização do protagonismo juvenil, adoção de ações alinhadas com as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Promoção da Equidade, a religiosidade e sua interface com a saúde. Para este fim o presente projeto prevê atividades de apoio e parceria com o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, a Coordenadoria Especial de Diversidade Sexual – CEDS-Rio, a Coordenadoria Especial de Políticas de Igualdade Racial, e outros.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver produtos e estratégias que possam subsidiar as equipes de saúde da família e gestores da atenção primária à saúde para ações de comunicação e educação em saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Elaborar conteúdo técnico, diagramar e reproduzir materiais educativos, informes, boletins, jogos, revistas, vídeos e cartilhas para subsidiar o trabalho de educação em saúde das equipes de saúde da família;
- b) Promover a realização de cursos e oficinas voltados para a qualificação de trabalhadores da atenção primária para o desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família, considerando os determinantes sociais da saúde.
- c) Apoiar as atividades de comunicação e educação em saúde.
- d) Apoiar ações de mobilização, promoção do protagonismo e inclusão das populações vulneráveis de acordo com as políticas estabelecidas.

JUSTIFICATIVA

A S/SUBPAV/Superintendência de Promoção da Saúde tem dentre suas diretrizes: formular, desenvolver e avaliar a Política de Promoção da Saúde, realizar ações Inter e intrasetoriais que ampliem o acesso da população a modos de viver mais favoráveis à saúde e ações que fortaleçam a autonomia dos sujeitos e coletividades e consolidar estratégias de comunicação e educação em saúde. Além de desenvolver pesquisas e outros mecanismos gerenciais que favoreçam a criação, a implantação, o monitoramento e a avaliação de políticas, estratégias e ações de promoção da saúde para a redução das iniquidades sociais e melhoria da qualidade de vida.

Nessa perspectiva o presente subprojeto priorizará o desenvolvimento de produtos e estratégias de comunicação e educação em saúde envolvendo profissionais e gestores da atenção primária à saúde, bem como usuários, com vistas ao aprimoramento das ações de promoção da saúde no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família.

Recursos necessários para desenvolvimento das ações:

- a) Contratação de profissional de nível superior - para revisar, elaborar conteúdo técnico, diagramar e reproduzir materiais educativos, informes, boletins, jogos, revistas, vídeos e cartilhas para subsidiar o trabalho de educação em saúde das equipes de saúde da família;
- b) Contratação de profissionais com perfil para a realização de cursos e oficinas voltados para a qualificação de trabalhadores da atenção primária, para o desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família, considerando os determinantes sociais da saúde.
- c) Contratação de profissional de nível médio para acompanhamento das ações, confecção de relatórios, apoio a eventos etc.
- d) Apoio Logístico: Gráfica, impressão, diárias, passagens, material didático, transporte;

Indicadores:

- Número de profissionais qualificados/ ano / AP
- Número de Cursos-Oficinas ministrados / mês
- Número publicações realizadas / bimensal
- Número Campanhas realizadas / semestre
- Número materiais educativos elaborados /mês
- Número atividades de educação em saúde apoiadas / bimensal

SUBPROJETO 6.4: AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

INTRODUÇÃO

Diversos estudos demonstram que a Tuberculose (TB) é uma das doenças que está intrinsecamente ligada às condições sociais e econômicas de um país, portanto investir em políticas sociais é uma das principais estratégias para reduzir as taxas de morbidade e mortalidade desse agravo.

A expansão da Atenção Primária, com a estratégia de saúde da família já atingiu desde 2009 mais de 45% de cobertura populacional. O planejamento estratégico da SMS prevê a retomada do incremento atingindo 70% de cobertura até 2023.

Diante deste cenário, a secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro propõe a execução de um projeto direcionado à redução das taxas de tuberculose junto às famílias em situação de pobreza, mais especificamente junto aos beneficiários do cartão família carioca cadastrados nas clínicas da família.

A intervenção junto aos beneficiários do Cartão Família Carioca (CFC) nos remete à fração mais vulnerável da população da cidade, onde esperamos encontrar uma maior concentração

de casos de TB e, conseqüentemente, a necessidade de intervir de forma mais abrangente e continua. Esta proposta se soma as ações sistemáticas do programa de controle de tuberculose do município, para toda a população, e estão consoantes com a dimensão de determinantes sociais que integra a política nacional de controle de tuberculose.

A distribuição dos casos de TB na cidade do Rio de Janeiro é heterogênea, apresentando taxa de incidência de 94/100.000 no município, enquanto que nas áreas empobrecidas, esta pode chegar a 424/100.000 como na Rocinha ou até 625/100.000 como no Jacaré. Esses dados demonstram uma estreita relação entre áreas de concentração da doença e as condições econômicas e sociais de vida dos sujeitos, que juntos contribuem para a perpetuação do ciclo de pobreza. Por este motivo, priorizamos as famílias beneficiárias do CFC residentes em áreas cobertas pelas equipes de saúde da família.

O Rio de Janeiro nos últimos anos apresenta um alto percentual de abandono (15%) de tratamento da TB, um valor muito alto em relação ao que se preconiza pelo Ministério da Saúde (5%). Este percentual difere entre as áreas da cidade, variando de 9% (Zona Sul) a 20% (Zona Oeste e Zona Norte).

Entendemos que a inclusão da condicionalidade tuberculose entre as preconizadas pelo CFC é estratégica para detecção e tratamento do agravo, para intensificação da avaliação dos contatos e para a identificação dos casos de coinfeção TB/HIV pelas equipes de saúde da família entre essas famílias. Avaliações periódicas da execução do plano no campo através do acompanhamento dos indicadores de processo permitirão aos gestores intervir de forma oportuna, corrigindo desvios e ajustando atividades necessárias ao seu cumprimento de forma adequada.

Objetivos específicos

a) Ampliar a detecção de casos de tuberculose e de coinfeção TB/HIV nas famílias beneficiárias do Cartão Família Carioca (CFC) que residem em áreas cobertas pelas equipes de saúde da família;

- Busca ativa de casos de TB entre os beneficiários do CFC que apresentam tosse, independente do tempo de início deste sintoma;
- Coleta de amostra de escarro para realização de teste de biologia molecular e cultura para BK de todos os beneficiários do CFC;
- Oferta de teste rápido de HIV para os beneficiários do CFC;
- Utilização de geoprocessamento identificação e monitoramento para os casos de tuberculose e coinfeção TB/HIV dentre os beneficiários do CFC;
- Identificação das vulnerabilidades de saúde das famílias beneficiárias do CFC.

b) Ampliar a adesão ao tratamento de tuberculose entre as famílias beneficiárias do CFC nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família, por meio de estratégias inovadoras;

- Tratar os casos de tuberculose identificados nas famílias beneficiárias do CFC.
- Construir estratégias de mobilização e comunicação junto às famílias beneficiárias do CFC.

- Realizar em 10 territórios selecionados ações de mobilização e comunicação.

c) Identificar e examinar os contatos dos casos de TB detectados entre as famílias beneficiárias do CFC:

- Identificar e examinar os contatos referidos pelos beneficiários do CFC;
- Tratar os contatos de tuberculose das famílias beneficiárias do CFC com indicação de tratamento da infecção latente.

d) Desenvolver o monitoramento das ações estabelecidas na proposta.

- Monitorar as atividades diagnósticas executadas pelos laboratórios.

Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência:

As ações serão realizadas nas áreas de atuação de saúde da família com a presença de famílias beneficiárias do CFC. Sendo assim, o projeto será desenvolvido em todas as áreas de planejamento da cidade no período de dois anos.

Os produtos serão apresentados trimestralmente, por meio de relatórios escritos e enviados para SMS. E a cada 12 meses apresentar um relatório de avaliação do projeto, com a descrição das metas e dos resultados alcançados.

Para execução das ações é necessário a contratação dos profissionais descritos no quadro abaixo:

- 2 Assistentes administrativos
- 2 Digitadores
- 1 Bolsista pesquisador de integração de políticas
- 1 Analista de banco de dados
- 1 Bolsista pesquisador - Epidemiologista
- 1 Gerente de projeto
- 1 Geógrafo
- 1 Bolsista Pesquisador – Assessoria Científica
- 10 bolsistas da área de Ciências Sociais e Humanas

Metas de monitoramento e avaliação do projeto:

- a) Avaliar 80% dos contatos dos casos de TB entre as famílias CFC.
- b) Curar 85% dos casos identificados entre as famílias do CFC.
- c) Tratar 70% dos contatos com indicação para tratamento da ILTB.

- d) Realizar em 10 territórios selecionados ações de mobilização e comunicação.
- e) Elaborar e reproduzir materiais direcionados para os profissionais e para os beneficiários.

SUBPROJETO 6.5: QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA AO CONTROLE DAS DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

INTRODUÇÃO

O município do Rio de Janeiro vem através da expansão da Atenção Primária ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. A cidade reconhecida como referência no tratamento e atenção a Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, precisa readequar sua política dado o redimensionamento da sua rede.

O aprimoramento da governança e gestão das ações é uma meta que a SMS Rio propõe para os próximos dois anos quando a cobertura da Estratégia Saúde da Família deverá alcançar 70% da população.

O fortalecimento das ações de promoção, vigilância, regulação e assistência são fundamentais para a garantia de novos avanços e a continuidade do padrão de qualidade e de resultados que vêm sendo alcançados.

Em paralelo, recentes publicações, incluindo o *The Gap Report*, apresentada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid), aponta o crescimento do número de novos casos de infecção pelo HIV no país, em especial, entre a população jovem.

Neste sentido, o objetivo geral do subprojeto consiste em apoiar as ações de gestão no controle das DST/AIDS e Hepatites Virais no município do Rio de Janeiro potencializando, adequando e integrando suas ações no contexto da reestruturação e ampliação da atenção básica ocorrida desde 2009 bem como de sua futura expansão.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Fortalecimento das ações de Vigilância Epidemiológica:

- Intensificar e qualificar as notificações e investigações de DST/AIDS e hepatites B e C pelas unidades de saúde da rede pública e estender as ações de vigilância à rede privada de saúde;
- Implantar ações de vigilância das coinfeções Hepatite B/HIV e Hepatite C/HIV na rede pública de saúde;
- Descentralizar registro das notificações na base de dados oficial (Sistema Nacional de Agravos de Notificação SINAN);
- Manter a infraestrutura necessária (recursos humanos, material de consumo e serviços de apoio) da Rede Municipal de Saúde para o desenvolvimento das ações de vigilância das DST/AIDS e Hepatites Virais B e C;

b) Intensificar e Qualificar as Ações de Assistência às DST/AIDS e Hepatites Virais na rede pública municipal de saúde:

- Revisar a linha de cuidado das DST/AIDS e Hepatites fortalecendo o papel das equipes de saúde da família no cuidado integral e adequado aos níveis de atenção.
- Revisar os protocolos de regulação das DST/AIDS e Hepatites.
- Apoiar a implantação dos protocolos na rede de atenção primária e secundária.
- Implantar as ações de assistência às Hepatites Virais nas Policlínicas e outras unidades que desempenham o papel de atenção secundária, obedecendo protocolos clínicos do Ministério da Saúde e a normalização definida pela Gerência de Hepatites Virais, de acordo com a Linha de Cuidados das Hepatites Virais B e C;
- Ampliar e manter a realização do diagnóstico tradicional e rápido das Hepatites B e C nas unidades de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro.
- Implantar, intensificar e qualificar o uso do sistema de logística oficial (Sistema de gerenciamento de Medicamentos - SIGME) em todas as unidades dispensadoras de medicamentos para o tratamento das Hepatites Virais B e C;
- Implantar o monitoramento do uso de medicamentos para detecção de pacientes em tratamento concomitante para Hepatites B, C e Aids;
- Elaborar materiais educativos e informativos para os profissionais de saúde e portadores de doenças sexualmente transmissíveis;
- Oferecer aos profissionais de saúde envolvidos com a assistência e a vigilância a oportunidade de participar de congressos e outros eventos científicos relacionados a estes agravos, segundo critérios pré-estabelecidos pelas Gerências de DST/AIDS e Hepatites Virais;

c) Intensificar, Descentralizar e Qualificar as Ações de Promoção e Prevenção das Hepatites Virais B e C:

- Aumentar o acesso da população sexualmente ativa aos insumos de prevenção (preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante);
- Ampliar o acesso das populações mais vulneráveis as unidades de AP
- Realizar eventos educativos e de divulgação relacionados às DST/AIDS e Hepatites Virais B e C;
- Apoiar ações e eventos relacionados à prevenção de DST/AIDS e Hepatites Virais B e C para as OSC (Organizações da Sociedade Civil) parceiras.

d) Promover atividades de Assistência, Ensino e Pesquisa em parceria:

- Realizar pesquisa operacional voltada para o monitoramento do perfil epidemiológico e assistencial visando a qualificação das ações de controle;

- Disponibilizar leitos de infectologia do Hospital Municipal Raphael de Paula Souza (HMRPS), ao Instituto Nacional de Infectologia (INI/Fiocruz) para referência de pacientes.
- Proporcionar aos profissionais das instituições cooperantes (INI/HMRPS) experiências metodológicas, tecnológicas e práticas de aspecto inovador e interdisciplinar;
- Estimular a produção de textos acadêmicos a serem elaborados por pesquisadores vinculados aos dois hospitais;
- Realizar o compartilhamento de boas práticas relacionadas à pesquisa e à assistência ambulatorial e hospitalar em doenças infecciosas.

Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência:

Esse projeto de intervenção será executado no âmbito das Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais, das Coordenações de Atenção Primária (CAPs) e da rede assistencial municipal, incluindo todas as unidades de saúde da Atenção Primária e Policlínicas e o Hospital Municipal Rafael de Paula Souza.

Recursos Humanos necessários para a composição da equipe das Gerências de DST/AIDS e Hepatites Virais, nível central:

Necessidade de pelo menos 04 técnicos de nível superior 40 horas, sendo:

- Técnicos de nível médio para secretariar e produzir relatórios;
- 1 Técnico de nível superior para atuar na Vigilância da DST/AIDS e Hepatites Virais;
- Médicos infectologista ou gastroenterologista ou hepatologista ou clínico para atuar na qualificação dos protocolos e assistência às Hepatites Virais;
- 2 Farmacêuticos para supervisão da implantação descentralizada do tratamento das DST/AIDS e Hepatites

Monitoramento e avaliação:

Indicadores

- Número anual de notificações de Hepatites Virais B e C crescente em no mínimo 5% ao ano, comparado à média dos 5 anos anteriores;
- Completitude das variáveis do SINAN, para as Hepatites B e C, de no mínimo 30%;
- Descentralização da digitação das notificações para no mínimo 5 APs por ano;
- 20% das APs com assistência descentralizada para a Atenção Primária, por ano (cumulativa);
- 100% das APs com referências para o tratamento dos casos mais complexos de Hepatites Virais B e C;
- 100% das APs oferecendo diagnóstico tradicional e rápido de Hepatites Virais B e C mediante aconselhamento;
- 1 artigo publicado durante o projeto.

SUBPROJETO 6.6: PESQUISA CLÍNICA IMUNOBIOLOGICOS

JUSTIFICATIVA

A proposta de estruturação de um Centro Coordenador de Pesquisa Clínica em parceria com Biomanguinhos / Fiocruz tem como base a necessidade de desenvolvimento de estudos clínicos com vacinas que, na sua grande maioria, os voluntários são crianças saudáveis.

Essas procuram as unidades básicas de saúde para consultas de puericultura e vacinação de acordo com o calendário do Programa Nacional de Imunizações. Em função das características dos voluntários dos estudos com vacinas, associadas à necessidade de elevados números de voluntários, principalmente, para os estudos de fase II e III, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem atuado em parceria com a Assessoria Clínica (ASCLIN) de Biomanguinhos desde o ano de 2003. Neste período, foram realizados 5 estudos clínicos diferentes, um novo estudo está em curso e planejamos o início de mais 2 estudos para o próximo ano. Nesta parceria, as unidades básicas são estruturadas por Biomanguinhos para atuarem como centros de pesquisa. O processo de preparo das unidades exige não só aquisição de equipamentos e insumos, como também a capacitação de pessoal nos procedimentos do estudo e nos preceitos éticos e regulatórios para a condução de pesquisa em seres humanos (Boas Práticas Clínicas). A parceria entre a SMS-RJ e Biomanguinhos, nos últimos anos tem sido altamente eficaz para os propósitos dos ensaios clínicos, porém, a rotatividade entre as unidades de saúde tem se mostrado custosa, principalmente, no que se refere à estrutura física, equipamentos e capacitação de recursos humanos.

Além disso, a legislação nacional para pesquisa clínica tem se tornado cada vez mais exigente para a realização de ensaios clínicos no País, principalmente, por meio de inspeções em centros de pesquisa pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o que nos levou a vislumbrar a possibilidade de criar o centro de referência para pesquisa clínica com vacinas. Através do qual, poderíamos estruturar outras unidades de saúde como centros de pesquisa, de acordo com as exigências da legislação vigente, e termos trabalhadores de saúde preparados para atuarem em pesquisa clínica.

O CMS Heitor Beltrão foi o de escolha para a implantação do primeiro Centro Coordenador por ter área física disponível conforme as exigências legais, tem população residente de 163.636 habitantes, sendo 0,98% menores de 1 ano e 9,26% crianças de 1 a 9 anos de idade (Censo IBGE 2010).

OBJETIVO GERAL

Reestruturar os centros de Pesquisa Clínica das AP 5.3 e 2.2.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apoiar o desenvolvimento de pesquisa clínica;

- Desenvolver serviço de Atenção Primária de referência para a SUBPAV e Biomanguinhos/Fiocruz;
- Apoiar a infraestrutura para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs), para atendimento das indicações de imunização em situações especiais.

REFERÊNCIAS:

Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. J Ambul Care Manage. 2009;32:150-171.

Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. Int J Health Serv. 2007; 37(1):111-26

Rubenstein W, Talbot Y. Medical Teaching in Ambulatory Care: A practical guide. New York, NY, 1992.

Starfield B. Global health, equity, and primary care. J Am Board Fam Med. 2007; 20(6):511-3

Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.

Bernardes A. Políticas e Práticas de Formação em Grandes Empresas- Situação Atual e Perspectivas Futuras. Disponível em <http://sisifo.fpce.ul.pt>. Acesso em 14/10/2013.

Ceccim R. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. In Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

Ceccim, R. B; Feuerwerker, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

DAVINI, M. C. Bases conceituais e metodológicas para a educação permanente na saúde. [S.l.]: OPS/PWR, 1989. (Pub., n. 18).

DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. Capacitação de pessoal dos serviços de Saúde: projetos relacionados com os processos de reforma setorial. 2003. DF, 4 dez. 2003. Educação Médica e Saúde, [S.l.], v. 20, n. 4, 1986

DOWBOR L. Tecnologias do Conhecimento: os desafios da educação. Disponível em http://www.mhd.org/artigos/dowbor_tecnologias.html. Acesso em 14/10/2013.

FRANCO TB. Care and Pedagogical Production: Integration in Public Health System scenarios. Interface vol. 3 Botucatu 2007.

GHEDINE T, TESTA MG, FREITAS HMR. Educação à Distância via internet em grandes empresas brasileiras. RAE. Out/dez de 2008 pág. 49-63.

HADDAD Q., J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Educacion permanente de personal de salud. Washington: OPS/OMS, 1994. (Serie Desarrollo Recursos Humanos, n. 100).

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Processo de trabalho e educação permanente do pessoal da saúde. Rev. Educação Médica e Salud, [S.l.], v. 24, n. 2, 1990.

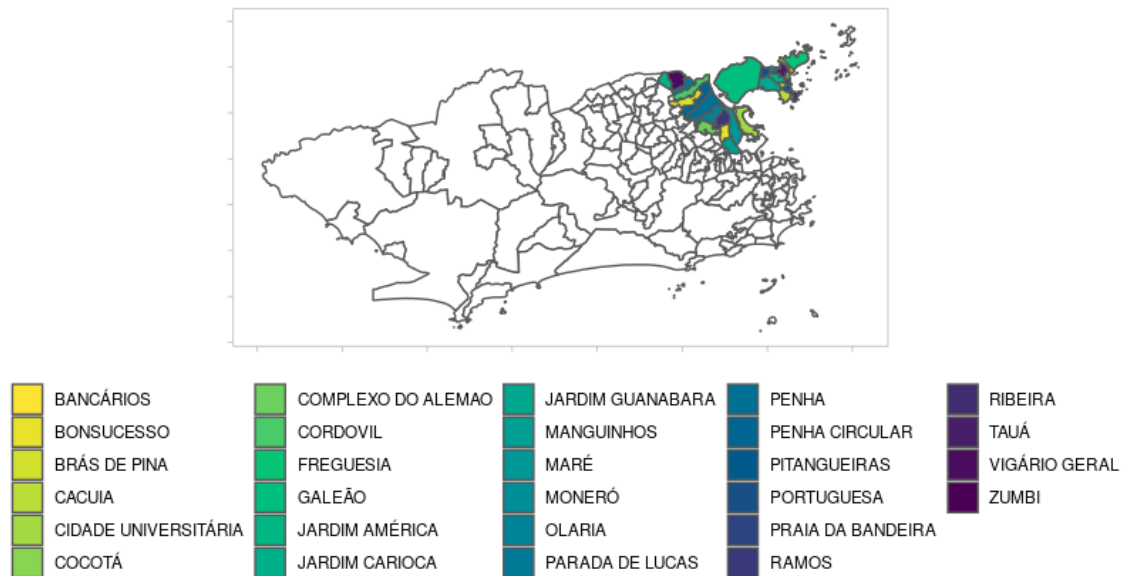
LLORENS, J. Educação permanente em saúde: possibilidades e limitações. Educação Médica e Saúde, [S.l.], v. 20, n. 4, 1986

VIDAL, C.; GIRALDO, L.; JOUVAL, H. A educação permanente em saúde na América Latina. Educação Médica e Saúde, [S.l.], v. 20, n.1, 1986. Washington: OPS/OMS, 2002. (Série Observatório de Recursos Humanos em Saúde).

ROSEMBERG, M. E-learning: estratégia para a transmissão do conhecimento na era digital. São Paulo Makron Books, 2002.

ANEXO TÉCNICO A

INFORMAÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO



O bairro de Manguinhos está localizado na AP 3.1, na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa, que compreende também os bairros de Bonsucesso, Olaria e Ramos. Seu território abrange uma área de 2,61 km² e é cortado pela Estrada de Ferro da Leopoldina, pelo Canal do Cunha e por dois importantes rios – Jacaré e Faria Timbó. Manguinhos se constitui em uma região de grande vulnerabilidade econômica, social e ambiental. Apesar dos recentes investimentos dos órgãos governamentais, a deficiente infraestrutura urbana e a carência de serviços públicos ainda caracterizam esta área que apresentava, segundo o censo de 2010, o quinto pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH – 0,726) entre os bairros da cidade. Já o indicador denominado Índice de Desenvolvimento Social (IDS – 0,518), que contempla as dimensões saneamento, qualidade habitacional, escolaridade e renda, foi consistente com a percepção de que esta área é uma das mais desfavorecidas da cidade. De acordo com o Censo de 2010, a população do bairro era então de 36.160 habitantes, sendo que 10,83% dos seus domicílios não possuíam coleta de lixo (menor índice do Rio de Janeiro); 6,28% das pessoas com 5 ou mais anos eram analfabetos (6º pior índice); 34% da população com 10 anos ou mais viviam com até um salário mínimo; e a renda média mensal correspondia a R\$ 424,26 (5º pior do município).

O Território de Manguinhos dispõe de 2 unidades de atenção primária, a saber: o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – CSEGSF, vinculado à ENSP/FIOCRUZ inaugurado em

1967, e a Clínica da Família Victor Valla inaugurada em 2010 e 01 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II Magal. Estas unidades possuem 13 equipes de Saúde da Família, onde cada equipe possui em média 3.450 cadastrados; 01 equipe de consultório na rua; 06 equipes de Saúde Bucal, 03 equipes de assistência farmacêutica e 01 equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF I).

ANEXO TÉCNICO B – PLANO DE TRABALHO

Proposta Técnica e Econômica para o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS) MANGUINHOS / Área de Planejamento (AP) 3.1



09 - 000071 / 21 3067
07 JAN 2021²⁵

(UPA), sendo um serviço intermediário entre as unidades de Atenção Básica e as unidades hospitalares. Funciona em horário integral, inclusive nos fins de semana, sendo preparada para atender a pequenas e médias emergências, através de clínica médica, pediatria, laboratório, Raio-X e esterilização. Conta com leitos de observação para adultos e crianças, uma "sala vermelha", para estabilizar os pacientes mais graves até serem levados a um hospital, e uma sala de medicação e nebulização. Há ainda no território O1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Magal.

A partir da análise e reconhecimento dos dados demográficos e do perfil epidemiológico do território de Manguinhos, localizado na Região de Ramos, da AP 3.1, do município do Rio de Janeiro, a OS Viva Rio elaborou a presente proposta técnica e econômica, com vistas à reestruturação das unidades de saúde e projetos de qualificação da Rede de Atenção Primária e da UPA Manguinhos. Esta proposta apresenta a organização sistematizada do conjunto de procedimentos administrativos e técnicos necessários para o desenvolvimento contínuo e eficiente das atividades assistenciais, bem como para a consecução das metas dos indicadores contratuais.

C. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

O conjunto de elementos apresentados a seguir configuram conceitos transversais adotados pela OS VIVA RIO em seu **modelo gerencial** para execução das atividades assistenciais contratadas. A descrição das atividades assistenciais será apresentada no **item D** deste edital - **Proposta de atividade assistencial**.

Atenção Primária à Saúde: conceitos e práticas

Em diversas partes do mundo, estabeleceu-se o consenso de que os Sistemas Nacionais de Saúde devem ter como base o foco na Atenção Primária à Saúde (WHO, 2008). Estudos apontam que **sistemas de saúde com forte ênfase na Atenção Primária à Saúde são mais efetivos, mais satisfatórios para a população e geram menores custos**, além de serem mais equitativos, mesmo em contextos caracterizados por uma grande iniquidade social (Starfield, 2002). Segunda a autora, a APS deve ser entendida como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, direcionadas a indivíduos e comunidades.

Ao longo das últimas décadas, modificaram-se as concepções da APS. De abordagens seletivas, centradas em programas e focalizadas em grupos específicos, como o materno-infantil, para visão pautada na integralidade da saúde. Assim, a APS passa a ser entendida como o modelo que, além de promover saúde, deve compreender a saúde como direito humano, considerando os determinantes sociais e políticos mais amplos. Assume-se a ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas em compromissos financeiros e de legislação para promover a equidade em saúde.

Nesse sentido, as reformas dos sistemas de saúde dos países europeus e latino-americanos, desde os anos de 1990, foram pautadas em ações e políticas que buscaram fortalecer e aumentar o protagonismo da APS, meta que foi reafirmada em 2008 pela OMS através do relatório intitulado: **Atenção Primária à Saúde - agora mais que nunca**, e que tem ganhado reforço recentemente nas discussões mundiais sobre o papel fundamental da atenção primária para avançar rumo à saúde universal, tendo sido tema inclusive das comemorações do Dia Mundial da Saúde de 2019, sob o slogan "Saúde universal: para todas e todos, em todos os lugares".

A Atenção Primária à Saúde, em sua função de coordenadora do cuidado, deve contribuir para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma a favorecer o acesso da população em todos os níveis de assistência.



09 - 000071 / 21

3068

26

07 JAN 2021

Em consonância a tais concepções, o Brasil apresentou muitos avanços no campo da formulação e implementação de políticas públicas voltadas para construção de uma APS integral, robusta, que ampliasse acesso e qualidade aos usuários, em respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criada por meio da Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006 (revisada em 2011 e em 2017) estabeleceu a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção prioritário para reorganizar e consolidar a Atenção Básica de Saúde no país, oportunizando o processo de territorialização e regionalização da saúde (Brasil, 2011). Desde então, é notória a expansão da cobertura da ESF no país, que em dados mais recentes do Ministério da Saúde, de outubro de 2020, representava cerca de 63,87% da população brasileira coberta por equipes de saúde da família em um universo de 76,19% de cobertura de atenção básica, que considera também outros modelos de organização da APS (Brasil, 2021).

Ampliar acesso e aumentar qualidade da APS, aumentando a abrangência e o escopo das ações da ESF, bem como sua resolubilidade, foram orientações reafirmadas na PNAB em 2017, que estabelecendo a revisão de diretrizes e normas com vistas à reorganização para a Estratégia Saúde da Família, considera os termos **Atenção Básica - AB** e **Atenção Primária à Saúde - APS**, nas atuais concepções, como termos equivalentes, definidas como:

“Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (...) principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (...) ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (...) proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras (Brasil, 2017).”

Sob a perspectiva da integralidade, a ESF apresenta-se como alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, possibilitando mudança na concepção do processo saúde-doença. Assim, para além do modelo de atenção primária tradicional, fragmentado, centrado em programas, na oferta de serviços curativos e voltados para a doença, a nova abordagem, com concepção mais ampla de saúde, permite incorporar ações de promoção da saúde, que considerem as condições de vida e a prática da vigilância à saúde.

Dessa forma, a “Saúde da Família” deve garantir o acesso universal e em tempo oportuno ao usuário, ofertar o escopo mais amplo possível de ações visando à atenção integral e ser responsável por coordenar o cuidado dos usuários no seu curso pelos diversos serviços da rede. A atenção básica incorpora, assim, os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalização, a descentralização, a integralidade das ações e a participação da comunidade.

Atributos e composição da Equipe de Saúde da Família

A ESF é desenvolvida na forma do trabalho em equipe, com territórios definidos, por meio de práticas de cuidado e de gestão democrática e participativa, em que se assume a responsabilidade sanitária por uma dada área na qual vivem as populações. A atenção está centrada na família, compreendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social e no

09 - 000071 / 23069
07 JAN 2021 27

território, possibilitando às equipes de Saúde da Família estabelecer uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que vão além de práticas curativas.

Assumido um modelo de APS diferente de outros países, o Brasil propõe uma equipe multidisciplinar – Equipe Saúde da Família (eSF) – direcionadas a grupos populacionais em territórios delimitados, ampliando seu cuidado para populações específicas, como, por exemplo, pessoas vivendo em situação de rua – Equipe Consultório na Rua (eCR).

Nesse modelo, os **atributos estruturantes da Atenção Primária à Saúde (APS)** incluem o acesso ao primeiro contato, a integralidade das ações, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação sistêmica. Quando a APS é organizada com base na ESF, os atributos entendidos como complementares (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), assumem relevância capital e consubstanciam programações diferenciadas, particularmente as de caráter intersectorial.

O trabalho em equipe é o elemento-chave para a busca permanente da comunicação e da troca de experiências e conhecimentos entre os seus componentes. De acordo com a PNAB (2017), as **equipes de saúde da família** são compostas, no mínimo, por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE). O número de ACS por equipe deve ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. Outra equipe que deve ser incluída é a de **saúde bucal** composta pelo cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico em saúde bucal de acordo com a modalidade a ser implementada. Cada equipe de saúde da família responsabiliza-se pelo acompanhamento de aproximadamente 2.000 a 4000 pessoas dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Primária, estabelecendo fortes vínculos de corresponsabilidade pelo cuidado à saúde.

Além disso, os **Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)** foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua capacidade de resolução de problemas. Cada NASF constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por diferentes categorias de profissionais da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família, realizando apoio matricial às equipes das unidades no território.

No município do Rio de Janeiro, de acordo com recomendações deste edital, será adotado o padrão de 04 (quatro) a 06 (seis) agentes comunitários de saúde para cada equipe de saúde da família, 02 (dois) técnicos de enfermagem para cada equipe de saúde da família e 01 (uma) equipe de saúde bucal (eSB) para cada 03 (três) equipes de saúde da família (eSF), em média. Cada eSF deverá ser responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponda ao número máximo de 3.450 pessoas assistidas e de 400 a 680 pessoas por microárea, o que corresponde à atuação de 01 (um) Agente Comunitário de Saúde. Além dos profissionais dos NASF, também compõem as equipes de APS do município do Rio de Janeiro, os **profissionais de assistência farmacêutica e os profissionais administrativos**.

Nos últimos anos acumularam-se **evidências relativas ao impacto da ESF no Brasil**. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu informe sobre “La salud en el mundo” (WHO, 2008), referendou a ESF como exemplo concreto de reforma sanitária orientada pela APS, ressaltando sua significativa contribuição para a melhoria do equilíbrio entre os três níveis de atenção dos Sistemas de Saúde. O editor responsável por essa publicação, Win Van Lerberghe, ressaltou que a ESF brasileira constitui um dos exemplos mais impressionantes do impacto da adoção dos cuidados



09 - 000071 / 21 3070
07 JAN 2021 28

básicos, constituindo um modelo de como esses devem ser implementados para que proporcionem melhoria na qualidade da saúde.

Já em 2018, no relatório, intitulado “30 anos de SUS – Que SUS para 2030?” (WHO, 2018), a OMS aponta que quando comparado a outras formas de organização de APS existentes no país, a ESF apresenta melhores resultados quanto à ampliação do acesso ao sistema de saúde e em indicadores como diminuição de internações por condições sensíveis à APS (que são internações evitáveis) e redução da mortalidade infantil, materna e por causas preveníveis.

Dentre os principais resultados da implantação da ESF no Brasil, ressaltam-se: (i) o impacto nos níveis de saúde das populações é mais significativo em municípios com maior cobertura da ESF e baixo IDH; (ii) a ampliação da cobertura vacinal e das oportunidades para o pré-natal, a redução da mortalidade infantil, bem como a redução da desnutrição protéico-calórica, ilustram alguns dos efeitos da melhoria do acesso às ações de saúde da criança, promovidos pela expansão da ESF; (iii) nos últimos dez anos observou-se redução significativa da desnutrição infantil nas áreas cobertas pela ESF em todas as regiões brasileiras e, de forma especial, naquelas nas quais a prevalência do problema era mais elevada, reduzindo-se, assim, as desigualdades inter-regionais; (iv) a redução expressiva do número de gestantes sem consultas de pré-natal, mais significativa nos estratos de maior cobertura da ESF, potencializando impacto importante na redução da mortalidade infantil no primeiro mês de vida da criança; (v) considerando os municípios com baixo IDH, a taxa de gravidez na adolescência foi 2,5 vezes menor nos municípios com altas coberturas da ESF, deve-se ter em vista que tal condição é mais frequente nos segmentos sociais mais desfavorecidos e que concentram volume maior de agravos à saúde da mãe e do recém-nascido; (vi) comparativamente a outros países da América Latina, o Brasil apresenta melhor resultado no que se refere ao acesso de gestantes à atenção pré-natal, condição intimamente relacionada com a expansão da ESF.

Diante de tais evidências e da urgente necessidade de dar melhores respostas às demandas de saúde da população, o **município do Rio de Janeiro** iniciou em 2009 uma **reforma** do seu sistema de saúde, a partir de novos investimentos na APS. A cobertura da estratégia de saúde da família teve um crescimento exponencial, sendo expandida de cerca de 3,5% em 2009 para quase 70% em 2016 (Rio de Janeiro, 2016). Além disso, diversas tecnologias foram incorporadas aos processos de trabalho das equipes de APS, como a adequação da ambiência e estrutura física das unidades de saúde, o incremento da grade de insumos, medicamentos e equipamentos, a disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico, bem como o investimento na formação e educação permanente dos profissionais, a implementação da carteira de serviços da APS e a sistematização e atualização de inúmeros protocolos clínicos e de regulação.

Contudo, ainda que reconhecidos os grandes avanços alcançados, a mudança na condução da gestão municipal dos últimos anos acarretou em alterações significativas nas diretrizes da política de atenção primária do município, conferindo grandes **desafios** para a gestão atual. Neste sentido que a OS VIVA RIO, a partir da expertise adquirida em dez anos de parceria com o município do Rio de Janeiro, **pretende voltar a contribuir com o desenvolvimento da APS da cidade:**

- ✓ Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde a partir da expansão da cobertura de ESF;
- ✓ Consolidar a reestruturação das Unidades de Atenção Primária (reformas, ampliações, construções, identidade visual, equipamentos, insumos, informatização e conectividade com prontuário eletrônico), garantindo a recuperação e a manutenção da infraestrutura desgastada nos últimos anos;
- ✓ Ampliar a qualidade, a resolutividade e a capacidade de cuidado da atenção primária, intensificando a oferta de dispositivos de qualificação do trabalho, como educação permanente, apoio institucional, cooperação, pagamento por desempenho, telessaúde, matriciamento, formação de estudantes e residentes,



09 - 000071 / 21 3071

29

07 .IAN 2021

atualização de protocolos clínicos e de encaminhamento, ampliação da oferta de serviços de apoio diagnóstico, entre outros;

- ✓ Ampliar a integração das Unidades de Atenção Primária com outros pontos de atenção das redes (coordenação e continuidade do cuidado);
- ✓ Consolidar as ações previstas de provimento, fixação e formação de profissionais de saúde, na perspectiva de construir uma política sustentável de gestão do trabalho para o conjunto dos trabalhadores da Atenção Primária;
- ✓ Ampliar a incorporação de tecnologias duras na APS;
- ✓ Enfrentar o desafio das doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas a partir do fortalecimento e da integração da vigilância em saúde à APS;
- ✓ Superar concepções equivocadas da APS (cuidados simplificados, foco na prevenção e promoção, profissionais de menor qualidade);
- ✓ Promover práticas e métodos de gestão da qualidade em saúde e de segurança do paciente na APS;
- ✓ Fortalecer o controle social, a participação popular e os serviços de atendimento ao usuário;
- ✓ Estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão;
- ✓ Reformular e reorientar práticas da APS a partir da realidade do mundo pós-pandemia de covid-19;

Estrutura das Unidades de Saúde

Seguindo as normativas da SMS Rio, as unidades deverão dispor de no mínimo 01 (um) consultório por equipe de Saúde da Família, sendo o ideal pelo menos dois consultórios por equipe.

A OS VIVA RIO irá sinalizar adequadamente todos os consultórios com identidade visual padronizada, contendo a identificação da equipe/área de abrangência. Se compromete a expor em local visível na recepção para que a população acesse a relação com o nome dos profissionais de saúde, horários de atendimento e de funcionamento da unidade.

Ainda no projeto de sinalização haverá um painel contendo minimamente as seguintes informações:

- ✓ Horário de funcionamento da Unidade;
- ✓ Mapa da área de abrangência e relação de ruas, identificando nominalmente os profissionais de referência, no caso das equipes de Saúde da Família;
- ✓ Relação nominal dos profissionais com a respectiva programação semanal de cada um, contendo horário e atividade desenvolvida;
- ✓ Relação nominal de profissionais com suas respectivas cargas horária de acordo com o contrato de trabalho;
- ✓ Data/hora/local de atividades coletivas e reuniões com a comunidade;
- ✓ Relação dos representantes da população e profissionais que integram o Colegiado Gestor Local;
- ✓ Data/Hora/Local das reuniões do Colegiado Gestor Local, bem como dos Conselhos Distrital e Municipal de Saúde;
- ✓ Telefone, e-mail e site da Ouvidoria da CAP e da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Outro instrumento de sinalização será um "placar da saúde" em local visível na unidade com a atualização mensal dos indicadores de saúde.

Considerações sobre o Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) e as Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Esta proposta apresentada pela OS VIVA RIO, utilizou como referência o conceito de TEIAS proposto pelo Ministério da Saúde nos anos de 2007 e 2008, assim como a definição de Redes de



09 - 000071 / 213072

30

07 JAN 2021

Atenção à Saúde (2010) complementando as diretrizes de organização de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Ambos conceitos delegam à atenção primária o papel de coordenadora do cuidado da população adstrita, ordenadora da RAS e centro comunicador de toda a rede.

Dada a observância referida acima será reforçado, no texto que segue, que a APS deve ocupar a centralidade no ordenamento do sistema de saúde.

O Ministério da Saúde lançou a portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que trata das diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde, com o objetivo de diminuir a fragmentação do cuidado e favorecer sistemas que atendam às necessidades de saúde da população. As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva, os elementos constituintes de uma Rede de Atenção à Saúde são as unidades de saúde de diversas complexidades; os sistemas que compreendem os serviços de apoio diagnóstico; a assistência farmacêutica; os sistemas de informação; os sistemas logísticos e de identificação dos usuários; o prontuário clínico único; as centrais de regulação; o sistema de transporte sanitário; o sistema de suprimento e manutenção; e o sistema integrado de governança.

As RAS são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (PORTER e TEISBERG, 2007), que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária (MENDES, 2011). As RAS propõem a integração sistêmica das ações e serviços de saúde ao longo de uma assistência contínua, integral, de qualidade e humanizada, abarcando no desempenho do sistema ganhos como acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além da eficiência econômica.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no contexto das Redes Temáticas de Atenção à Saúde

Instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, A RAPS prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no SUS. A portaria nomeia sete categorias componentes da RAPS, que incluem equipamentos específicos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Acolhimento (UA) e os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), bem como equipamentos compartilhados com outras redes de atenção, como as equipes da Estratégia da Saúde da Família, incluindo as de Consultório na Rua, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os Hospitais Gerais.

A RAPS reorganiza a rede de saúde mental e o papel de cada serviço (rede de urgência, clínicas da família, CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, CAPS AD - especificamente para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, Consultório na Rua).

Os CAPS são pontos de atenção estratégicos da RAPS, isto é, serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipes multiprofissionais, que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam, prioritariamente, atendimento às pessoas em seu território, com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Cumprem um papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes e nos territórios.

09 - 000071 / 213073
07 JAN 2021 31

O município do Rio de Janeiro está dividido em três RAPS definidos por regiões: Norte, Oeste e Centro-Sul. As unidades que compõe o presente certame compõem a RAPS Zona Norte, junto às unidades das APs 3.1 e 3.2.

A RAPS Zona Norte é muito diversa entre si, inclusive na cobertura dos CAPS. O desafio aqui é de como integrar ainda mais os serviços aos territórios, considerando a alta vulnerabilidade e violência de alguns bairros, em especial os localizados no TEIAS Manguinhos / AP 3.1.

Mais importante do que aderir a um conceito estático de Redes de Atenção à Saúde, será garantir sua aplicabilidade no processo de GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE. Dentre as estratégias adotadas para este fim, a OS VIVA RIO se compromete a realizar:

- (i) atualização do diagnóstico situacional como ponto de partida para a (re)organização de sistemas de saúde no espaço regional;
- (ii) atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade;
- (iii) implementação do repertório de ações e serviços definidos pela SMS (carteira de serviços) que serão prestados a uma população definida, em pontos de atenção ou unidades funcionais de diferentes densidades tecnológicas;
- (iv) utilização ampla da diretriz que afirma que o primeiro nível de atenção constitui a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, que integra e coordena a atenção com resolubilidade, sobre a maioria das necessidades da saúde da população;
- (v) organização da atenção, segundo critérios de escala e escopo;
- (vi) desenvolvimento de instrumentos de coordenação clínica e gerencial;
- (vii) integração institucional, mediante compromissos com resultados;
- (viii) eficiência e transparência na gestão dos recursos;
- (ix) estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, com institucionalização por políticas públicas;
- (x) construção coletiva e planejada;
- (xi) foco nas relações de interdependência entre os atores envolvidos;
- (xii) apoio de sistemas unificados e ágeis de informações geoprocessadas, bem como de sistemas logísticos, de apoio diagnóstico e terapêutico e de gestão;
- (xiii) responsabilização pelos custos e resultados de saúde da população adstrita;
- (xiv) foco na continuidade e na qualidade do cuidado, por meio da coordenação e ganhos na efetividade;
- (xv) sistema de governança participativo e único, com ampla ação intersetorial; e
- (xvi) financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema.

Segundo o entendimento da OS VIVA RIO, atuar em parceria com a gestão municipal para consolidar a estratégia de RAS no âmbito do TEIAS Manguinhos da AP 3.1 pressupõe movimentos coordenados e sucessivos de releitura das programações de saúde já desenvolvidas, com capacidade e suficiência para atender às demandas de saúde da população dos territórios.

Ao apresentar sua proposta de modelo gerencial para a Rede de Atenção Psicossocial da SMS/RJ, a OS Viva Rio considera a historicidade das instituições, seus valores e protagonistas envolvidos e vincula sua atuação à Rede de Atenção à Saúde (RAS), de forma articulada à atenção básica, que tem a função coordenadora do cuidado e ordenadora da RAPS num dado território e acredita que esta visão representará, de fato, ações e estratégias impactantes, coerentes com as políticas públicas de saúde do município do Rio de Janeiro. Considera também que essas unidades de saúde constituem-se em espaços de pesquisa e avaliação tecnológica em saúde para as RAS.

Tomando por base esses desafios, o modelo proposto pela OS Viva Rio traz a integralidade como eixo central e considera que um novo olhar para a Rede de Atenção Psicossocial da SMS/RJ,



09 - 000071 / 21 3074
07 JAN 2021

passa por uma estratégia gerencial de construção de linhas de cuidado, apostando em um novo arranjo que possibilita criar mecanismos de coordenação das práticas cotidianas das Unidades de forma mais articulada, “leve”, com canais de comunicação mais definidos, mais solidária, mais democrática, em particular a coordenação da prática dos vários profissionais envolvidos no cuidado.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no contexto das Redes Temáticas de Atenção à Saúde

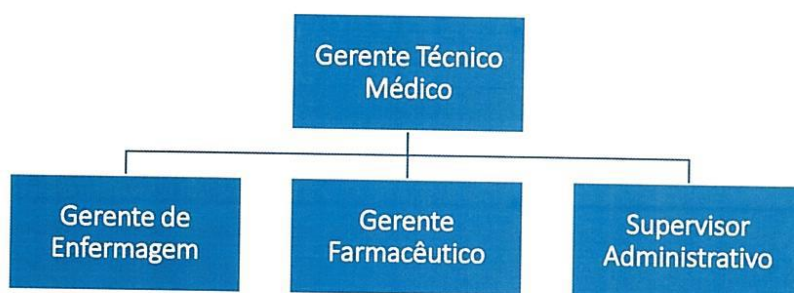
Parte integrante do TEIAS da AP 3.1 e da Rede de Atenção à Saúde, a **Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h**, está inserida na Rede de Atenção às Urgências e Emergências através da Portaria Ministerial 2.648/2011. De acordo com a legislação vigente, as UPAS 24h são unidades que prestam atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados de natureza clínica, sendo capazes de prestar um primeiro atendimento aos casos cirúrgicos ou traumáticos, estabilizando os usuários para sua posterior transferência. Cabe ainda uma primeira investigação diagnóstica dos casos atendidos, avaliando de acordo com a necessidade e complexidade dos casos, a transferência para hospitais de maior complexidade.

Unidades de saúde de complexidade intermediária entre as unidades de atenção primária e os hospitais, as UPAS 24h são um dos pontos de atenção da área de urgência e emergência. Cabem as UPAS 24h articular-se com as unidades básicas construir fluxos efetivos e coerentes de referência e contrarreferência dos casos de menor complexidade, atuando como importante retaguarda as urgências atendidas nas unidades básicas. Para isso é de fundamental importância a construção de fluxos e protocolos de atendimento.

Cargos e responsabilidades

Cada UPA 24h conta com Gerente Técnico Médico, Gerente de Enfermagem, Gerente Farmacêutico e Supervisor Administrativo, organizados na seguinte estrutura hierárquica.

Figura 3: Organograma UPA



Fonte: OS Viva Rio.



09 - 000071 / 21

33

3075

07 JAN 2021

Ao **Gerente Técnico Médico** compete:

- ✓ Gerenciar e controlar as atividades desenvolvidas na UPA, planejando junto às equipes ações que busquem um atendimento de urgência ético, seguro e humanizado;
- ✓ Responder pelo bom andamento e pela regularidade do serviço;
- ✓ Executar outras ações conforme determinação superior da OS e da SMS;
- ✓ Gerenciar os recursos humanos, incluindo ações de desenvolvimento profissional, seus direitos (férias, licenças), e gerenciamento das escalas dos profissionais;
- ✓ Controlar a gestão de recursos materiais, supervisionando as ações do supervisor administrativo quanto a estoque e reposição de material;
- ✓ Atuar como Diretor Técnico da UPA, junto ao CREMERJ, cumprindo as normativas dos Conselhos de Medicina;
- ✓ Participar de reuniões de planejamento das atividades junto a outros serviços de emergência, assim como colegiados gestores;
- ✓ Apoiar tecnicamente a implementação dos protocolos e diretrizes clínicas, em especial o protocolo de classificação de risco;
- ✓ Supervisionar as atividades realizadas na UPA, incluindo condições físicas, materiais e demais aspectos do serviço, no intuito de garantir condições adequadas nos atendimentos e melhor desempenho dos profissionais;
- ✓ Acompanhar e orientar a equipe na realização de suas atividades profissionais, identificando potencialidades e necessidades de atualizações técnicas;
- ✓ Promover a educação permanente dos profissionais, incluindo treinamentos específicos na área de urgência e emergência;
- ✓ Realizar reuniões periódicas junto às equipes, garantindo o registro em ata, assim como desenvolver estratégias de comunicação para manter a equipe informada e integrada;
- ✓ Participar do Colegiado Gestor da Rede de Urgência e Emergência.

Ao **Gerente de Enfermagem**, subordinado ao Gerente Técnico Médico, compete:

- ✓ Gerenciar diretamente os profissionais de enfermagem da UPA, planejando junto às equipes ações que busquem um atendimento de urgência ético, seguro e humanizado;
- ✓ Dimensionar de forma qualitativa e quantitativa a necessidade de profissionais de enfermagem para prestação da assistência de enfermagem, de acordo com os critérios técnico-operacionais;
- ✓ Ser o responsável técnico fazer-se a interface da UPA junto ao seu conselho de classe, cumprindo as normativas dos Conselhos de Enfermagem;
- ✓ Realizar, juntamente com o Gerente Técnico Médico a avaliação técnica do atendimento prestado pelas equipes;
- ✓ Gerenciar os recursos humanos, incluindo ações de desenvolvimento profissional, seus direitos (férias, licenças), e gerenciamento das escalas dos profissionais de enfermagem;
- ✓ Apoiar tecnicamente a implementação dos protocolos e diretrizes clínicas, em especial o protocolo de classificação de risco;
- ✓ Participar do Colegiado Gestor da Rede de Urgência e Emergência
- ✓ Promover em parceria com o Coordenador Técnico Médico a educação permanente, incluindo treinamentos específicos de urgência e emergência;
- ✓ Participar e atuar na contribuição de temas e pautas de reuniões periódicas junto às equipes, garantindo o registro em ata, assim como desenvolver estratégias de comunicação para manter a equipe informada e integrada.



09 - 000071/21 3076

34

07 JAN 2021

Ao **Gerente Farmacêutico**, subordinado ao Gerente Técnico Médico, compete:

- ✓ Gerenciar as atividades da farmácia;
- ✓ Supervisionar a atividade desenvolvida pela sua equipe durante as atividades desempenhadas;
- ✓ Desenvolver e monitorar a adoção de protocolos para armazenamento de medicamentos;
- ✓ Gerenciar o controle de estoque, solicitando em tempo adequado ao setor de compras a reposição de medicamentos ou de materiais permanentes necessários;
- ✓ Responsabilizar-se pela segurança patrimonial dos materiais permanentes e bens de sob sua responsabilidade;
- ✓ Ser o responsável técnico fazer-se a interface da UPA junto ao seu conselho de classe, cumprindo as normativas dos Conselhos de Farmácia;
- ✓ Gerenciar seus recursos humanos, incluindo ações de desenvolvimento profissional, seus direitos (férias, licenças), e gerenciamento das escalas dos profissionais de enfermagem;
- ✓ Promover em parceria com o Coordenador Técnico Médico a educação permanente, incluindo treinamentos específicos de urgência e emergência;
- ✓ Participar e atuar na contribuição de temas e pautas de reuniões periódicas junto as equipes, garantindo o registro em ata, assim como desenvolver estratégias de comunicação para manter a equipe informada e integrada.

Ao **Supervisor Administrativo**, subordinado ao Gerente Técnico Médico, compete:

- ✓ Controlar todos os processos administrativos da UPA;
- ✓ Supervisionar as atividades realizadas na UPA, incluindo condições físicas, materiais e demais aspectos do serviço, no intuito de propor melhorias nos processos administrativos e de gestão;
- ✓ Apoiar tecnicamente no gerenciamento do controle de estoque, tempo de reposição de medicamentos e de materiais permanentes necessários;
- ✓ Responsabilizar-se pela segurança patrimonial dos materiais permanentes e bens de sob sua responsabilidade;
- ✓ Participar e atuar na contribuição de temas e pautas de reuniões periódicas junto as equipes, garantindo o registro em ata, assim como desenvolver estratégias de comunicação para manter a equipe informada e integrada;
- ✓ Gerenciar o controle de materiais de consumo, solicitando em tempo adequado ao setor de compras a reposição de medicamentos ou de materiais permanentes necessários.

Cada UPA dispõe de quadro técnico composto por equipe multiprofissional, tendo como responsabilidades as especificadas de acordo com sua competência profissional.

Mais importante do que aderir a um conceito estático de Redes de Atenção à Saúde, será garantir sua aplicabilidade no processo de GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE. Dentre as estratégias adotadas para este fim, a OS VIVA RIO se compromete a:

- (i) atualização do diagnóstico situacional como ponto de partida para a (re)organização de sistemas de saúde no espaço regional;
- (ii) atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade;



09 - 000071 / 21

3077

35

07 JAN 2021

(iii) implementação do repertório de ações e serviços definidos pela SMS (carteira de serviços) que serão prestados a uma população definida, em pontos de atenção ou unidades funcionais de diferentes densidades tecnológicas;

(iv) utilização ampla da diretriz que afirma que o primeiro nível de atenção constitui a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, que integra e coordena a atenção com resolubilidade, sobre a maioria das necessidades da saúde da população;

(v) organização da atenção, segundo critérios de escala e escopo;

(vi) desenvolvimento de instrumentos de coordenação clínica e gerencial;

(vii) integração institucional, mediante compromissos com resultados;

(viii) eficiência e transparência na gestão dos recursos;

(ix) estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, com institucionalização por políticas públicas;

(x) construção coletiva e planejada;

(xi) foco nas relações de interdependência entre os atores envolvidos;

(xii) apoio de sistemas unificados e ágeis de informações geoprocessadas, bem como de sistemas logísticos, de apoio diagnóstico e terapêutico e de gestão;

(xiii) responsabilização pelos custos e resultados de saúde da população adstrita;

(xiv) foco na continuidade e na qualidade do cuidado, por meio da coordenação e ganhos na efetividade;

(xv) sistema de governança participativo e único, com ampla ação intersetorial; e

(xvi) financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema.

Para efetivar tais compromissos a OS VIVA RIO assume a responsabilidade de retomar a estratégia do **Fórum de Integração da Rede de Atenção à Saúde**, experiência exitosa já realizada no âmbito do TEIAS da AP 3.1 em na operacionalização de contrato anterior com a SMS.

A OS VIVA RIO se propõe a atuar no fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde estreitando as relações entre as unidades de saúde do território tendo em vista a consolidação dos fluxos de referência e contrarreferência, a otimização dos recursos e a promoção da integralidade do cuidado ao usuário do sistema de saúde. A OS VIVA RIO iniciou tal processo de articulação em 2015, no território da Penha, e diante dos resultados, pretende dar continuidade à essa experiência.

A articulação da Rede de Atenção à Saúde corresponde, em essência, à articulação entre serviços e sistemas de saúde, e às relações entre atores do território, mediante movimentos de interdependência entre os diversos pontos da Rede. Busca-se assim, romper com a fragmentação dos serviços e trabalhar de forma articulada. Para isso é necessário investir em espaços de integração dos atores envolvidos na gestão e no cuidado.

Em 2015, a OS VIVA RIO iniciou um processo de integração entre serviços de baixa, média e alta complexidade localizados na região no bairro da Penha no Rio de Janeiro. Representantes de seis clínicas da família do território Penha, do CAPS, do Hospital Getúlio Vargas e da UPA Penha participaram dos encontros. Na ocasião de implantação do Fórum, foram organizados seminários de apresentação do perfil e atribuições das diferentes unidades de saúde da RAS e na sequência das reuniões do Fórum, foi aplicada metodologia de priorização de problemas para qualificarmos o trabalho em rede dos serviços de saúde. Nessa fase, os principais problemas foram identificados e a percepção de cada serviço foi considerada na construção de possíveis soluções.

As situações-problema levantadas pelo Fórum foram:



09 - 000071/21³⁶

3078

07 JAN 2021

- ✓ Dificuldade de coordenação do cuidado pela atenção primária, por falta de informações de atendimentos realizados em outros serviços;
- ✓ Excesso de atendimentos pediátricos no Hospital Getúlio Vargas que poderiam ser realizadas nas clínicas de família de referência dos usuários (demanda progressivamente crescente, de 4.000 para 8.000 atendimentos/mês em 4 meses, aproximadamente 70% dos atendimentos de baixa complexidade);
- ✓ Excesso de atendimentos na UPA 24H Penha que poderiam ser realizados nas clínicas da família de referências dos usuários;
- ✓ Necessidade de melhoria da comunicação entre os serviços de saúde;
- ✓ Desconhecimento dos gestores do perfil de atendimento das diferentes unidades de saúde participantes do Fórum.

As estratégias do Fórum de Integração da Rede de Atenção à Saúde para sanar os problemas levantados foram:

- ✓ Levantamento dos endereços dos pacientes atendidos na UPA 24H da Penha e no HEGV no período de um mês;
- ✓ Georreferenciamento dos pacientes atendidos na média e alta complexidade moradores de territórios cobertos pela estratégia saúde da família;
- ✓ Identificação das unidades de saúde da família com maior demanda de pacientes atendidos na média complexidade;
- ✓ Treinamento dos profissionais de saúde do acolhimento das unidades de média complexidade na ferramenta "Onde ser atendido?" criada pelo município do Rio de Janeiro;
- ✓ Implementação do Encaminhamento Responsável.

Os principais resultados do Fórum de Integração da Rede de Atenção à Saúde foram:

- ✓ Aproximação entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;
- ✓ Melhoria na comunicação entre os gestores das unidades de saúde;
- ✓ Estabelecimento do fluxo de encaminhamento responsável entre o setor de pediatria do Hospital Estadual Getúlio Vargas e as Clínicas da Família do território Penha.

Figura 4: Estratégias do Fórum de Articulação da Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: OS Viva Rio.



09 - 000071/21
07 JAN 2021

3079

37

Diante da experiência exposta, a OS VIVA RIO pretende retomar o Fórum de Integração da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do TEIAS da AP 3.1, com o objetivo de avaliar a atual situação dos fluxos de atendimento entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

O processo de integração exige constante monitoramento e ajustes para que as oportunidades de melhoria sejam devidamente consideradas. A articulação da Rede de Atenção à Saúde é fundamental para garantir acesso universal dos cidadãos, aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. A experiência exitosa no território da Penha demonstrou que muitas questões dos serviços de saúde são resolvidas quando investimos na qualificação da comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

O papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete ao conceito da integralidade, entendida como a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade, com fluxos ou percursos definidos e organizados espacialmente de forma a assegurar a continuidade dos cuidados.

Diante de tudo o que foi dito, entende-se que a promoção da integração da RAS é fundamental para a qualificação da atenção à saúde no SUS. A OS VIVA RIO se compromete em implantar o trabalho em conjunto com o corpo técnico da SMS no sentido de atender aos princípios de integralidade do SUS e promover maior articulação entre as unidades de saúde do território de abrangência.

Segundo o entendimento da OS VIVA RIO, atuar em parceria com a gestão municipal para consolidar a estratégia de RAS no âmbito do TEIAS da AP 3.1 pressupõe movimentos coordenados e sucessivos de releitura das programações de saúde já desenvolvidas, com capacidade e suficiência para atender às demandas de saúde da população dos territórios.

A OS VIVA RIO reafirma seus compromissos na gestão compartilhada do TEIAS da AP 3.1:

- ✓ definição de um escopo de ações e serviços que serão prestados a uma população definida, em território definido, por unidades de saúde de diferentes complexidades, em arcabouço matricial;
- ✓ estabelecimento de mecanismos efetivos de coordenação clínica e gerencial;
- ✓ integração das organizações envolvidas, em torno de objetivos comuns e compromissos com resultados;
- ✓ eficiência e transparência na gestão dos recursos;
- ✓ gestão compartilhada com relações estáveis na hierarquia múltipla, com construção de confiança e solidariedade.

Cabrá considerar a universalização das políticas estruturantes do SUS e sua articulação no espaço regional de maneira funcional, por meio da integração da produção de saúde e de estruturas públicas de planejamento, gestão e governança, como um espaço político para a pactuação e exercício da gestão compartilhada.

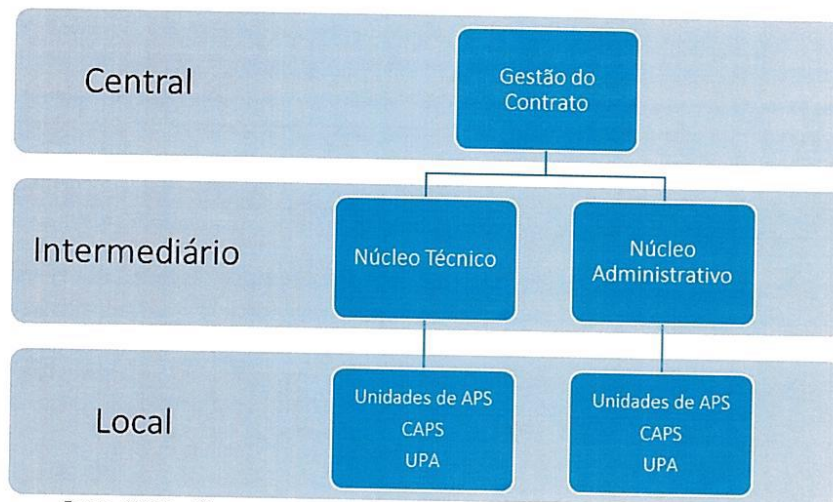
Organograma

Considerando os pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica do Brasil (PORTARIA Nº 2.436/2017) e as normatizações da SMS do município do Rio de Janeiro (Contrato de Gestão, Protocolos Assistenciais, Diretrizes de Planejamento, dentre outros) a OS VIVA RIO implementará de modo cogestor as "atividades assistenciais" organizadas no TEIAS no âmbito da AP 3.1, respeitando suas características e dinâmicas próprias. Para isso, contará com a estrutura gerencial apresentada na Figura 5.



09 - 000071 / 21 3080
38

Figura 5: Organograma – Estrutura gerencial da OS VIVA RIO para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no TEIAS no âmbito da – AP 3.1.



Fonte: OS Viva Rio

A **Gestão do Trabalho** em serviços de saúde que agregam grandes conglomerados populacionais para moradores e profissionais que atuam nesses territórios, consubstanciam-se como grandes desafios para a captação e retenção de profissionais.

A seguir, apresentam-se os cargos que compõem cada nível de gestão e breve descrição das suas funções.

GESTÃO CENTRAL:

Gestor de contrato

Será o representante da instituição na relação com a SMS. Profissional responsável pelos contratos de gestão na área de Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental.

Assessor Técnico em Saúde (RT)

Responsável por assessorar tecnicamente no desenvolvimento de processos técnicos e administrativos que visem o atingimento das metas pactuadas no contrato de gestão. Além de operacionalizar e executar as ações e serviços do Contrato de Gestão.

GESTÃO INTERMEDIÁRIA:

Núcleo Técnico

RT de Medicina

Representante técnico institucional perante o CREMERJ. Responsável por coordenar tecnicamente as atividades desenvolvidas pelos RT Médicos que compõem a Rede de Atenção Primária Saúde e Saúde Mental.

Analista de Informação

Responsável pela análise e elaboração de relatórios técnicos referentes às informações de saúde. Responsável por realizar treinamento de profissionais para uso dos sistemas de informação e prontuário eletrônico. Responsável por monitorar o serviço de suporte técnico das empresas de prontuário eletrônico.


09 - 000071 / 21 3081
39
07 JAN 2021

Ouvidor

Responsável por receber demandas (reclamações, consultas, sugestões e elogios) relativas ao desempenho das diversas áreas que compõem a rede de Atenção Primária e Saúde Mental, relacionadas aos serviços por ela prestados. Responsável por propor recomendações que promovam a qualidade e a eficiência, de modo que melhore a gestão e alcance o equilíbrio na atuação.

Núcleo Administrativo

Supervisor Administrativo RT Institucional

Responsável controle e acompanhamento dos processos administrativos financeiros, assegurando o fiel cumprimento das condições pactuadas com o ente público.

Técnico de Engenharia Clínica

Apoiar o engenheiro clínico na fiscalização da execução das rotinas de manutenção preventiva e do atendimento às solicitações de manutenção corretiva por empresas terceirizadas. Oferecer suporte técnico às unidades sobre a utilização de equipamentos médicos.

Técnico de Segurança do Trabalho

Conduzir atividades de conscientização, educação e orientação quanto a prevenção de acidentes de trabalho, a partir da realização de treinamentos. Realização de apoio na elaboração de PPRA (NR 9 e NR 32) e na implantação e Gestão da CIPA e SIPAT (NR5).

Analista Administrativo

Responsável pelo suporte às rotinas administrativas dos núcleos central, intermediário e administrativo.

Assistente Administrativo

Executar serviços de apoio nas áreas de demandas administrativas seja de nível menor ou maior complexidade

GESTÃO LOCAL:

Gerente/diretor técnico-administrativo das unidades de APS e CAPS

Responsável pela gestão técnica e administrativa da unidade, atuando como um facilitador dos processos internos, recomendados pela OS VIVA RIO e pela SMS. Cumprir e fazer cumprir, em consonância e respeito, os princípios e diretrizes do SUS. Desenvolver ações para o bom relacionamento interpessoal, estimulando o trabalho em equipe, mediação de conflitos e a gestão de Recursos Humanos da unidade, através de avaliação do desempenho das equipes (profissionais) e da unidade. Buscar melhores resultados em saúde, potencializando a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na unidade de saúde.

Supervisor administrativo, chefia administrativa ou auxiliar administrativo

Supervisionar e executar as atividades administrativas da unidade de saúde que lhe forem atribuídas pelo Gerente/diretor técnico-administrativo ou responsável pela unidade.

Responsáveis Técnicos ou coordenadores técnicos

Coordenar o serviço, juntamente com o Gerente/diretor, através do gerenciamento dos processos de trabalho e da coordenação da equipe técnica da unidade. Responder pelas estratégias de assistência à saúde dos usuários do território de adscrição da unidade. Representar o corpo técnico de sua categoria profissional junto ao respectivo Conselho de Classe.

Abaixo demonstramos a equipe gerencial dimensionada para execução ininterrupta das atividades propostas e atingimento das metas de produção e qualidade indicadas:

CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE
Analista de Informação	40	1
Analista de RH	40	1
Analista Administrativo	40	1


09 - 000071 / 21 3082
40
07 JAN 2021

Assistente administrativo	40	1
Ouvidor	40	1
Assessor Técnico em Saúde	40	1
Médico RT (Institucional)	20	1
Gestor do Contrato	40	1
Supervisor Administrativo RT (institucional)	40	1
Técnico de Engenharia Clínica	40	1
Técnico de Segurança do Trabalho	40	2
TOTAL GERAL	420	12

1. As rotinas dos procedimentos dos diversos serviços de saúde que caracterizem os serviços assistenciais das unidades

1.1 Atividades e rotinas básicas da Atenção Primária

São consideradas **atividades e rotinas básicas** de todas as **equipes de APS** na assistência à saúde:

- ✓ Participar do processo de territorialização e mapeamento da área adscrita de atuação da equipe, identificando comunidade, grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- ✓ Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde e diagnóstico de saúde da área, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- ✓ Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.);
- ✓ Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- ✓ Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- ✓ Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- ✓ Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- ✓ Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- ✓ Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de



09 - 000071 / 21 3314
07 JAN 2021 272

D. PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

Considerando os aspectos apresentados na PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL e, respeitadas as diretrizes previstas na Carteira de Serviços para a Atenção Primária da SMS Rio, segue abaixo a descrição das principais atividades assistenciais a serem desenvolvidas nas unidades sob cogestão da OS VIVA RIO.

A APS deve estar preparada para resolver os problemas de saúde mais comuns na população e oferecer todos os serviços descritos na carteira de serviços do município. Para tanto, é necessário estabelecer parâmetros e adotar critérios para nortear o fazer cotidiano, reforçando a responsabilização dos trabalhadores de saúde no processo de cuidado dos usuários.

A OS VIVA RIO em seus dez anos de cogestão da APS na cidade do Rio de Janeiro, desenvolve um conjunto de práticas no intuito de qualificar e organizar a produção de saúde no território, a partir da coordenação e integração das ações e serviços do setor Saúde, prezando ainda pela articulação intersetorial, de acordo com os marcos da promoção e da vigilância em saúde.

A OS VIVA RIO propõe que as programações das atividades assistenciais sejam orientadas pelas demandas/necessidades dos usuários, bem como pela decisão da equipe, a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local, considerando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e da Carteira de Serviços para a Atenção Primária da SMS Rio.

Com a concordância dos princípios organizativos do SUS e da PNAB, a OS VIVA RIO pretende contribuir para o fortalecimento da rede de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro através da implementação das seguintes atividades:

Consultas

Toda unidade de Atenção Primária oferece consultas médicas e de enfermagem e aquelas que dispõem de equipes de saúde bucal e equipes multiprofissionais (NASF) também oferecem consultas odontológicas e interconsultas das categorias profissionais que compõem os NASF junto às equipes de Atenção Primária.

A consulta é uma atividade que pode ser realizada através do atendimento individual de um profissional ou de forma compartilhada entre médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e as diversas categorias profissionais que compõem o NASF.

Apresenta-se a seguir o conjunto de premissas que envolvem essa atividade:

- ✓ As unidades devem organizar o serviço de modo a evitar a formação de filas. Portanto, sempre que possível, evitar concentrar a oferta de algum serviço em um dia/horário específico. Sempre que possível algum funcionário volante deve organizar o fluxo na unidade e oferecer ajuda para esclarecimentos da população.
- ✓ Cabe prioritariamente o Agente Comunitário de Saúde (ACS) realizar escala de atendimento na recepção, com guichê de atendimento identificado por equipe de abrangência.
- ✓ A agenda dos profissionais deve ser organizada a partir dos prontuários eletrônicos. Quando não for possível, esta deve estar disponível na recepção;
- ✓ Todas as equipes devem sempre que possível aceitar marcação de consulta por telefone e por e-mail dos pacientes já cadastrados e que tenham sido atendidos ao menos uma vez na unidade. O telefone da equipe e e-mail da equipe ou da unidade deve sempre estar em local visível;
- ✓ A oferta de marcação de consulta por demanda programada deve ser



09 - 000071 / 21
07 JAN 2021

3315

273

- disponibilizada todos os dias em todo o horário de funcionamento da unidade.
- ✓ As unidades devem organizar o serviço de modo a priorizar o atendimento a gestantes, idosos (acima de 60 anos), e pessoas com necessidades especiais.
 - ✓ Todos os procedimentos como medição antropométrica, aferição de pressão arterial e outros, deverão ser realizados durante a consulta.
 - ✓ Toda Unidade de Atenção Primária deve garantir o atendimento de consultas agendadas e de demanda não programada.
 - ✓ Os casos emergenciais devem ter os procedimentos garantidos, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período.
 - ✓ A condição não urgente pode ser agendada para até dois dias úteis.
 - ✓ O tempo máximo para o agendamento de consulta (que não seja intencionalmente programada desta forma) não pode exceder 30 dias.
 - ✓ Os retornos agendados deverão respeitar os protocolos preconizados. Sempre que houver necessidade de consulta de retorno, o usuário deverá sair da unidade com o agendamento em mãos.
 - ✓ Em casos extremos o paciente ou o médico de família pode solicitar a troca do usuário de equipe dentro da mesma unidade, sendo necessário o preenchimento das informações pertinentes em prontuário e anotação no livro de ocorrência da unidade.
 - ✓ A consulta de enfermagem faz parte da assistência à saúde centrada na pessoa, e deve ser orientada de acordo com protocolos clínicos da SMS Rio, da SES/RJ e do Ministério da Saúde (MS). As consultas de puericultura e de assistência ao pré-natal e puerpério, idealmente devem ser intercaladas entre o médico e o enfermeiro.
 - ✓ A prescrição de enfermagem e solicitação de exames complementares devem seguir os protocolos clínicos que especifiquem essas ações e/ou normativas técnicas e/ou decretos que regulamentem tais procedimentos.
 - ✓ Toda unidade de atenção primária deve agendar consultas, inclusive de especialidades disponíveis no SISREG. A agenda dos profissionais deve ser disponibilizada e acessível a toda a equipe técnica através do prontuário eletrônico, não devendo ficar restrito ao próprio profissional de saúde o agendamento das consultas.
 - ✓ Os pacientes que procurarem agendar consultas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta.
 - ✓ Nenhuma consulta de primeira vez pode ser agendada para mais de 30 dias úteis para o médico, enfermeiro ou dentista.

Visitas domiciliares

Todos os profissionais que atuam na APS devem realizar visitas domiciliares, bem como os profissionais dos CAPS, quando se fizer necessário.

Apresenta-se a seguir o conjunto de premissas e ações incluídas nessa atividade:

- ✓ Em qualquer equipe de saúde da família a periodicidade para visitas domiciliares dos Agentes Comunitários é baseada em estratificação de risco, com a seguinte periodicidade mínima: tuberculose e hanseníase (diária), Hipertensos Severos, Diabéticos Severos, Gestantes, Crianças até 1 ano (mensal), Hipertensos leves, Diabéticos leves, Crianças >2 anos, Acamados (trimestral); demais pessoas (anual).
- ✓ Todo domicílio deve ser visitado pelo menos 1 vez ao ano pelo agente de vigilância



09 - 000071 / 21 3316

274

07 JAN 2021

em saúde; considerando fatores de risco ambientais e do domicílio pode ocorrer visita mensal.

- ✓ O tempo máximo para realizar Visita Domiciliar quando solicitada a unidade é de 5 dias para avaliação do ACS e de 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico.
- ✓ As visitas domiciliares devem ser agendadas conforme a programação semanal, de acordo com as demandas dos usuários e da equipe. O resultado de cada visita domiciliar deve ser repassado à equipe para o conhecimento de cada caso e encaminhamento de acordo com sua realidade.
- ✓ A programação das visitas deve levar em conta também o disposto nas especificações técnicas da SMS Rio e no Termo de Referência do Contrato de Gestão, no que se refere à produção mínima esperada dos profissionais.

Assistência farmacêutica

- ✓ Toda Unidade de Atenção Primária deve apresentar um plano de uso racional de medicamentos e deve estar em conformidade com as diretrizes municipal e nacional de uso racional e previsão de consumo à Assessoria de Assistência Farmacêutica.
- ✓ Toda Unidade de Atenção Primária deve dispensar os medicamentos em local próprio que possibilite a dispensação e o depósito exclusivo da farmácia. Fica vedada a dispensação de medicamentos nos consultórios médicos ou de outros profissionais.
- ✓ A dispensação de medicamentos deve ser realizada mediante apresentação de receita.
- ✓ A farmácia deve ser mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade.
- ✓ Fica vedada a visitação de representantes de laboratórios farmacêuticos, bem como a dispensação de medicamentos de amostra grátis. A dispensação deve ser preferencialmente realizada por profissional com treinamento para tal, preferencialmente técnico / oficial de farmácia ou farmacêutico.
- ✓ Toda a relação de medicamentos disposta na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) deve ser dispensada nas Unidades de Atenção Primária, incluindo: Medicamentos para doenças respiratórias (asma, DPOC, dentre outras); medicamentos para Diabetes mellitus (hipoglicemiantes orais e insulina); medicamentos controlados (receituário de controle especial tipos A, B, B2 e comum).
- ✓ Toda prescrição de medicamento não contido na REMUME deve ser acompanhada de orientação de que esta medicação não é dispensada na unidade, por não fazer parte da Relação Municipal de Medicamentos.
- ✓ A validade da receita comum deve ser determinada pelo profissional de saúde. Caso a medicação seja de uso contínuo e não houver especificação da validade de receita simples, esta terá validade para dispensação de até 12 (doze) meses para anticoncepcionais e até 6 (seis) meses para demais medicamentos. Nesse sentido, a dispensação deverá ocorrer para o período mensal. O profissional de saúde deve identificar na receita a informação que o medicamento é de "USO CONTÍNUO". Para efeitos de validade de receita simples, nenhum anti-inflamatório, analgésico, antitérmico, antibiótico deve ser considerado como uso contínuo.
- ✓ Deve ser garantido acesso universal aos medicamentos disponíveis na unidade, durante todo o horário de funcionamento da mesma.



09 - 000071 / 21 3317

275

07 JAN 2021

- ✓ Qualquer reação adversa a medicamentos deve ser comunicada ao responsável pela assistência farmacêutica da CAP e este deve consolidar as informações e comunicar a coordenação de assistência farmacêutica da SMS.

Atenção centrada no adulto/pessoa idosa

- ✓ Planejamento reprodutivo e direito sexual e reprodutivo, que compreende as ações de: orientação individual e em grupos de métodos contraceptivos; inserção de DIU; dispensação de métodos contraceptivos e investigação de infertilidade conjugal
- ✓ Avaliação pré-concepção
- ✓ Assistência ao pré-natal desde o diagnóstico precoce gravidez, incluindo a assistência pré-natal (mínimo de 6 consultas - intercalar consultas médicas e de enfermagem)
- ✓ Assistência ao puerpério
- ✓ Assistência ao climatério
- ✓ Rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo ou papanicolaou)
- ✓ Rastreamento de câncer de mama
- ✓ Rastreamento de dislipidemia em adultos em homens maiores de 35 anos; homens entre 20 e 35 anos se alto risco cardiovascular (CV) e em mulheres maiores de 45 anos se alto risco CV
- ✓ Rastreamento de DM em adultos quando os níveis pressóricos forem superiores a PA >135/80 sustentada
- ✓ Rastreamento de HA (hipertensão arterial) para homens maiores que 18 anos, anualmente
- ✓ Rastreamento e aconselhamento para tabagismo
- ✓ Rastreamento e aconselhamento para uso nocivo/abuso de álcool e outras drogas
- ✓ Prevenção, identificação e acompanhamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e HIV
- ✓ Prevenção, identificação e acompanhamento de situações de violência contra mulheres
- ✓ Prevenção, identificação, acompanhamento e encaminhamento qualificado de deficiências físicas, auditivas, visuais e intelectuais.
- ✓ Manejo de problemas ginecológicos mais comuns
- ✓ Manejo das doenças cardiovasculares
- ✓ Manejo das doenças crônicas respiratórias
- ✓ Manejo de outras doenças crônicas prevalentes
- ✓ Manejo de problemas mais prevalentes no adulto
- ✓ Avaliação global do paciente idoso
- ✓ Manejo de tuberculose
- ✓ Manejo de hanseníase
- ✓ Abordagem Síndrome de ISTs
- ✓ Abordagem das hepatites virais agudas
- ✓ Manejo de parasitoses intestinais
- ✓ Manejo da dengue
- ✓ Emissão de atestado médico e demais documentos
- ✓ Valorização da paternidade
- ✓ Identificação e acompanhamento de doenças relacionadas ao trabalho
- ✓ Promoção do envelhecimento ativo e saudável
- ✓ Prevenção, identificação e acompanhamento de distúrbios nutricionais no idoso
- ✓ Prevenção de quedas e fraturas



09 - 000071 / 21

3318

07 JAN 2021

276

- ✓ Prevenção, identificação e acompanhamento de situações de violência contra idosos
- ✓ Prevenção, identificação e acompanhamento da pessoa idosa em processo de fragilização
- ✓ Prevenção, identificação e tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis em todas as unidades, com foco na prevenção de incapacidades e deficiências.
- ✓ Realização de atividades de grupo, como Terapia Comunitária, Roda de conversa (Espaços de Comunicação)
- ✓ Realizar levantamento e acompanhamento das pessoas com deficiência na comunidade, identificando situações de risco/vulnerabilidades, trabalhando a gestão das listas e diagnóstico comunitário
- ✓ Incluir a pessoa com deficiência nas ações/programas de saúde previstas para seu ciclo de vida e gênero
- ✓ Prestar apoio/orientação aos cuidadores de deficientes
- ✓ Realizar as ações de reabilitação previstas para os Serviços de Reabilitação Física das pessoas com deficiência
- ✓ Realizar as ações de práticas integrativas e complementares
- ✓ Imunização de rotina e participação nas campanhas
- ✓ Atualização do Calendário Vacinal
- ✓ Identificação de caso suspeito de síndrome gripal e de Covid-19
- ✓ Manejo terapêutico de casos leves de covid-19
- ✓ Estabilização e encaminhamento de casos graves de covid-19
- ✓ Realização de testes e monitoramento clínico dos casos de covid-19

Atenção centrada na criança/adolescente

- ✓ Acolhimento mãe-pai-bebê após alta da maternidade
- ✓ Vigilância do recém-nato de risco/vulnerável
- ✓ Triagem Neonatal: teste do pezinho, teste do reflexo vermelho e teste da orelhinha
- ✓ Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais
- ✓ Promoção de alimentação e hábitos saudáveis
- ✓ Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com utilização da Caderneta de Saúde da Criança (0 a 10 anos): incluindo o mínimo de 7 consultas no 1º ano, 2 consultas no 2º ano e anuais a partir do 3º ano. Ações de pesagem, medição e avaliação do desenvolvimento motor, neurológico, social, preenchendo a caderneta da criança em todo atendimento. As consultas médicas devem ser idealmente intercaladas com as de enfermagem. Cabe ainda avaliar aspectos psíquicos e afetivos buscando identificar fatores de risco e proteção
- ✓ Imunização de rotina e participação nas campanhas
- ✓ Atualização do Calendário Vacinal
- ✓ Vigilância Nutricional: identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes em risco nutricional (baixo peso, sobrepeso e obesidade)
- ✓ Acolhimento com avaliação de risco (demanda espontânea)
- ✓ Prevenção da violência contra crianças e adolescentes e acolhimento/atendimento/notificação/acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados
- ✓ Assistência a problemas mais comuns no recém-nascido e no lactente
- ✓ Identificação, tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes do Cartão Família Carioca



09 - 000071 / 21 3319
07 JAN 2021 277

- ✓ Atendimento aos agravos prevalentes na infância e na adolescência
- ✓ Identificar situações que requeiram atendimento de urgência e/ou especializado/internação e encaminhar quando necessário
- ✓ Realizar ações para o Saúde do Escolar (atividades em escolas e creches da área)
- ✓ Apoio e vigilância à saúde das crianças e adolescentes portadoras de doenças crônicas e deficiências residentes na área
- ✓ Realizar consulta para mãe e bebê nos primeiros 7 dias pós-parto (visita domiciliar ou na unidade de saúde)
- ✓ Atenção à saúde bucal
- ✓ Prevenção dos acidentes e violências
- ✓ Prevenção do uso de drogas
- ✓ Promoção da saúde sexual e reprodutiva
- ✓ Prevenção do tabagismo
- ✓ Promoção da atividade física
- ✓ Atividades educativas individuais e coletivas voltadas para a promoção do desenvolvimento saudável da criança
- ✓ Promoção da cultura de prevenção nas escolas
- ✓ Inclusão da saúde no Projeto Político Pedagógico das escolas
- ✓ Promoção de Saúde Ambiental e Desenvolvimento Local Sustentável
- ✓ Prevenção dos fatores de risco para doença cardíaca isquêmica e diabetes na infância e na adolescência
- ✓ Manejo dos problemas mais comuns na adolescência
- ✓ Estadiamento puberal (estágios de tanner)
- ✓ Pesquisar causas de retardo puberal em adolescentes que não iniciaram a puberdade no sexo feminino até os 13 anos (broto mamário) e no sexo masculino até os 14 anos (aumento de testículos)
- ✓ Avaliar ginecomastia
- ✓ Atividades educativas voltadas para a promoção do desenvolvimento saudável e do vínculo pais e filhos
- ✓ Identificação de caso suspeito de síndrome gripal e de Covid-19
- ✓ Manejo terapêutico de casos leves de covid-19
- ✓ Estabilização e encaminhamento de casos graves de covid-19
- ✓ Realização de testes e monitoramento clínico dos casos de covid-19

Saúde mental

- ✓ Oferecer atenção integral que articule ações de prevenção, promoção, tratamento e reinserção social.
- ✓ Oferecer acesso e atendimento às pessoas com transtorno mental e/ou em uso abusivo de álcool e outras drogas do território, em seus graus variados de severidade. Nos casos de maior complexidade, solicitar apoio matricial dos profissionais do NASF e das equipes de saúde mental do território.
- ✓ Realizar intervenções baseadas no contexto familiar e comunitário. Dar apoio às famílias e cuidadores das pessoas com transtorno mental e/ou uso abusivo de álcool e drogas.
- ✓ Atender e acolher as pessoas em situações de crise, e referenciar se necessário, mantendo o acompanhamento dos pacientes e a coordenação do cuidado pela Atenção Primária.
- ✓ Em situação de emergência em saúde mental solicitar Vaga Zero, através da plataforma de ambulâncias. Se a pessoa estiver em casa ou em via pública, chamar



09 - 000071 / 21

3320

07 JAN 2021 278

o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Sempre que possível, contatar os profissionais de saúde mental do NASF ou do CAPS de referência para discutir a condução do caso.

- ✓ Realizar desintoxicação alcoólica na Unidade de Atenção Primária à Saúde.
- ✓ Os casos de abstinência grave devem ser encaminhados através da Central de Regulação, pelo protocolo de Vaga Zero.
- ✓ Promover ações de redução de danos junto às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, tanto aos domiciliados quanto aos em situação de rua.
- ✓ Realizar ações de promoção à saúde e de prevenção do tabagismo e uso abusivo de álcool e outras drogas.
- ✓ Promover ações de redução de danos às gestantes usuárias de álcool, tabaco e outras drogas.
- ✓ Realizar e incentivar a participação de profissionais da Atenção Primária à Saúde em fóruns e supervisões de saúde mental do território, visando a integração e construção de parcerias intersetoriais.
- ✓ Realizar atendimento às pessoas e seus familiares visando intervenção em situações de risco, vulnerabilidades e violência.
- ✓ Incluir usuários com transtornos mentais e/ou em uso abusivo de álcool e outras drogas nas atividades de rotina da Unidade, como consultas e acompanhamento de hipertensão, diabetes, tuberculose, saúde bucal, em grupos, oficinas terapêuticas ou outras atividades.
- ✓ Atentar para a dimensão do sofrimento psíquico, que pode estar presente nos mais diversos processos de adoecimento, tais como hipertensão, diabetes, tuberculose, HIV/AIDS e outras doenças infectocontagiosas que exijam isolamento social, como a covid-19.
- ✓ Atender e acompanhar pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos e outros psicotrópicos, através de consulta médica e de enfermagem, grupos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.
- ✓ Realizar ações de reinserção psicossocial através do incentivo à participação nos espaços de convivência da comunidade, tais como: academia carioca, vilas olímpicas, escolas, centros culturais e centros de convivência.
- ✓ Identificar e atender pessoas com risco de suicídio/violência autoprovocada e realizar notificação das tentativas, através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada.

Consultório na rua/pessoas em situação de rua

- ✓ Realizar atendimento humanizado às pessoas em situação de rua, com escuta qualificada das necessidades de saúde, vínculo e responsabilização pela continuidade da atenção;
- ✓ Realizar busca ativa e acompanhamento dos agravos mais prevalentes na rua, com prioridade para os casos de tuberculose, IST, HIV/AIDS, hepatites virais, dermatoses, saúde mental, álcool e outras drogas;
- ✓ Organizar a construção de estratégias que favoreçam o autocuidado, promovendo a adesão ao tratamento (adequação dos protocolos à realidade da população em situação de rua);
- ✓ Evitar julgamentos e críticas sobre a situação de vida das pessoas em situação de rua;
- ✓ Atuar na perspectiva da redução de danos;
- ✓ Realizar interlocução com a Rede de Atenção Psicossocial e de Proteção Social;



09 - 000071 / 21

3321

279

07 JAN 2021

- ✓ Identificar parceiros e recursos na comunidade e potencializar ações intersetoriais;
- ✓ Desenvolver ações de prevenção, promoção e cuidados básicos em saúde no espaço da rua;
- ✓ Potencializar a inclusão social, cidadania e garantia de direitos sociais;
- ✓ Possibilitar o acesso à rede de serviços de saúde, que integram a rede SUS;
- ✓ Elaborar Projeto Terapêutico Singular, considerando um plano de cuidado para a população em situação de rua, respeitando suas singularidades em articulação com a rede de recursos do território;
- ✓ Realizar reuniões de equipes, a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações;
- ✓ Atuar em parceria com as equipes de Saúde da Família, na lógica do apoio matricial;
- ✓ Realizar ações de educação permanente junto às equipes de Saúde da Família;
- ✓ Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação;
- ✓ Realizar a avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas.
- ✓ Cadastramento da população em situação de rua da área adstrita do Consultório na Rua;
- ✓ Ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, redução de danos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde;
- ✓ Avaliação de risco e identificação das necessidades de cuidado;
- ✓ Acompanhamento multiprofissional na unidade de atenção primária e na rua;
- ✓ Ações individuais, em grupo e visitas na rua;
- ✓ Acompanhamento em todas as linhas de cuidado descritas na carteira de serviços para crianças, adolescentes, adultos e idosos;
- ✓ Atenção ao pré-natal das gestantes em situação de rua;
- ✓ Atenção à saúde bucal;
- ✓ Atenção à saúde mental;
- ✓ Busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e outros agravos prevalentes na rua;
- ✓ Ações de educação em saúde, promoção do autocuidado e atividades culturais;
- ✓ Atividades de fomento ao protagonismo e à autonomia;
- ✓ Ações de estímulo ao controle social através da participação da população em situação de rua nos colegiados de gestão participativa, nos conselhos de políticas públicas e direitos.

Saúde bucal

- ✓ Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica
- ✓ Instrução de higiene oral
- ✓ Evidenciação/revelação de placa bacteriana
- ✓ Escovação dental supervisionada
- ✓ Aplicação tópica de flúor
- ✓ Visita domiciliar
- ✓ Atendimento clínico fora da Unidade de Saúde (TRA - Tratamento Restaurador Atraumático)
- ✓ Ações do Dentescola/PSE
- ✓ Atendimento clínico ambulatorial na Unidade de Saúde
- ✓ Tartarotomia/raspagem de cálculo
- ✓ Restauração de dentes anteriores e posteriores decíduos e permanentes, em amálgama, resina composta fotopolimerizável e cimento de ionômero de vidro
- ✓ Radiografia periapical



09 - 000071 / 21 3322
280

07 JAN 2021

- ✓ Exodontias/extrações de dentes permanentes e decíduos
- ✓ Atendimento de urgência
- ✓ Exame clínico para identificação de lesões suspeitas de malignidade
- ✓ Encaminhamento para os CEOs para a realização de procedimentos de média complexidade (tratamento de canal, periodontal severo, cirurgias periodontais, extrações complexas, raio X panorâmico, entre outros). Pessoas com deficiência, que não precisam de internação para realização de procedimentos, podem ser encaminhadas para os CEOs. Aqueles que precisarem de internação devem ser encaminhados para as unidades hospitalares de referência.
- ✓ Serviço de Confecção de Próteses Dentárias: esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das Equipes de Saúde Bucal. Os moldes devem ser realizados na própria Unidade de Atenção Primária, podendo ser o Laboratório para Confecção das Próteses concentrado em outro endereço na Área de Planejamento, desde que garantido o prazo máximo de 30 dias desde a confecção do molde e a implantação da prótese dentária; Caberão às equipes de Saúde Bucal da unidade a modelagem, avaliação e manutenção das próteses;

Vigilância em saúde

- ✓ Análise da Situação de Saúde
- ✓ Imunização: A sala de imunização deve estar em atividade durante todo o horário de funcionamento da unidade, não existindo dias para vacinas específicas, ao exemplo da BCG, com oferta de todas as vacinas disponíveis no Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS) otimizando todas as oportunidades para a atualização do cartão vacinal. A vacinação contra a covid-19 deve seguir as recomendações específicas do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação.
- ✓ Ações de Vigilância Ambiental em Saúde
- ✓ Ações de Vigilância Epidemiológica
- ✓ Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

Promoção da saúde

- ✓ Ações Intersetoriais
- ✓ Promoção de ambientes e de territórios de vida e trabalho saudáveis
- ✓ Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos
- ✓ Promoção de Saúde na Escola
- ✓ Promoção da mobilidade segura
- ✓ Protagonismo dos grupos sociais
- ✓ Comunicação e informação em saúde
- ✓ Protagonismo Juvenil
- ✓ Reconhecimento da identidade étnico-racial
- ✓ Acolhimento e respeito à diversidade sexual
- ✓ Acolhimento e respeito à diversidade religiosa
- ✓ Fortalecimento de vínculos familiares
- ✓ Estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno
- ✓ Estímulo à participação do homem nos serviços e espaços de cuidado
- ✓ Estímulo às relações solidárias e prevenção das violências
- ✓ Fortalecimento do autocuidado e da autonomia das pessoas
- ✓ Desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências para a promoção da



09 - 000071 / 21

281

3323

07 JAN 2021

saúde e defesa da vida.

- ✓ Plano de autocuidado individual.
- ✓ Ações voltadas para o estímulo ao autocuidado com relação à alimentação saudável, atividade física, controle do tabagismo e álcool e outras drogas.
- ✓ Promoção da alimentação saudável
- ✓ Vigilância Alimentar e Nutricional
- ✓ Acompanhamento dos Agravos Nutricionais e Doenças Relacionadas à Alimentação
- ✓ Promoção da prática de atividade física
- ✓ Incentivo e orientação da prática regular de atividade física nas rotinas e protocolos dos serviços de saúde
- ✓ Grupos de promoção da atividade física
- ✓ Ginástica laboral
- ✓ Alongamentos
- ✓ Orientações posturais na gestação
- ✓ Prática corporal/exercícios no pré-natal
- ✓ Posições e exercícios facilitadores para o trabalho de parto ativo
- ✓ Sala de espera ativa
- ✓ Programa Academia Carioca
- ✓ Controle do Tabagismo
- ✓ Ambiente Livre de Fumo
- ✓ Abordagem mínima do tabagismo em todos os pacientes tabagistas
- ✓ Manejo da dependência de nicotina
- ✓ Prevenção de tabagismo na infância e na adolescência
- ✓ Abordagem aos familiares de crianças com doença respiratória
- ✓ Abordagem aos pacientes fumantes dos grupos de risco: gestantes, tuberculose, HIV, diabéticos e hipertensos
- ✓ Abordagem do tabagismo no planejamento reprodutivo
- ✓ Estratégias de Comunicação e informação em saúde
- ✓ Comunicação social e de mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção e regulamentação de saúde e de defesa de políticas públicas saudáveis.

Procedimentos/cirurgias ambulatoriais

- ✓ Administração de medicamentos por via oral e parenteral
- ✓ Tratamento supervisionado para tuberculose
- ✓ Aferição de glicemia capilar para pacientes em uso de insulina ou em caso de emergência/urgência
- ✓ Aferição de pressão arterial
- ✓ Coleta de material de escarro para exame laboratorial
- ✓ Coleta de material de sangue para exame laboratorial
- ✓ Coleta de material de urina para exame laboratorial
- ✓ Testagem para covid-19 (Teste rápido antígeno, RT PCR e teste rápido anticorpos)
- ✓ Curativo
- ✓ Curativo em pé diabético
- ✓ Desbridamento e curativo de escara ou ulceração
- ✓ Estesimetria (teste de sensibilidade)
- ✓ Nebulização
- ✓ Realização de exame de eletrocardiografia
- ✓ Realização do teste do pezinho



09 - 000071 / 21₂₈₂ 3324

07 JAN 2021

- ✓ Garantir a realização do teste da orelhinha (exame regulado)
- ✓ Realização do teste do reflexo vermelho
- ✓ Realização de testes rápidos de gravidez
- ✓ Realização de testes rápidos para detecção de HIV, sífilis e hepatites
- ✓ Terapia de reidratação oral
- ✓ Emissão de atestados médicos
- ✓ Consulta de pré-natal realizada por enfermeiro
- ✓ Consulta puerperal realizada por enfermeiro
- ✓ Consulta para diagnóstico de diabetes mellitus
- ✓ Acompanhamento e avaliação de portadores de diabetes mellitus
- ✓ Consulta para diagnóstico de hipertensão arterial
- ✓ Acompanhamento e avaliação de portadores de hipertensão arterial
- ✓ Atividade coletiva de educação em saúde por profissionais de nível médio
- ✓ Atividade coletiva de educação em saúde por profissionais de nível superior
- ✓ Atividades executadas por agente comunitário de saúde
- ✓ Visita domiciliar por profissional de nível médio
- ✓ Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas
- ✓ Atendimento médico de urgência com observação
- ✓ Consulta médica em Atenção Primária à Saúde
- ✓ Consulta de enfermagem em Atenção Primária à Saúde
- ✓ Visita domiciliar da equipe de ESF
- ✓ Consulta médica para hanseníase
- ✓ Consulta médica puerperal
- ✓ Consulta para avaliação clínica do fumante
- ✓ Ação coletiva de escovação dental supervisionada
- ✓ Ação coletiva de bochecho fluorado
- ✓ Ação coletiva de aplicação tópica de flúor-gel
- ✓ Visita domiciliar da Equipe de Saúde da Família
- ✓ Consulta para hanseníase
- ✓ Anestesia loco regional
- ✓ Cauterização química de pequenas lesões
- ✓ Drenagem de abscesso
- ✓ Manejo de queimaduras
- ✓ Ordenha mamária
- ✓ Remoção de cerume
- ✓ Retirada de corpo estranho de nariz
- ✓ Retirada de corpo estranho de ouvido
- ✓ Retirada de corpo estranho subcutâneo
- ✓ Retirada de gesso
- ✓ Retirada de pontos
- ✓ Sutura de lesões superficiais de pele
- ✓ Tamponamento de Epistaxe
- ✓ Tratamento de miiase furunculóide
- ✓ Assistência ao parto nas situações de urgência
- ✓ Cateterismo uretral
- ✓ Coleta de material para exame citopatológico (papanicolau)
- ✓ Drenagem de abscesso da glândula de Bartholin
- ✓ Extração de corpo estranho na vagina
- ✓ Inserção de DIU



09 - 000071 / 21
283

3325

07 JAN 2021

- ✓ Procedimentos adicionais realizados em algumas unidades de APS, incluindo: Avaliação de acuidade visual; Fundoscopia (exame de fundo de olho); Realização de exame de radiografia; Realização de exame de ultrassonografia; Biópsia/punção de tumores superficiais de pele; Cirurgia da unha (cantoplastia); Drenagem de hematoma subungueal; Exerese de calo; Exerese de tumor de pele e anexos; Infiltração de corticóide em articulações; Sessão de acupuntura com inserção de agulhas; Marsupialização de cisto de Bartholin e Excisão de pólipos uterinos.

Atendendo as normativas da SMS Rio e as recomendações previstas no edital, a OS VIVA RIO se compromete junto às unidades da disponibilidade durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde os serviços de curativos, vacinas, administração de medicação, aferição de dados vitais, realização de teste rápido e acolhimento.

Manejo de situações de urgência/emergência

Para o atendimento das urgências, todos os profissionais devem estar aptos a reconhecer situações de alerta e gravidade por meio da classificação do risco, garantindo a assistência adequada aos pacientes em situações de surto ou emergência em saúde pública, visando reduzir a morbimortalidade.

Apresenta-se a seguir o conjunto de premissas que envolvem as atividades de urgência e emergência:

- ✓ Os casos de emergência que, porventura, derem entrada na unidade de Atenção Primária devem ser prontamente atendidos pelo médico e, havendo necessidade, deve-se solicitar a remoção do paciente à Central de Regulação, cujo telefone deve estar afixado em local visível.
- ✓ Até a remoção, todas as medidas para estabilização clínica hemodinâmica e respiratória necessárias devem ser assumidas e o paciente deve permanecer em observação. Nestes casos, a remoção deve ser assegurada o mais prontamente possível.
- ✓ Toda unidade de Atenção Primária deve dispor de uma maleta para emergência, com itens e medicamentos padronizados pela Carteira de Serviços e pelo Protocolo de Urgência e Emergência do município.
- ✓ Todas as unidades de Atenção Primária à Saúde devem estar preparadas para manejar os casos mais comuns de urgências e emergências clínicas: Infecção respiratória comum; Amigdalite; Resfriado comum; Gripe (influenza); Traqueobronquite; Laringite (crupe); Epiglotite; Bronquiolite; Pneumonia; Bronquite aguda; Exacerbação de DPOC; Gastroenterites; Cefaleias; Mialgias; Dores articulares; Dor lombar; Crise hipertensiva; Otites (otite média, otite externa); Rinossinusites; Infecção urinária; Angina/IAM (atendimento inicial, remoção posterior a serviço de emergência); Crise convulsiva (atendimento inicial, remoção posterior a serviço de emergência); Casos de covid19 (atendimento inicial, remoção posterior a serviço de emergência caso necessário);
- ✓ Todas as unidades de Atenção Primária à Saúde devem estar preparadas para manejar os casos mais comuns de emergência a fim de estabilizar o paciente e providenciar a rápida remoção para o serviço de emergência de referência através dos mecanismos de regulação de emergência - vaga zero.



09 - 000071 / 21 3326

07 JAN 2021 284

De acordo com o exposto no edital, outras estratégias podem ser definidas em conjunto com a SMS Rio para potencialização das ações de urgência/emergência, tais como:

- ✓ Ampliação do horário de atendimento das Unidades de Atenção Primária, com a ampliação correspondente da oferta de RH, insumos e equipamentos;
- ✓ Abertura de centros de acolhimento, atendimento e vigilância;
- ✓ Garantia de transporte dos pacientes e exames;
- ✓ Oferta de serviços de Laboratório;
- ✓ Confeção e distribuição de material informativo.

Encaminhamentos

- ✓ Todos os profissionais das unidades de APS devem conhecer suas referências dentro do sistema de regulação, assim como o TEIAS da sua área e todo encaminhamento realizado pela APS deve ser feito por meio dos sistemas de regulação, com guia específica de referência e contra-referência, sendo garantido ao usuário orientações precisas sobre datas, horários, telefone e unidade para a qual está sendo encaminhado. Em caso de necessidade de referenciar o paciente a outro serviço para apoio na condução do caso deve-se entregar ao paciente o número da solicitação no sistema de regulação.
- ✓ Cabe à toda unidade de referência fornecer uma contra-referência com o resumo da consulta e recomendações.
- ✓ A unidade de APS deve ter controle de todos os encaminhamentos realizados, bem como monitorar os internamentos e altas de pessoas de sua área, de modo a garantir a coordenação do cuidado de responsabilidade da APS.

Exames laboratoriais e apoio diagnóstico

- ✓ Toda Unidade de Atenção Primária deve oferecer coleta de exames laboratoriais em dias úteis.
- ✓ O tempo máximo para resultado de exames: Laboratoriais: 5 dias úteis; Citopatológico (preventivo): 10 dias úteis; RX, ultrassonografia e eletrocardiograma: 30 dias úteis.
- ✓ Toda Unidade de Atenção Primária deve oferecer coleta de exames laboratoriais em dias úteis. Para coleta de exame de gravidez e de baciloscopia não deve haver restrição de horário de recebimento do material. Para acondicionamento de amostras de escarro, deve-se ter disponível caixa térmica com gelo e/ou geladeira frigobar (se o período de acondicionamento > 1 dia).
- ✓ Toda unidade de Atenção Primária do tipo Clínica da Família deverá oferecer serviços de Radiologia e de Ultrassonografia. Esses serviços devem ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família. Os exames de imagem devem ser integrados nos prontuários eletrônicos de forma que a imagem seja disponibilizada automaticamente para ser acessada pelo médico da equipe. Os exames devem ser disponibilizados com laudo, podendo ser utilizados para tanto telerradiologia;

Serviços de oftalmologia – Refração e Retinografia digital

Esses serviços devem ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família.



09 - 000071 / 21

07 JAN 2021 285

3327

- ✓ Deve-se garantir a prescrição das lentes corretivas aos pacientes, quando for o caso.
- ✓ Quando houver necessidade de encaminhamento para elucidação de outras causas de baixa acuidade visual deve-se encaminhar o paciente para investigação.
- ✓ Sugere-se a implantação de retinógrafo digital que permita laudo à distância (telemedicina) para otimização de custo-efetividade. O exame deve ser realizado na Atenção Primária, porém a análise da imagem pode ser realizada a distância. Deve-se garantir a avaliação de profissional especializado (oftalmologista) com laudo.

Assistência em situações de surto ou emergência em saúde pública

- ✓ Ampliação do horário de atendimento das Unidades de Atenção Primária, com a ampliação correspondente da oferta de RH, insumos e equipamentos;
- ✓ Abertura de centros de acolhimento, atendimento e vigilância;
- ✓ Garantia de transporte dos pacientes e exames;
- ✓ Oferta de serviços de Laboratório;
- ✓ Confeção e distribuição de material informativo.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

Utilização do Protocolo de Acolhimento e Classificação de risco, recomendado para todos os públicos atendidos nos serviços de urgência e emergência: adulto, pediátrico e obstétrico – o protocolo identifica uma série de itens para a classificação de risco:

- ✓ Situação/Queixa/Duração (QPD);
- ✓ Breve histórico (relatado pelo próprio usuário se em condições);
- ✓ Uso de medicações;
- ✓ Aferição dos sinais vitais;
- ✓ Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- ✓ Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário;
- ✓ Investigação de histórico de alergias;
- ✓ Identificação de comorbidades associadas.

A partir da avaliação destes itens, o paciente será classificado de acordo com o seu risco:

- ✓ **VERMELHO: PRIORIDADE ZERO** – emergência, necessidade de atendimento imediato. Usuários que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato e ao consequente eminente risco de morte;
- ✓ **AMARELO: PRIORIDADE 1** – urgência, atendimento o mais rápido possível. Usuários que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco e breve atendimento;
- ✓ **VERDE: PRIORIDADE 2** – prioridade não urgente. Usuários em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples;
- ✓ **AZUL: PRIORIDADE 3** – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada. Usuários nas demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima. Os usuários devem ser encaminhados à unidade de atendimento da atenção primária ou absorvidos como grupo não prioritário e atendidos na Unidade.

Outras orientações:



09 - 000071 / 2 B328

286

07 JAN 2021

- ✓ A identificação do risco será colocada no sistema de prontuário eletrônico que manterá a indicação da cor correspondente ao risco na linha de registro do usuário;
- ✓ Um dos itens fundamentais no protocolo de ACCR é a reavaliação do risco identificado, evitando assim complicações durante a espera do atendimento;
- ✓ No caso dos usuários classificados com risco amarelo que estejam aguardando por mais de uma hora, deverão ter o risco reclassificado, conforme definição de protocolo;
- ✓ Os outros riscos serão pactuados de acordo com o volume da demanda;
- ✓ A busca ativa deverá ser realizada ininterruptamente, com o objetivo de identificar possíveis agravamentos dos casos e reavaliar a prioridade do atendimento do usuário;
- ✓ Todo e qualquer usuário que procurar assistência na UPA deverá ser prontamente acolhido e atendido com ações assistenciais e técnicas realizadas pelos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem, de acordo com a situação/queixa apresentada e/ou identificada, com garantia de um atendimento resolutivo e dinâmico;
- ✓ A partir do atendimento realizado, o usuário seguirá a continuidade do seu cuidado, se assim se fizer necessário, em outros pontos de atenção da rede de saúde, ou até articulações com os serviços intermunicipais para garantir a eficácia dos atendimentos e possíveis encaminhamentos.

Plano de Avaliação da Qualidade das Unidades Atenção Primária/Saúde da Família

A incorporação da avaliação no cotidiano dos serviços de saúde constitui-se em aspecto fundamental e necessário e é considerado um dos grandes desafios da atualidade. Para tal, é necessário que os sujeitos incorporem um olhar avaliativo, a fim de que a avaliação faça parte dos processos de trabalho de todos os profissionais de saúde. Com esse propósito, deve-se empreender esforços no sentido de institucionalizar a avaliação no âmbito do SUS, de modo que o monitoramento e a avaliação da Atenção Primária à Saúde sejam cada vez mais incorporados aos processos de trabalho.

A expansão significativa da Estratégia Saúde da Família traz a necessidade de qualificação da atenção ofertada à população como condição para sua sustentabilidade. Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento e implementação de ferramentas que permitam a avaliação da ESF de forma permanente, que possibilite agilidade no processo decisório, refletindo nos resultados desejados.

A institucionalização da avaliação na Atenção Primária à Saúde se dá com a incorporação da avaliação na rotina dos serviços, através do fortalecimento e/ou desenvolvimento da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde. Assim, implica a adoção das ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e à formação dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2005).

Tendo como compromisso a institucionalização da avaliação na APS, algumas ações e ferramentas são direcionadas a esse propósito. Dentre essas, destaca-se o instrumento de **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)** e o **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**, ambos do Ministério da Saúde. A OS VIVA RIO tem experiência na adesão e no desenvolvimento tanto da AMAQ quanto do PMAQ como principais estratégias do seu **Plano de Avaliação de Qualidade das Unidades de Atenção Primária/Saúde da Família** sob sua cogestão.

Objetivos:

- ✓ Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS, com garantia de



09 - 000071 / 21
07 JAN 2021 287 3329

um padrão de qualidade comparável, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Primária;

- ✓ Ampliar o impacto da APS sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações;
- ✓ Fornecer padrões de boas práticas e organização das unidades que norteiem a melhoria da qualidade da APS;
- ✓ Promover maior conformidade das unidades de saúde com os princípios da APS, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- ✓ Promover a qualidade e inovação na gestão da APS, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente;
- ✓ Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da APS;
- ✓ Institucionalizar uma cultura de avaliação da APS no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados;
- ✓ Estimular o foco da APS no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

Metodologia e Instrumentos

A AMAQ utiliza a metodologia da autoavaliação. Propõe-se que processos autoavaliativos na Atenção Primária à Saúde sejam contínuos e permanentes, constituindo-se na institucionalização do monitoramento e avaliação pela gestão, pela coordenação e pelas equipes de saúde da família. Neste sentido, a autoavaliação é considerada como sendo o ponto de partida para as ações de melhoria e qualidade dos serviços de saúde. O Ministério da Saúde recomenda que, no mínimo, anualmente as equipes realizem algum processo autoavaliativo.

A autoavaliação objetiva verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da Atenção Primária à Saúde, conduzindo a planejamentos de intervenções para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

A avaliação da qualidade não deve ser vista como um julgamento a priori, mas, uma oportunidade de mudança. Esse é o princípio que norteia análises do tipo "autoavaliação". A avaliação não deve ser entendida com um fim em si mesmo, mas, deve ser acompanhada por propostas que busquem implementar as mudanças.

A dinâmica pedagógica dos processos autoavaliativos torna-se efetiva no momento em que permite aos gestores, coordenadores e profissionais das equipes, identificarem os nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde no território, bem como avaliar as conquistas alcançadas pelas intervenções implementadas. Para que esses processos autoavaliativos aconteçam, é fundamental que sejam realizados entre pares, coletivamente considerando todos os atores envolvidos com a Atenção Primária à Saúde e diante dos resultados da autoavaliação. A partir daí, deverão ser identificadas as situações que precisam ser revistas e/ou modificadas (BRASIL, 2013).

Os momentos autoavaliativos atingem seu potencial indutor da transformação quando são orientados por métodos participativos, que consideram a pluralidade dos atores envolvidos, promovendo um espaço de construção de propostas e iniciativas para o aprimoramento dos serviços. Os processos de planejamento construídos de forma democrática e pactuados entre os



09 - 000071 / 21

07 JAN 2021

288

3330

atores implicados (gestores, coordenadores, equipes, profissionais e usuários) são mais efetivos, pois possuem maior alinhamento com as necessidades e realidades locais.

A atribuição de valor de uma intervenção poderá variar de acordo com o padrão de qualidade utilizado, portanto, é importante utilizar padrões validados, o que legitima o julgamento. Para julgar o valor ou qualidade de uma intervenção, é importante comparar os aspectos encontrados com alguma “coisa”, para tanto se utilizam normas, critérios e padrões.

No caso da AMAQ, são utilizados padrões de qualidade, que são referências consensuadas com base em parâmetros técnico-científicos, necessidades de saúde da população e valores culturais. O padrão é a declaração da qualidade esperada ou da qualidade ideal. A qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos.

O método de análise adotado na AMAQ permite aos respondentes avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados. Para tanto, uma escala de pontuação, variando entre 0 e 10 pontos, é atribuída a cada padrão. Essa escala é classificada como do tipo não comparativa, pois, nela, cada um é avaliado por si só. Essas escalas apresentam as categorias de maneira absoluta, entre as quais o respondente escolhe a que melhor represente sua atitude em relação à questão avaliada, permitindo, assim, a mensuração das opiniões de maneira mais objetiva (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, ao utilizar a AMAQ, os respondentes devem considerar que o ponto 0 (zero) indica o não cumprimento ao padrão, o ponto 10 é a total adequação e os intervalos entre 0 e 10 são graus de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada (BRASIL, 2013).

A AMAQ está estruturada por meio de dimensões e subdimensões que abordam temas importantes para a qualidade do trabalho na APS: Infraestrutura e equipamentos; Insumos, imunobiológicos e medicamentos; Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica; Organização do processo de trabalho; Atenção integral à saúde; Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário e Programa Saúde na Escola. As dimensões e subdimensões da AMAQ estão distribuídas em três instrumentos de autoavaliação: Atenção Básica e Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Centro de Especialidades Odontológicas, todos disponíveis para impressão e em versão online.

A classificação do respondente para cada dimensão e subdimensão terá como resultado cinco categorias: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Essa categorização permite que as equipes identifiquem, com maior facilidade, os desafios ou problemas mais críticos, orientando a definição de prioridades para a melhoria do acesso e qualidade. Cada subdimensão representa um conjunto de pontos que variam de acordo com o número de padrões de qualidade, avaliados segundo uma escala de 10 pontos.

O projeto propõe a realização de um ciclo de melhoria da qualidade, que é composto de momentos avaliativos e suas respectivas etapas de intervenção, nas quais o profissional de saúde é ator do processo de reflexão e mudança do seu processo de trabalho.

Para a realização do ciclo de melhoria da qualidade, o planejamento da melhoria é de fundamental importância. Esse planejamento deve contemplar os problemas elencados como os mais importantes e essenciais para cada uma das categorias de atores envolvidos. A priorização das intervenções a serem implementadas deve levar em consideração o impacto dessas intervenções sobre os problemas identificados, a governabilidade dos atores envolvidos, bem como a possibilidade de mudança.

A AMAQ disponibiliza um instrumento de planejamento para a melhoria da qualidade denominado “Matriz de Intervenção”. Dessa forma, após realizado cada momento auto-avaliativo, é importante que os atores respondentes escolham dimensões e subdimensões avaliadas como “muito insatisfatórias”, “insatisfatórias” ou “regulares”, para planejar a melhoria da qualidade, visando alcançar escores mais satisfatórios.



09 - 000071 / 21 3331
07 JAN 2021 289

Destacam-se alguns passos para o planejamento das intervenções: elencar os principais problemas identificados na autoavaliação; escolher os problemas prioritários a serem enfrentados; refletir sobre as causas dos problemas escolhidos e selecionar os nós críticos; buscar estratégias de intervenção para superação dos problemas prioritários; traçar o plano de ação com uso de uma matriz de intervenção identificando responsáveis e prazos de execução; avaliar a viabilidade do plano considerando atores envolvidos e suas competências, habilidades, vontades, entre outros; pactuar com os sujeitos as ações a serem implementadas; definir as estratégias de monitoramento e avaliação das ações a serem implantadas (BRASIL, 2013).

A partir das importantes considerações supracitadas, estruturantes para a implementação de uma Avaliação da Qualidade na Atenção Primária à Saúde, a OS VIVA RIO propõe a utilização sistemática dos instrumentos de "Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade" (AMAQ) do Ministério da Saúde, em 100% das Equipes SF deste edital, garantindo a sensibilização e capacitação dos profissionais das equipes para a implantação, utilização e maior aproveitamento da AMAQ.

Cabe destacar que a OS VIVA RIO entende que a adesão deste instrumento específico de autoavaliação é de autonomia da SMS Rio, porém sugere-se fortemente a utilização da AMAQ devido à sua validade já reconhecida, ao incentivo do Ministério da Saúde ao reconhecê-lo e pontuá-lo no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e à expertise da área técnica desta OS na utilização da ferramenta, o que possibilitará potencializar sua utilização nas equipes.

Tempo de execução e Periodicidade

No que se refere à periodicidade, ressalta-se que o Ministério da Saúde não define períodos para a realização das autoavaliações da AMAQ. No entanto, destaca que, entre uma autoavaliação e outra, deve haver intervalo de tempo suficiente para a execução de parte do plano de intervenção, permitindo que nos próximos momentos autoavaliativos sejam identificadas melhorias na qualidade dos serviços.

Desta forma, a OS VIVA RIO propõe que sejam realizados três momentos avaliativos da AMAQ, com o intervalo de 6 a 12 meses entre cada momento, na implementação do ciclo da melhoria da qualidade:

Etapa I: adesão das equipes ao projeto AMAQ. Nesta etapa é realizada a sensibilização, apresentação da AMAQ e capacitação das equipes/profissionais da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal. Depois de realizada a adesão e capacitadas as equipes de SF/SB, é realizada a 1ª auto-avaliação.

Etapa II – São escolhidos alguns padrões que tiveram como resposta "muito insatisfatório" ou "insatisfatório" para planejar a melhoria da qualidade. Nesta etapa são elaboradas as matrizes de intervenção e são construídos os planos estratégicos de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, orientadas para melhoria da organização e qualidade dos serviços da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal.

Etapa III - Avaliação dos resultados alcançados diante das intervenções implantadas e implementadas pelas equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal e, num prazo de 6 a 12 meses dá-se início a 2ª auto-avaliação.

Caso seja constatado que com 2 momentos avaliativos ainda permaneçam padrões com resultados "muito insatisfatório", "insatisfatório" ou "regular" será proposto e incentivado o 3º momento auto-avaliativo da AMAQ.

Conforme já mencionado anteriormente, os esforços de expansão de cobertura e de ampliação do acesso na APS tem sido cada vez mais articulados ao esforço de melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários. No âmbito do SUS, o conjunto de iniciativas que se propõe analisar a qualidade da



09 - 000071 / 21 3332
07 JAN 2021 290

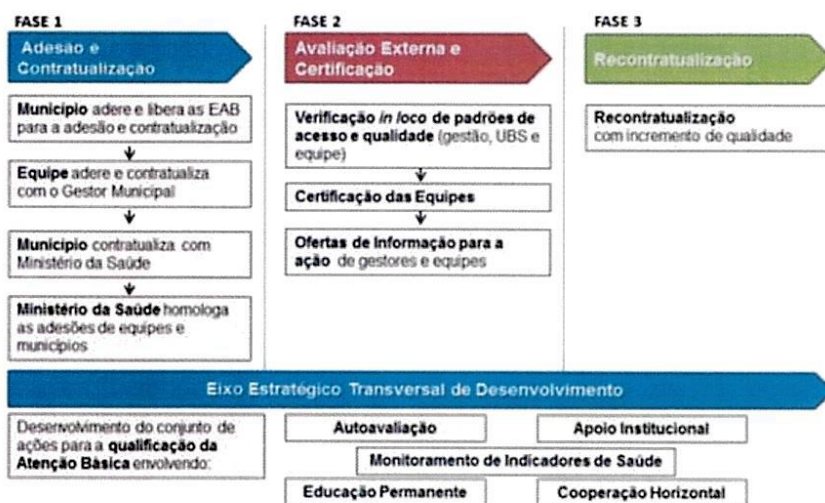
Atenção Primária à Saúde, tornou-se um tema especialmente relevante a partir da criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) em 2011.

O PMAQ tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde e eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

O PMAQ já está em seu terceiro ciclo e cada ciclo tem duração média de três anos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica está organizado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber:

- 1 – Adesão e Contratualização
- 2 – Certificação
- 3 – Recontratualização

Fases do PMAQ - 3º Ciclo



Frente ao exposto, torna-se premente destacar a importância do apoio do Núcleo Técnico e do Sistema de Informação desta OS no desenvolvimento das ações previstas no Eixo Estratégico de Desenvolvimento: Autoavaliação; Apoio Institucional; Monitoramento de indicadores de saúde; Educação Permanente e Cooperação Horizontal, todas ações previstas e já descritas nesta proposta.

Este apoio técnico visa estabelecer um plano de trabalho por meio da construção e funcionamento de espaços participativos, potencializando a democratização institucional, o compartilhamento dos problemas e a construção de soluções. Essa relação atende às realidades e especificidades de cada território e unidade de saúde, por meio de planejamento, pactuação, avaliação constante dos processos de trabalho e ações de educação permanente.

Dessa forma, elabora-se um conjunto de estratégias em todas as etapas do trabalho de apoio ao PMAQ, desde o planejamento da adesão até o processo de avaliação externa



09 - 000071 / 21

3333

291

07 JAN 2021

propriamente dita, incluindo reuniões periódicas com a atuação dos gestores e equipes de saúde, desenvolvendo, portanto, o acompanhamento, a avaliação dos resultados, a identificação de possíveis problemas, a proposição de propostas de mudanças e reavaliações.

A preparação das unidades e equipes de saúde para a etapa de avaliação externa merece destaque. Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade irão aplicar instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. Serão realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das unidades de saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes e verificação de documentos. Trata-se de um processo semelhante à uma "visita para acreditação".

O Núcleo Técnico da OS VIVA RIO está preparado para identificar processos não controlados e áreas que apresentam não conformidade com os padrões e requisitos definidos pelo instrumento de avaliação externa do PMAQ, além de apontar os pontos fortes e onde é possível promover melhorias, tanto relacionados às características estruturais e de ambiência na unidade de saúde e disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos, assim como elementos relacionados a organização do processo de trabalho que serão verificados mediante entrevista com profissionais de saúde.

A partir dessas importantes considerações, entende-se que o apoio institucional está orientado e organizado para promover ações de qualificação da Atenção Primária à Saúde no município, de forma democrática e solidária, contribuindo para maior autonomia e compartilhamento do trabalho. Além disso, busca auxiliar as equipes a analisarem seu próprio trabalho e a construírem intervenções. Para isso, ajuda as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos. O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e parte dos problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano, passando a utilizá-los como matéria-prima para o seu trabalho e, sempre que necessário, buscando facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas (BRASIL, 2013).

Outro aspecto relevante é que são condições para permanência das equipes no PMAQ as mesmas exigências que disciplinam o pagamento das transferências de recursos do Ministério da Saúde aos municípios, dentre elas, o cadastramento e atualização regular, por parte dos gestores, de todos os profissionais das Equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como o cumprimento da carga horária de acordo com o informado e a alimentação do Sistema de Informação (e-SUS/SISAB AB) e a OS VIVA RIO terá responsabilidade direta sobre este aspecto, conforme previsto neste edital.

O processo de certificação do PMAQ deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da APS.

Dimensões/itens avaliados

As equipes participantes no PMAQ serão certificadas, conforme o seu desempenho, considerando:

a. Avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados por um entrevistador in loco. No que diz respeito à avaliação externa, a certificação é realizada considerando os padrões gerais, essenciais e estratégicos. Os padrões estão discriminados no Instrumento de Avaliação Externa (disponível no Portal do MS).

b. Verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica.

c. Avaliação de desempenho do conjunto de indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização.

09 - 000071 / 21 3334
292
07 JAN 2021

A distribuição dos percentuais para a certificação das equipes será:

Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%
Avaliação dos indicadores contratualizados	30%
Avaliação externa	60%

As questões que compõem o instrumento de avaliação externa guardam coerência com os padrões descritos no instrumento de autoavaliação (AMAQ) já mencionados acima. A figura abaixo relaciona os componentes da avaliação externa das Equipes de Saúde da Família.



09 - 000071 / 21 3335
07 JAN 2021 293

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES
DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe
	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica
DIMENSÃO II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS	Funcionamento da Unidade de Saúde
	Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da UBS
	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS
	Informatização e Conectividade
	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica
	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde
DIMENSÃO III – Valorização do Trabalhador	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde
	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica
	Educação Permanente e Telessaúde
	Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo
DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho	Plano de Carreira Remuneração por Desempenho
	Gestão do Processo de Trabalho e Acesso
	População de Referência da Equipe de Atenção Básica
	Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica
	Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe de Atenção Básica
	Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde
	Rede de Atenção à Saúde
	Acolhimento à Demanda Espontânea
	Atenção à Saúde
	Saúde da Mulher e da Criança
	Condições Crônicas (Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)
	Saúde Mental
	Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio
	Promoção da Saúde
	Participação do Usuário e Controle Social



09 - 000071 / 21 3336

294

07 JAN 2021

	Áreas Específicas*
	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas
	Programa Saúde na Escola
	Práticas Integrativas e Complementares
Dimensão V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde
	Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado
	Acolhimento à Demanda Espontânea
	Saúde da Mulher e da Criança
	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)
	Satisfação e Participação do Usuário

O conjunto de indicadores contratualizados está vinculado ao processo de certificação, compondo uma parte do desempenho final da equipe participante do PMAQ. Sendo assim, os 12 indicadores de desempenho abaixo serão monitorados regularmente pela equipe técnica da OS VIVA Rio juntamente com as equipes de saúde e gestores locais como parte do Plano de monitoramento de indicadores de desempenho da instituição.

Grupo	Indicador de Desempenho
Acesso e continuidade do cuidado	1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada
	1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática
Coordenação do Cuidado	2.1 Média de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
Resolutividade	3.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	3.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
Abrangência da oferta de serviços	4.1 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica
	4.2 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal
NASF	5. Índice de atendimentos realizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):
	5.1 Média de atendimentos individuais realizados por profissional do NASF
	5.2 Média de atendimentos domiciliares realizados por profissional do NASF
	5.3 Média de atendimentos compartilhados realizados por profissional do NASF
	5.4 Média de atendimentos em grupo realizados por profissional do NASF



09 - 000071 / 21

333

07 JAN 2021 295

Plano de monitoramento de indicadores de desempenho

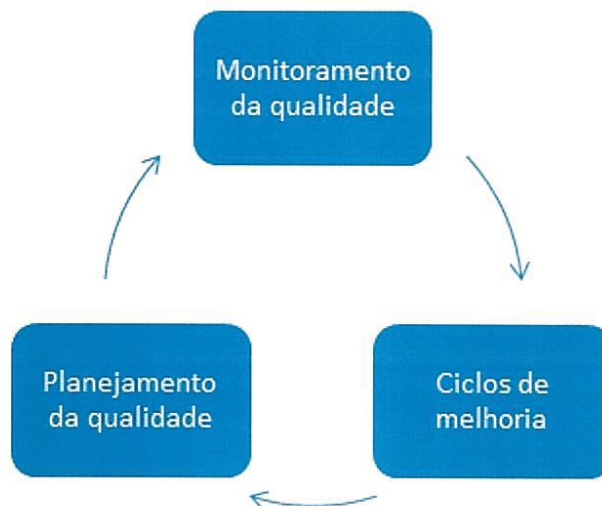
A necessidade e o interesse de avaliar e monitorar as ações e serviços de saúde é parte integrante de uma gestão moderna. Este interesse é justificado pela necessidade de se acompanhar processos e implementar mudanças em procedimentos legais, assistenciais e administrativos, além de atender às especificidades epidemiológicas e demográficas, que exigem novas formas de pensar políticas, programas e serviços de saúde, bem como pela necessidade de controlar os gastos e aumentar resolutividade.

Institucionalizar as práticas de avaliação e monitoramento tem sido um dos desafios de gestores de saúde que visam adotá-las como ferramentas de gestão e instrumentos de suporte ao processo decisório e à formulação e reformulação de estratégias e ações.

O monitoramento de indicadores de desempenho, ainda que necessário para o cumprimento de metas contratuais, no entendimento da OS VIVA RIO, faz parte de um grupo de atividades de **Gestão da Qualidade**, sendo impossível dissociá-lo das atividades de Planejamento e do desenvolvimento de Ciclos de Melhoria, conforme ilustrado na Figura 34.

Monitorar a qualidade significa medir de forma sistemática e planejada, indicadores de qualidade. O objetivo desta atividade é controlar a manutenção dos níveis preestabelecidos, para identificar a existência ou não de situações problemáticas que precisam ser avaliadas ou solucionadas.

Figura 36: Inter-relação das atividades de gestão da qualidade.



Fonte: OS Viva Rio.

No caso da rede de Atenção Primária no âmbito do TEIAS da AP 2.2, a produção/sistematização/análise dos indicadores de desempenho e da produtividade é fundamental para avaliar o próprio processo de trabalho em aspectos como: resolutividade, efetividade, abrangência das ações, integração em equipe, integração com a rede de atenção à saúde, perfil epidemiológico/demográfico/social dos usuários, satisfação do usuário, dentre



09 - 000071 / 21

07 JAN 2021

296

3338

outros. A partir do monitoramento dos indicadores dos contratos de gestão, é possível realizar a avaliação, a análise e o planejamento de intervenções para melhoria da qualidade dos processos e resultados das equipes de saúde.

O monitoramento das informações de saúde deve ser um processo descentralizado em que, conforme a natureza da informação, poderá estar disponível para diferentes categorias profissionais que atuam diretamente na assistência, além das equipes de gestão local e centralizada. Um processo descentralizado de monitoramento de indicadores e outras produções é, na verdade, uma proposta pedagógica, pois também coloca o profissional da assistência como responsável direto por estes resultados e ator principal também no processo de planejamento e de ajustamento de processos.

O uso dos indicadores se caracteriza como uma maneira dos envolvidos no processo de gestão acompanharem a aplicabilidade das ações que estão sendo realizadas e, por fim, nortear a tomada de decisão em determinado cenário.

Para que este processo se desenvolva, as equipes de gestão centralizada devem ter acesso a um conjunto de informações de forma prática e intuitiva por meio de relatórios de análise que permitam conhecer em tempo real a situação de saúde a partir dos indicadores contratualizados. Para este objetivo, pretende-se utilizar para o monitoramento dos indicadores um sistema de B.I. - **Business Intelligence** ou, em português, Inteligência de Negócios. O mesmo será de acesso público.

O BI possibilita o gerenciamento de informações, consultas, relatórios dinâmicos, ferramentas de análises e visualização, tabelas dinâmicas, *dashboards* e *performance* de gestão. Com BI, os *softwares* ganham mais funcionalidade, como acesso *offline* e *online*. Isso é inteligência e permite que as equipes de gestão deixem de agir no campo intuitivo, possibilitando tomadas mais seguras de decisões.

Esta ferramenta permite a criação de painéis e dashboards a partir da necessidade de cada usuário, de forma que o mesmo pode criar seu painel de indicadores para efetuar análise necessária para o mesmo. Ou seja, essa ferramenta contribui para rapidez na tomada de decisão, e permite que todos envolvidos no processo tenham conhecimento de toda a situação. A partir do mesmo também é possível elencar os objetivos prioritários daqueles que utilizarem este painel de indicadores.

Além disso, também será disponibilizado o acompanhamento dos **indicadores da pactuação interfederativa de indicadores (SISPACTO)**, bem como dos **indicadores de pactuação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**.

O monitoramento e avaliação dos indicadores que não estão previstos no contrato de gestão em questão segue um direcionamento da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, visto que um dos critérios para o novo financiamento da atenção primária à saúde - Previnde Brasil - é a boa performance dos indicadores.

Os eixos de capitação ponderada e pagamento por desempenho do Programa Previnde Brasil estão atrelados ao registro de qualidade, acompanhamento do processo de trabalho das equipes e monitoramento e avaliação dos indicadores de forma clara a partir do painel de indicadores. A partir da apresentação dessas métricas de forma clara para os sujeitos envolvidos no processo por meio do B.I./painel de indicadores, será possível alcançar melhoria de performance dos indicadores do contrato de gestão, SISPACTO, cadastro dos usuários e indicadores pactuados para o pagamento por performance.

Essa estratégia de inserção de todos os envolvidos no processo de governança da atenção primária à saúde a partir da disseminação da informação por meio de painéis de indicadores se encontra em consonância com o modelo de gestão à vista, que tem por objetivo deixar ao alcance de todos as principais informações. A mesma é eficaz porque tem como princípio divulgar da forma mais clara possível a todos os envolvidos, informações necessárias acerca do atual desempenho da Atenção Primária municipal.



09 - 000071 / 21 3339

297

07 JAN 2021

No que se refere ao disposto no edital, os resultados dos **quadros de indicadores de acompanhamento e avaliação (Parte variável 1, 2 e 3) do Contrato de Gestão** deverão ser apresentados trimestralmente à Comissão Técnica de Avaliação (CTA) através de relatórios emitidos diretamente do prontuário eletrônico, cujo layout do quadro síntese poderá vir a ser solicitado pela SMS. Deve-se também, publicizar os resultados através de sua publicação periódica no painel de gestão, com vistas a garantir transparência e incluir a *performance* assistencial como parte essencial da prestação de contas, entendendo que a oferta do cuidado de qualidade aos usuários deve ser o objetivo central e produto final do trabalho em saúde.

Além disso, também de acordo com o edital, o sistema (**Prontuário Eletrônico do Paciente ou PEP**) deverá disponibilizar relatórios automatizados, mensalmente, para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário.

A partir dessas ferramentas a OS Viva Rio produzirá relatórios específicos para cada fim, com conteúdo e destinatários distintos, conforme os fluxos e prazos oficiais determinados pela SMS Rio nos termos do Edital. Para a produção assistencial contratada e realizada e para o consolidado do alcance das metas de qualidade (indicadores do contrato) serão produzidos relatórios mensais com os resultados apurados para cada competência do período em análise e sua comparação com períodos anteriores, servindo de ferramenta para as equipes de gestão central, local e equipes de saúde para os ajustes necessários na oferta e organização dos serviços de saúde. Todos os resultados também serão publicizados no painel de gestão, garantindo a transparência desejada.

Caso as metas dos indicadores não sejam alcançadas no período analisado, a OS VIVA RIO irá elaborar, além das justificativas, **plano de ação e/ou ciclo de melhoria da qualidade** para cada indicador não alcançado no período em análise que serão apresentados à área técnica da coordenação de planejamento.

O monitoramento e a avaliação ocorrerão mensalmente a partir da geração dos indicadores e da produtividade das unidades. Serão considerados sempre como valores de parâmetro as metas quantitativas e qualitativas presentes no edital. Os indicadores de desempenho e produtividade serão avaliados e classificados como **satisfatório** (acima da meta) ou **insatisfatório** (abaixo da meta). Ao final de cada avaliação, a partir da produção dos relatórios mensais, serão identificadas as oportunidades de melhoria que, a partir de critérios de priorização e após a devida análise, irão basear o planejamento e a implementação de intervenções participativas e baseadas em dados, que promovam a melhoria dos processos de assistência e/ou organizacionais com o consequente alcance dos indicadores que tiveram resultados classificados como insatisfatórios.

A matriz de monitoramento e avaliação abaixo exemplifica a metodologia a ser aplicada, demonstrando a partir de dois indicadores de desempenho do contrato, elencados aleatoriamente, as possibilidades de classificação de resultados e recomendação.



09 - 000071/21 3340
298
07 JAN 2021

Quadro 17: Proposta de matriz de monitoramento e avaliação de indicadores.

RESULTADOS INDICADORES					
Nº	Indicador	Meta	Resultado	Classificação	Recomendação
Indicador D6 Parte Variável 2	% de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	Mínimo 80%	90%	Satisfatório	Identificar as principais ações responsáveis pelo bom resultado e mantê-las; Valorizar boas práticas.
Indicador 13 Parte Variável 1	Proporção de pacientes encerrados como abandono de tuberculose no período	Máximo 10%	15%	Insatisfatório	Identificar e analisar o problema/oportunidade de melhoria; Elaborar justificativa; Elaborar e implementar plano de ação/intervenção de melhoria; Reavaliar.

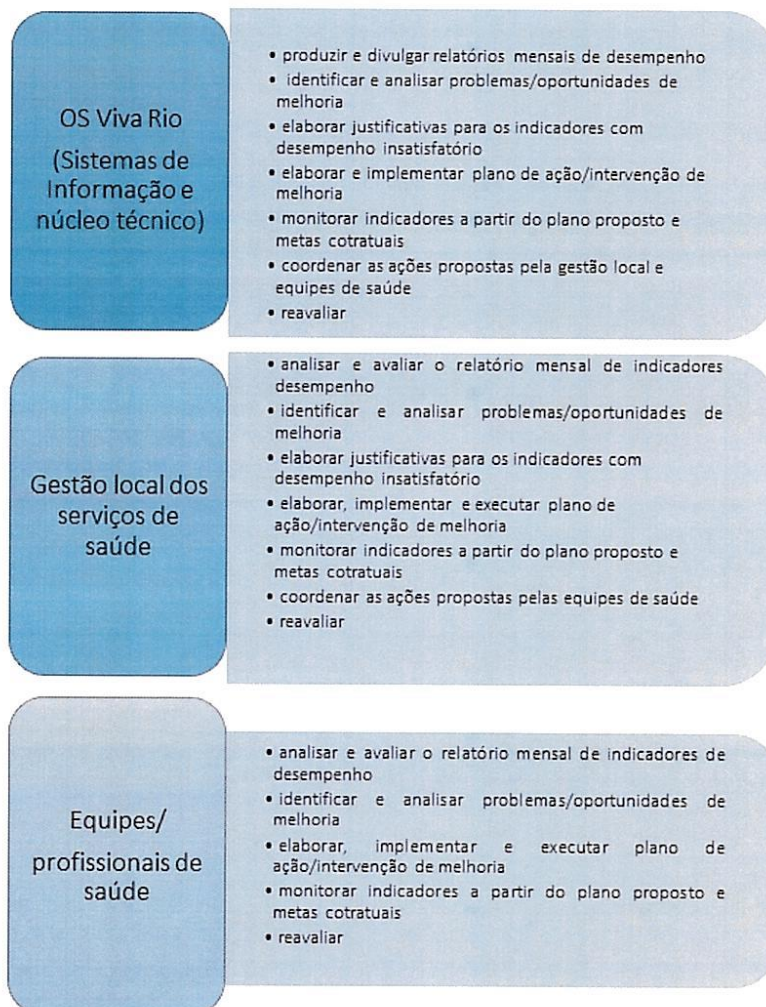
Fonte: Edital Nº CP 002/2021 e OS Viva Rio.

A sistemática de aplicação dessas ações exigirá o envolvimento de profissionais que atuam nos diferentes níveis de gestão e também na assistência, conforme Figura 35.



09 - 000071 / 21 3341
07 JAN 2021 299

Figura 37: Responsáveis e atividades de monitoramento e avaliação de indicadores.



Fonte: OS Viva Rio.

Os relatórios mensais serão divulgados para a gestão local dos serviços e equipes/profissionais de saúde até o 10º dia útil do mês subsequente pelos analista de informação. Os profissionais que atuam na gestão local dos serviços de saúde e as equipes/profissionais de saúde irão analisar as informações e elaborar as justificativas, de forma a sinalizar oportunidades de melhoria. Esses relatórios serão disponibilizados por meio do BI/painel de indicadores.



09 - 000071 / 21

300

3342

07 JAN 2021

Na figura abaixo, apresenta-se a síntese da proposta de monitoramento de indicadores de desempenho e que compõem o **plano de avaliação da qualidade das unidades de saúde** sob gestão da OS VIVA RIO.

Figura 38: Proposta de atividades para monitoramento dos indicadores.

PROPOSTA DE ATIVIDADES

Definir o plano de monitoramento: Periodicidade das medições; Procedimento de coleta dos dados; Metodologia de análise e interpretação dos dados. Considerando que o TR do Contrato de Gestão define claramente a periodicidade das medições e o procedimento de coleta e divulgação dos dados, cabe à OS Viva Rio estabelecer as atividades propostas para análise e interpretação dos dados.

Relacionar o Plano de Monitoramento com outras atividades de Gestão da Qualidade, tais como Planejamento e Ciclos de Melhoria.

A partir da extração periódica dos resultados dos indicadores, estabelecer os métodos de monitoramento mais apropriados a cada indicador, tais como matrizes de monitoramento, gráficos de tendência, gráficos de controle estatístico, dentre outros.

Identificar, a partir do monitoramento, problemas de qualidade ou oportunidades de melhoria e estabelecer prioridades de intervenção para melhoria do desempenho institucional nos indicadores estabelecidos nos Contratos de Gestão.

Elaborar ciclos de melhoria da qualidade para os problemas identificados de forma participativa e colaborativa entre gestores e equipes/profissionais de saúde, planejando e intervindo nos processos assistenciais e organizacionais para conseguir resultados desejados e predeterminados.

Instrumentalizar, envolver e apoiar os gestores e equipes/profissionais de saúde na elaboração de estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde das unidades sob contrato de gestão da OS Viva Rio.

Fomentar a rotina de avaliação e monitoramento na prática das Unidades de Saúde, melhorando a gestão da informação em saúde e utilizando os dados como ferramentas estratégicas para organização do trabalho, melhoria e resolutividade dos serviços prestados.

O foco principal da avaliação são os "indicadores de acompanhamento, avaliação e metas", apresentadas no edital, porém caso haja necessidade, é possível incorporar ao plano de monitoramento outros indicadores que auxiliem na melhoria da qualidade da assistência profissional prestada e dos serviços de saúde, bem como o incremento de metas operacionais, indicativas de eficiência e qualidade do serviço, do ponto de vista econômico, operacional e administrativo das unidades sob contrato de gestão da OS Viva Rio.

Fonte: OS Viva Rio

A experiência da OS VIVA RIO permite entender o **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)** como uma ferramenta essencial para a coleta sistematizada de informações dos pacientes que frequentam os serviços de saúde, contribuindo para o processo de trabalho dos profissionais e para as práticas de monitoramento e avaliação. A disponibilização de informações direcionadas ao



09 - 000071 / 21 3343
301

07 JAN 2021

interesse dos profissionais, a exemplo de listas de pacientes de acordo com determinado perfil, podem ajudar no acompanhamento dos pacientes e assim melhorar o cuidado em saúde.

Todavia, para que o PEP seja uma ferramenta que permita conhecer melhor as práticas de um serviço, é necessário que os profissionais estejam familiarizados com a ferramenta, sendo importante a realização de treinamentos continuados em que não se foque apenas no local de registro, mas como determinado processo deve ser interpretado e registrado o PEP.

Sendo assim, o plano de monitoramento deverá prever um plano de ação inicial para alcance das metas dos indicadores contratualizados, levando em conta as especificidades da **fase de implantação do PEP e da matriz de indicadores**, com foco na capacitação das equipes para o uso adequado da ferramenta e na forma correta de registro, para que o mesmo reflita de fato as práticas dos profissionais. Trata-se apenas de um plano inicial de trabalho, uma vez que as intervenções de melhoria, para que sejam efetivas, deverão ser propostas, como já descrito anteriormente, com base em dados (resultados obtidos), de maneira participativa com gestores e equipes de saúde e de forma individualizada após análise sistematizada do problema/oportunidade de melhoria.

O plano de monitoramento dos indicadores de desempenho se aplica a todas as unidades de Atenção Primária com PEP implantado e terá início a partir do primeiro mês de vigência do contrato. O orçamento para a execução está contemplado nos gastos com a gestão do TEIAS da OS.

E. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

O dimensionamento de pessoal para atender a Rede de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro foi realizado com base no cronograma de metas físicas estabelecido no presente edital, conforme segue nos quadros abaixo.

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - ESF - 1º AO 12º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO	40	13
	ENFERMEIRO	40	13
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	13
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO DENTISTA	40	5
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40	5
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40	2
	FARMACÊUTICO	40	2



09 - 000071 / 21 302 3344

07 JAN 2021

TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	3
GERENTE	40	2
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40	7
PORTEIRO - DIA	40	5
PORTEIRO - NOITE	40	4

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - ESF - 13º AO 24º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO	40	13
	ENFERMEIRO	40	13
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	13
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO DENTISTA	40	5
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40	5
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40	2
	FARMACÊUTICO	40	2
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	3
	GERENTE	40	2
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40	7
	PORTEIRO - DIA	40	5
	PORTEIRO - NOITE	40	4



09 - 000071 / 2313 3345

07 JAN 2021

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - CONSULTÓRIO NA RUA 1º AO 12º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE CONSULTÓRIO NA RUA	MÉDICO	40	1
	ENFERMEIRO	40	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	1
	AGENTE SOCIAL	40	3
	ASSISTENTE SOCIAL	30	1
	PSICÓLOGO	40	1

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - CONSULTÓRIO NA RUA 13º AO 24º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE CONSULTÓRIO NA RUA	MÉDICO	40	1
	ENFERMEIRO	40	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	1
	AGENTE SOCIAL	40	3
	ASSISTENTE SOCIAL	30	1
	PSICÓLOGO	40	1

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - NASF 1º AO 12º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
--------	-----------	-----------------------	--------



09 - 000071 / 21

304 3346

07 JAN 2021

EQUIPE NASF	MÉDICO NASF	40	
	PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - NASF 13º AO 24º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE NASF	MÉDICO NASF	40	1
	PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	4

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - CAPS 1º AO 12º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE CAPS	GERENTE TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	1
	COORDENADOR TÉCNICO	40	2
	COORDENADOR ADMINISTRATIVO	40	1
	SUPERVISOR CLÍNICO INSTITUCIONAL	12	1
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	40	2
	MÉDICO	40	2
	ENFERMEIRO	40	2
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	3
	PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	10
	PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	40	7



09 - 000071 / 21 305 3347

07 JAN 2021

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - CAPS 13º AO 24º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE CAPS	GERENTE TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	1
	COORDENADOR TÉCNICO	40	2
	COORDENADOR ADMINISTRATIVO	40	1
	SUPERVISOR CLÍNICO INSTITUCIONAL	12	1
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	40	2
	MÉDICO	40	2
	ENFERMEIRO	40	2
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	3
	PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	10
	PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	40	7

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) 1º AO 12º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	GERENTE GERAL	40	1
	COORDENADOR MÉDICO	40	1
	COORDENADOR ADMINISTRATIVO	40	1
	COORDENADOR DE ENFERMAGEM	40	1
	MÉDICO CLÍNICO - PLANTONISTA - DIA	12	21



09 - 000071 / 21

07 JAN 2021

306

3348

MÉDICO CLÍNICO (ROTINA E PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA)	30	3
MÉDICO PEDIATRA - PLATONISTA - DIA	12	14
MÉDICO PEDIATRA - PLATONISTA - NOITE	12	14
MÉDICO PEDIATRA (ROTINA E PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA)	30	1
FARMACÊUTICO	40	1
TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	4
MAQUEIRO	40	4
ASSISTENTE SOCIAL	30	3
ENFERMEIRO - DIARISTA	40	1
ENFERMEIRO LÍDER	40	6
ENFERMEIRO PLANTONISTA - DIA	30	6
ENFERMEIRO PLANTONISTA - NOITE	30	6
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA - DIA	30	24
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA - NOITE	30	24
TÉCNICO EM RADIOLOGIA - DIURNO	24	4
TÉCNICO EM RADIOLOGIA - NOTURNO	24	4
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - DIA	40	6
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - NOITE	40	6
ENCARREGADO (LIMPEZA)	40	1
VIGILANTE - DIA	30	6



09 - 000071 / 21

3349

307

07 JAN 2021

	VIGILANTE - NOITE	30	6
--	-------------------	----	---

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) 13º AO 24º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)	GERENTE GERAL	40	1
	COORDENADOR MÉDICO	40	1
	COORDENADOR ADMINISTRATIVO	40	1
	COORDENADOR DE ENFERMAGEM	40	1
	MÉDICO CLÍNICO - PLANTONISTA - DIA	12	21
	MÉDICO CLÍNICO - PLANTONISTA - NOITE	12	21
	MÉDICO CLÍNICO (ROTINA E PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA)	30	3
	MÉDICO PEDIATRA - PLANTONISTA - DIA	12	14
	MÉDICO PEDIATRA - PLANTONISTA - NOITE	12	14
	MÉDICO PEDIATRA (ROTINA E PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA)	30	1
	FARMACÊUTICO	40	1
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	4
	MAQUEIRO	40	4
	ASSISTENTE SOCIAL	30	3
	ENFERMEIRO - DIARISTA	40	1
	ENFERMEIRO LÍDER	40	6



09 - 000071/21

308

3350

07 JAN 2021

ENFERMEIRO PLANTONISTA - DIA	30	6
ENFERMEIRO PLANTONISTA - NOITE	30	6
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA - DIA	30	24
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA - NOITE	30	24
TÉCNICO EM RADIOLOGIA - DIURNO	24	4
TÉCNICO EM RADIOLOGIA - NOTURNO	24	4
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - DIA	40	6
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - NOITE	40	6
ENCARREGADO (LIMPEZA)	40	1
VIGILANTE - DIA	30	6
VIGILANTE - NOITE	30	6



09 000071/2

07 JAN 2021 309

335

QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - 1º AO 12º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

RECURSOS HUMANOS	CARGA HORARIA SEMANAL	QTDE	SALARIO BASE	INSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAIS
MÉDICO	40	1	R\$ 15.157,17	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 15.377,17
ENFERMEIRO	40	1	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.302,16
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	1	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 2.544,93
CIRURGIÃO DENTISTA	40	0,3333	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 2.100,72
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40	0,1667	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 424,16
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40	0,3333	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 590,00
FARMACÊUTICO	40	0,1667	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 1.050,36
TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	0,1667	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 424,16
GERENTE	40	1	R\$ 8.514,80	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 8.734,80
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40	0,3333	R\$ 1.400,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 540,00
PORTEIRO - DIA	40	0,1667	R\$ 1.400,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 270,00
PORTEIRO - NOITE	40	0,1667	R\$ 1.400,00	R\$ 220,00	R\$ 245,40	R\$ 311,07
TOTAL FUNCIONÁRIO		5,8333				
TOTAL SALÁRIOS			R\$ 54.643,24	R\$ 2.640,00	R\$ 246,40	R\$ 38.669,52
ENCARGOS SOCIAIS/ TRABALHISTAS	27,646%					
INSS - EMPRESA	0,000%	CEBAS				R\$ -
INSS - TERCEIROS	0,000%	CEBAS				R\$ -
FGTS	8,000%					R\$ 3.093,56
FÉRIAS + 1/3	0,185%	FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL SOBRE LEI Nº 12.506/11				R\$ 71,54
13º SALÁRIO	8,330%					R\$ 3.221,17
RESCISÓRIOS	11,131%	2,78% abono de férias (1/3), 1,667% Férias proporcionais em caso apenas de demissão, 0,42%, 0,833% AVISO PRÉVIO INDENIZADO, AVISO PRÉVIO (dias extras), 0,139% 13º salário (Lei nº 12.506/11), 0,185% FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (legais), 4,00% MULTA S/FGTS, 1,292% Encargos Patronais.				R\$ 4.304,30
ENCARGO FISCAL	1,000%					
PIS	1,000%					R\$ 386,70
TOTAL ENCARGOS	28,646%					R\$ 11.077,27
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)						R\$ 49.746,79
BENEFÍCIOS						
VALE TRANSPORTE	R\$ 8,10		Qtd. Funcionários beneficiados	5,8333		R\$ 1.039,50
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ 18,11		Qtd. Funcionários beneficiados	5,8333		R\$ 2.324,12
TOTAL BENEFÍCIOS						
					SUBTOTAL:	R\$ 3.363,62
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS					TOTAL	R\$ 53.110,40


09 - 000071 / 21
310 3352

07 JAN 2021

QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - 13º AO 24º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTDE	SALÁRIO BASE	INSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAIS
MÉDICO	40	1	R\$ 15.384,53	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 15.604,53
ENFERMEIRO	40	1	R\$ 6.173,39	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.393,39
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	1	R\$ 2.359,80	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 2.579,80
CIRURGIÃO DENTISTA	40	0,3333	R\$ 6.173,39	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 2.131,13
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40	0,1667	R\$ 2.359,80	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 429,97
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40	0,3333	R\$ 1.573,25	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 597,75
FARMACÊUTICO	40	0,1667	R\$ 6.173,39	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 1.065,57
TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	0,1667	R\$ 2.359,80	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 429,97
GERENTE	40	1	R\$ 8.642,52	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 8.862,52
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40	0,3333	R\$ 1.421,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 547,00
PORTEIRO - DIA	40	0,1667	R\$ 1.421,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 273,50
PORTEIRO - NOITE	40	0,1667	R\$ 1.421,00	R\$ 220,00	R\$ 250,10	R\$ 315,18
TOTAL FUNCIONÁRIO		5,8333				
TOTAL SALÁRIOS			R\$ 55.462,89	R\$ 2.640,00	R\$ 250,10	R\$ 39.230,31
ENCARGOS SOCIAIS/TRABALHISTAS	27,6465%					
INSS - EMPRESA	0,0000%	CEBAS				R\$ -
INSS - TERCEIROS	0,0000%	CEBAS				R\$ -
FGTS	8,0000%					R\$ 3.138,42
FÉRIAS + 1/3	0,185%	FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL SOBRE LEI Nº 12.506/11				R\$ 72,58
13º SALÁRIO	8,3300%					R\$ 3.267,88
RESCISÓRIOS	11,131%	2,78% abono de férias (1/3), 1,567% Férias proporcionais em caso apenas de demissão, 0,42% , 0,833% AVISO PRÉVIO INDENIZADO, AVISO PRÉVIO (duas extras), 0,139% 13º salário (Lei nº 12.506/11) , 0,185% FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (regas), 4,00% MULTA S/FGTS , 1,292% Encargos Patronais.				R\$ 4.366,73
ENCARGO FISCAL	1,0000%					
PIS	1,0000%					R\$ 392,30
TOTAL ENCARGOS	28,646%					R\$ 11.237,91
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)						R\$ 50.468,22
BENEFÍCIOS						
VALE TRANSPORTE	R\$ 8,10		Qtd. Funcionários beneficiados:	5,8333		R\$ 1.039,50
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ 18,11		Qtd. Funcionários beneficiados:	5,8333		R\$ 2.324,12
TOTAL BENEFÍCIOS						
					SUBTOTAL:	R\$ 3.363,62
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS					TOTAL	R\$ 53.831,84



09 - 000071 / 211

3353

07 JAN 2021

QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA - 1º AO 12º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA - 1º AO 12º MÊS
(VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTDE	SALÁRIO BASE	INSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAIS
MÉDICO	40	1	R\$ 15.157,17	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 15.377,17
ENFERMEIRO	40	1	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.302,16
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	1	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 2.544,93
AGENTE SOCIAL	40	3	R\$ 1.400,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 4.860,00
ASSISTENTE SOCIAL	30	1	R\$ 2.871,78	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 3.091,78
PSICÓLOGO	40	1	R\$ 5.750,34	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.010,34
TOTAL FUNCIONÁRIO		8				
TOTAL SALÁRIOS			R\$ 33.626,38	R\$ 1.320,00	R\$ -	R\$ 34.946,38
ENCARGOS SOCIAIS/TRABALHISTAS	27,646%					
INSS - EMPRESA	0,000%	CEBAS				R\$ -
INSS - TERCEIROS	0,000%	CEBAS				R\$ -
FGTS	8,000%					R\$ 3.054,91
FÉRIAS + 1/3	0,185%	FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL SOBRE LEI Nº 12.506/11				R\$ 70,64
13º SALÁRIO	8,330%					R\$ 3.190,93
RESCISÓRIOS	11,131%	2,78% abono de férias (1/3), 1,667% Férias proporcionais em caso apenas de demissão, 0,42% , 0,833% AVISO PRÉVIO INDENIZADO, AVISO PRÉVIO (dias extras), 0,139% 12º salário (Lei nº 12.506/11) , 0,185% FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (legas), 4,00% MULTA S/FGTS , 1,292% Encargos Patronais.				R\$ 4.250,53
ENCARGO FISCAL	1,000%					
PIS	1,000%					R\$ 381,66
TOTAL ENCARGOS	28,646%					R\$ 10.938,87
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)						R\$ 45.885,25
BENEFÍCIOS						
VALE TRANSPORTE	R\$ 8,10		Qtd. Funcionários beneficiados:	8		R\$ 1.425,60
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ 18,11		Qtd. Funcionários beneficiados:	8		R\$ 3.187,36
TOTAL BENEFÍCIOS						
					SUBTOTAL:	R\$ 4.612,96
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS					TOTAL	R\$ 53.738,21



09 - 000071 / 212 3354

07 JAN 2021

QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA - 13º AO 24º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA - 13º AO 24º MÊS
(VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTDE	SALÁRIO BASE	INSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAIS
MÉDICO	40	1	R\$ 15.384,53	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 15.604,53
ENFERMEIRO	40	1	R\$ 6.173,39	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.393,39
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	1	R\$ 2.359,80	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 2.579,80
AGENTE SOCIAL	40	3	R\$ 1.421,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 4.523,00
ASSISTENTE SOCIAL	30	1	R\$ 2.914,86	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 3.134,86
PSICÓLOGO	40	1	R\$ 5.877,20	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.097,20
TOTAL FUNCIONÁRIO		8				
TOTAL SALÁRIOS			R\$ 34.130,78	R\$ 1.320,00	R\$ -	R\$ 35.450,78
ENCARGOS SOCIAIS/TRABALHISTAS	27,646%					
INSS - EMPRESA	0,000%	CEBAS				R\$ -
INSS - TERCEIROS	0,000%	CEBAS				R\$ -
FGTS	8,000%					R\$ 3.090,82
FÉRIAS - 1/3	0,185%	FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL SOBRE LEI Nº 12.506/11				R\$ 71,66
13º SALÁRIO	8,330%					R\$ 3.226,44
RESCISÓRIOS	11,131%	2,78% abono de férias (1/3), 1,667% Férias proporcionais em caso apenas de demissão, 0,42% - 0,833% AVISO PRÉVIO INDENIZADO, AVISO PRÉVIO (dias extras), 0,139% 13º salário (Lei nº 12.506/11), 0,185% FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (legais), 4,00% MULTA S/FGTS, 1,292% Encargos Patronais.				R\$ 4.311,35
ENCARGO FISCAL	1,000%					
PIS	1,000%					R\$ 337,33
TOTAL ENCARGOS	28,646%					R\$ 11.095,39
SUBTOTAL (SALÁRIOS-ENCARGOS)						R\$ 46.546,17
BENEFÍCIOS						
VALE TRANSPORTE	R\$ 8,10		Qt. Funcionários beneficiados:	8		R\$ 1.425,60
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ 18,11		Qt. Funcionários beneficiados:	8		R\$ 3.197,36
TOTAL BENEFÍCIOS						
					SUBTOTAL:	R\$ 4.612,96
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS					TOTAL	R\$ 54.441,13



09 - 000071 / 21

07 JAN 2021

313

3355

QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE NASF - 1º AO 12º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTDE	SALÁRIO BASE	INSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAIS
MÉDICO NASF	40	1	R\$ 11.099,63	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 11.319,63
PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	4	R\$ 5.790,34	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 24.041,36
TOTAL FUNCIONÁRIO		5				
TOTAL SALÁRIOS			R\$ 16.889,97	R\$ 440,00	R\$ -	R\$ 35.360,99
ENCARGOS SOCIAIS/TRABALHISTAS	27,645%					
INSS - EMPRESA	0,000%	CEBAS				R\$ -
INSS - TERCEIROS	0,000%	CEBAS				R\$ -
FGTS	8,000%					R\$ 2.828,88
FÉRIAS + 1/3	0,185%	FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL SOBRE LEI Nº 12.506/11				R\$ 65,42
13º SALÁRIO	8,330%					R\$ 2.945,57
RESCISÓRIOS	11,131%	2,78% abono de férias (1/3), 1,667% Férias proporcionais em caso apenas de demissão, 0,42% , 0,833% AVISO PRÉVIO INDENIZADO, AVISO PRÉVIO (data extras), 0,139% 13º salário (Lei nº 12.506/11) , 0,185% FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (legais), 4,00% MULTA S/FGTS , 1,292% Encargos Patronais.				R\$ 3.936,03
ENCARGO FISCAL	1,000%					
PIS	1,000%					R\$ 353,61
TOTAL ENCARGOS	28,646%					R\$ 10.129,51
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)						R\$ 45.490,50
BENEFÍCIOS						
VALE TRANSPORTE	R\$ 8,10		Qtd. Funcionários beneficiados:	5		R\$ 891,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ 18,11		Qtd. Funcionários beneficiados:	5		R\$ 1.992,10
TOTAL BENEFÍCIOS						
					SUBTOTAL:	R\$ 2.883,10
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE NASF COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS						TOTAL R\$ 48.373,60



09 - 000071 / 21

3356

314

07 JAN 2021

QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE NASF - 13º AO 24º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTDE	SALÁRIO BASE	INSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAIS
MÉDICO NASF	40	1	R\$ 11.256,12	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 11.486,12
PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	4	R\$ 5.877,20	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 24.388,78
TOTAL FUNCIONÁRIO		5				
TOTAL SALÁRIOS			R\$ 17.143,32	R\$ 440,00	R\$ -	R\$ 35.874,90
ENCARGOS SOCIAIS/TRABALHISTAS	27,646%					
INSS - EMPRESA	0,000%	CEBAS				R\$ -
INSS - TERCEIROS	0,000%	CEBAS				R\$ -
FGTS	8,000%					R\$ 2.869,99
FÉRIAS + 1/3	0,185%	FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL SOBRE LEI Nº 12.506/11				R\$ 66,37
13º SALÁRIO	8,330%					R\$ 2.988,38
RESCISÓRIOS	11,131%	2,78% abono de férias (1/3), 1,667% Férias proporcionais em caso apenas de demissão, 0,42% , 0,833% AVISO PRÉVIO INDENIZADO, AVISO PRÉVIO (duas extras), 0,139% 13º salário (Lei nº 12.506/11) , 0,185% FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (legais), 4,00% MULTA S/FGTS , 1,292% Encargos Patronais.				R\$ 3.993,24
ENCARGO FISCAL	1,000%					
PIS	1,000%					R\$ 358,75
TOTAL ENCARGOS	28,646%					R\$ 10.276,73
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)						R\$ 46.151,63
BENEFÍCIOS						
VALE TRANSPORTE	R\$ 8,10		Qtd. Funcionários beneficiados:	5		R\$ 891,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ 18,11		Qtd. Funcionários beneficiados:	5		R\$ 1.992,10
TOTAL BENEFÍCIOS						
					SUBTOTAL:	R\$ 2.883,10
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE NASF COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS						TOTAL R\$ 49.034,73



09 - 000071 / 21, 315 3357
07 JAN 2021

QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE CAPS - 1º AO 12º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTDE	SALÁRIO BASE	INSSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAIS
GERENTE TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	1	R\$ 6.739,22	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.959,22
COORDENADOR TÉCNICO	40	2	R\$ 5.660,95	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 11.781,90
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	40	1	R\$ 2.830,48	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 3.050,48
SUPERVISOR CLÍNICO INSTITUCIONAL	12	1	R\$ 1.387,75	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 1.607,75
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	40	2	R\$ 1.743,70	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 3.927,40
MÉDICO	40	2	R\$ 7.929,30	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 18.296,60
ENFERMEIRO	40	2	R\$ 4.796,43	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 10.032,86
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	3	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 7.834,79
PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	10	R\$ 4.342,75	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 45.827,60
PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	40	7	R\$ 1.364,30	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 11.090,10
TOTAL FUNCIONÁRIO		31				
TOTAL SALÁRIOS			R\$ 39.118,82	R\$ 2.200,00	R\$ -	R\$ 117.988,70
ENCARGOS SOCIAIS/ TRABALHISTAS	27,646%					
INSS - EMPRESA	0,000%	CEBAS				R\$ -
INSS - TERCEIROS	0,000%	CEBAS				R\$ -
FGTS	8,000%					R\$ 9.439,10
FÉRIAS + 1/3	0,185%	FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL SOBRE LEI Nº 12.506/11				R\$ 218,28
13º SALÁRIO	8,330%					R\$ 9.828,45
RESCISÓRIOS	11,131%	2,78% abono de férias (1/3), 1,667% Férias proporcionais em caso apenas de demissão, 0,42%, 0,833% AVISO PRÉVIO INDENIZADO, AVISO PRÉVIO (das extras), 0,139% 13º salário (Lei nº 12.506/11), 0,185% FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (legais), 4,00% MULTA FGTS, 1,292% Encargos Patronais.				R\$ 13.133,32
ENCARGO FISCAL	1,000%					
PIS	1,000%					R\$ 1.179,89
TOTAL ENCARGOS	28,646%					R\$ 33.799,04
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)						R\$ 151.787,74
BENEFÍCIOS						
VALE TRANSPORTE	R\$ 8,10		Qt. Funcionários beneficiados:	31		R\$ 5.524,20
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ 18,11		Qt. Funcionários beneficiados:	31		R\$ 12.351,02
TOTAL BENEFÍCIOS						
					SUBTOTAL:	R\$ 17.875,22
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE CAPS COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS					TOTAL	R\$ 169.662,96



09 - 000071 / 21 316 3358

07 JAN 2021

QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE CAPS - 13º AO 24º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTD	SALÁRIO BASE	INSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAIS
GERENTE TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	1	R\$ 6.840,31	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 7.060,31
COORDENADOR TÉCNICO	40	2	R\$ 5.745,85	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 11.931,73
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	40	1	R\$ 2.872,94	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 3.092,94
SUPERVISOR CLÍNICO INSTITUCIONAL	12	1	R\$ 1.408,57	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 1.628,57
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	40	2	R\$ 1.769,85	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 3.979,71
MÉDICO	40	2	R\$ 8.047,22	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 16.534,45
ENFERMEIRO	40	2	R\$ 4.868,38	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 10.178,75
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	3	R\$ 2.359,80	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 7.739,41
PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	10	R\$ 4.407,80	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 46.279,01
PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	40	7	R\$ 1.384,75	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 11.233,35
TOTAL FUNCIONÁRIO		31				
TOTAL SALÁRIOS			R\$ 39.705,69	R\$ 2.200,00	R\$ -	R\$ 119.658,23
ENCARGOS SOCIAIS/TRABALHISTAS	27,646%					
INSS - EMPRESA	0,000%	CEBAS				R\$ -
INSS - TERCEIROS	0,000%	CEBAS				R\$ -
FGTS	8,000%					R\$ 9.572,50
FÉRIAS - 1/3	0,185%	FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL SOBRE LEI Nº 12.506/11				R\$ 221,36
13º SALÁRIO	8,330%					R\$ 9.987,36
RESCISÓRIOS	11,131%	2,78% abono de férias (1/3), 1,667% Férias proporcionais em caso apenas de demissão, 0,42%, 0,833% AVISO PRÉVIO INDENIZADO, AVISO PRÉVIO (das férias), 0,139% 13º salário (Lei nº 12.506/11), 0,185% FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (regas), 4,00% MULTA FGTS, 1,292% Encargos Patronais.				R\$ 13.318,94
ENCARGO FISCAL	1,000%					
PIS	1,000%					R\$ 1.196,58
TOTAL ENCARGOS	28,646%					R\$ 34.276,72
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)						R\$ 153.932,95
BENEFÍCIOS						
VALE TRANSPORTE	R\$ 8,10		Qtd. Funcionários beneficiados:	31		R\$ 5.524,20
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ 18,11		Qtd. Funcionários beneficiados:	31		R\$ 12.351,02
TOTAL BENEFÍCIOS						
					SUBTOTAL:	R\$ 17.875,22
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE CAPS COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS					TOTAL	R\$ 171.808,17



09 - 000071/21
07 JAN 2021

3359

317

QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) - 1º AO 12º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTD	SALÁRIO BASE	INSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAIS
GERENTE GERAL	40	1	R\$ 12.750,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 12.970,00
COORDENADOR MÉDICO	40	1	R\$ 15.500,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 15.720,00
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	40	1	R\$ 7.160,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 7.380,00
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	40	1	R\$ 6.650,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.870,00
MÉDICO CLÍNICO - PLANTONISTA - DIA	12	21	R\$ 4.500,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 99.120,00
MÉDICO CLÍNICO - PLANTONISTA - NOITE	12	21	R\$ 4.500,00	R\$ 220,00	R\$ 600,00	R\$ 111.720,00
MÉDICO CLÍNICO (ROTINA E PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA)	30	3	R\$ 11.050,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 33.810,00
MÉDICO PEDIATRA - PLANTONISTA - DIA	12	14	R\$ 4.500,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 66.080,00
MÉDICO PEDIATRA - PLANTONISTA - NOITE	12	14	R\$ 4.500,00	R\$ 220,00	R\$ 600,00	R\$ 74.480,00
MÉDICO PEDIATRA (ROTINA E PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA)	30	1	R\$ 13.540,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 13.760,00
FARMACÊUTICO	40	1	R\$ 6.650,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.870,00
TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	4	R\$ 1.666,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 7.544,00
MAQUIERO	40	4	R\$ 1.284,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.016,00
ASSISTENTE SOCIAL	30	3	R\$ 4.300,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 13.560,00
ENFERMEIRO - DIARISTA	40	1	R\$ 4.900,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 5.120,00
ENFERMEIRO LÍDER	40	6	R\$ 3.630,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 22.500,00
ENFERMEIRO PLANTONISTA - DIA	30	6	R\$ 3.160,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 20.280,00
ENFERMEIRO PLANTONISTA - NOITE	30	6	R\$ 3.160,00	R\$ 220,00	R\$ 505,60	R\$ 23.313,60
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA - DIA	30	24	R\$ 1.666,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 45.264,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA - NOITE	30	24	R\$ 1.666,00	R\$ 220,00	R\$ 266,56	R\$ 51.661,44
TÉCNICO EM RADIOLOGIA - DIURNO	24	4	R\$ 2.645,00	R\$ 1.058,00	R\$ -	R\$ 14.812,00
TÉCNICO EM RADIOLOGIA - NOTURNO	24	4	R\$ 2.645,00	R\$ 1.058,00	R\$ 176,32	R\$ 15.517,32
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - DIA	40	6	R\$ 1.482,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 10.092,00
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - NOITE	40	6	R\$ 1.482,00	R\$ 220,00	R\$ 257,31	R\$ 11.635,87
ENCARREGADO (LIMPEZA)	40	1	R\$ 1.780,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 2.000,00
VIOLANTE - DIA	30	6	R\$ 1.680,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 11.400,00
VIOLANTE - NOITE	30	6	R\$ 1.680,00	R\$ 220,00	R\$ 268,80	R\$ 13.012,80
TOTAL FUNCIONÁRIO		198				
TOTAL SALÁRIOS			R\$ 129.986,00	R\$ 7.616,00	R\$ 2.674,61	R\$ 139.276,61
ENCARGOS SOCIAIS/TRABALHISTAS	27,64%					
INSS - EMPRESA	0,000%	CEBAS				R\$ -
INSS - TERCEIROS	0,000%	CEBAS				R\$ -
FGTS	8,000%					R\$ 57.800,72
FÉRIAS - 1/3	0,185%	FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL SOBRE LEI Nº 12.506/11				R\$ 1.336,64
13º SALÁRIO	8,330%					R\$ 60.185,00
RESCISÓRIOS	11,131%	2,78% abono de férias (1/3), 1,667% férias proporcionais em caso apenas de demissão, 0,42% , 0,833% AVISO PRÉVIO INDENIZADO, AVISO PRÉVIO (das extras), 0,139% 13º salário (Lei nº 12.506/11), 0,185% FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (regas), 4,00% MULTA SFGTS, 1,292% Encargos Patronais				R\$ 80.422,48
ENCARGO FISCAL	1,000%					
PIS	1,000%					R\$ 7.225,09
TOTAL ENCARGOS	28,64%					R\$ 206.969,94
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)						R\$ 346.246,55
BENEFÍCIOS						
VALE TRANSPORTE	R\$ 8,10	Qtd Funcionários beneficiados: 190				R\$ 19.035,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ 18,11	Qtd Funcionários beneficiados: 190				R\$ 42.558,50
TOTAL BENEFÍCIOS						R\$ 61.593,50
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS						R\$ 981.672,49



09 - 000071 / 21
318

07 JAN 2021

3360

QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) - 13º AO 24º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)

RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTD	SALÁRIO BASE	INSS ALIQUOTIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAIS
GERENTE GERAL	40	1	R\$ 12.941,25	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 13.161,25
COORDENADOR MÉDICO	40	1	R\$ 15.732,50	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 15.952,50
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	40	1	R\$ 7.267,40	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 7.487,40
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	40	1	R\$ 6.749,75	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.969,75
MÉDICO CLÍNICO - PLANTONISTA - DIA	12	21	R\$ 4.567,50	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 100.537,50
MÉDICO CLÍNICO - PLANTONISTA - NOITE	12	21	R\$ 4.567,50	R\$ 220,00	R\$ 609,00	R\$ 113.326,50
MÉDICO CLÍNICO (ROTINA E PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA)	30	3	R\$ 11.215,75	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 34.307,25
MÉDICO PEDIATRA - PLANTONISTA - DIA	12	14	R\$ 4.567,50	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 67.025,00
MÉDICO PEDIATRA - PLANTONISTA - NOITE	12	14	R\$ 4.567,50	R\$ 220,00	R\$ 609,00	R\$ 75.551,00
MÉDICO PEDIATRA (ROTINA E PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA)	30	1	R\$ 13.743,15	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 13.963,15
FARMACÊUTICO	40	1	R\$ 6.749,75	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.969,75
TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	4	R\$ 1.690,99	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 7.643,96
MAQUIEIRO	40	4	R\$ 1.303,26	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 6.093,04
ASSISTENTE SOCIAL	30	3	R\$ 4.364,50	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 13.753,50
ENFERMEIRO - DIARISTA	40	1	R\$ 4.973,50	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 5.193,50
ENFERMEIRO LÍDER	40	6	R\$ 3.562,95	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 22.817,70
ENFERMEIRO PLANTONISTA - DIA	30	6	R\$ 3.207,40	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 20.564,40
ENFERMEIRO PLANTONISTA - NOITE	30	6	R\$ 3.207,40	R\$ 220,00	R\$ 513,18	R\$ 23.643,50
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA - DIA	30	24	R\$ 1.690,99	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 45.863,76
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA - NOITE	30	24	R\$ 1.690,99	R\$ 220,00	R\$ 273,56	R\$ 52.357,16
TÉCNICO EM RADIOLOGIA - DIURNO	24	4	R\$ 2.684,68	R\$ 1.073,87	R\$ -	R\$ 15.034,18
TÉCNICO EM RADIOLOGIA - NOTURNO	24	4	R\$ 2.684,68	R\$ 1.073,87	R\$ 178,98	R\$ 15.750,99
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - DIA	40	6	R\$ 1.483,93	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 10.223,58
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - NOITE	40	6	R\$ 1.483,93	R\$ 220,00	R\$ 261,17	R\$ 11.790,61
ENCARREGADO (LIMPEZA)	40	1	R\$ 1.806,70	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 2.026,70
VIOLANTE - DIA	30	6	R\$ 1.705,20	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 11.551,20
VIOLANTE - NOITE	30	6	R\$ 1.705,20	R\$ 220,00	R\$ 272,83	R\$ 13.188,19
TOTAL FUNCIONÁRIO		198				
TOTAL SALÁRIOS			R\$ 131.935,79	R\$ 7.647,74	R\$ 2.714,72	R\$ 142.298,25
ENCARGOS SOCIAIS/TRAJAGISTAS	27,640%					
INSS - EMPRESA	0,000%	CEBAS				R\$ -
INSS - TERCEIROS	0,000%	CEBAS				R\$ -
FGTS	8,000%					R\$ 58.619,69
FÉRIAS + 1/3	0,185%	FÉRIAS E ADOÇÃO CONSTITUCIONAL SOBRE LEI Nº 12.506/11				R\$ 1.355,58
13º SALÁRIO	8,330%					R\$ 61.037,75
RESCISÓRIOS	11,131%	2,78% abono de férias (1/3); 1,667% Férias proporcionais em caso apenas de demissão; 0,42%; 0,833% AVISO PREVIO INDENIZADO; AVISO PREVIO (das férias); 0,135% 13º salário (Lei nº 12.506/11); 0,185% FÉRIAS E ADOÇÃO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (págs); 4,00% MULTA 50% FGTS - 1,200% Encargos Patronais				R\$ 81.561,97
ENCARGO FISCAL	1,000%					
PIB	1,000%					R\$ 7.327,45
TOTAL ENCARGOS	28,640%					R\$ 209.962,44
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)						R\$ 352.260,69
BENEFÍCIOS						
VALE TRANSPORTE	R\$ 8,10		Qtd Funcionários beneficiados:	198		R\$ 19.035,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ 18,11		Qtd Funcionários beneficiados:	198		R\$ 42.558,50
TOTAL BENEFÍCIOS						R\$ 61.593,50
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS					SUBTOTAL	R\$ 413.854,19
					TOTAL	R\$ 1.004.242,62

ANEXO TÉCNICO C

DESTINAÇÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

1. CONDIÇÕES GERAIS

Para o repasse dos recursos previstos neste Edital, a Organização Social deverá seguir os seguintes critérios:

Alimentar, mensalmente, o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, sistema institucional de monitoramento, avaliação e controle dos contratos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (<https://osinfo.prefeitura.rio/>) ou qualquer outro que por decisão exclusiva do gestor municipal vier a complementá-lo ou substituí-lo, de forma a viabilizar a análise da prestação de contas dos contratos de gestão, tanto na parte assistencial como financeira. Compõem as informações gerenciais que deverão ser alimentadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais,

- Detalhamento de toda receita dos contratos, como repasses realizados, rendimentos de aplicação financeira e estornos.
- Detalhamento de todas as despesas dos contratos de gestão, com apropriação por centro de custo, por tipo de despesa, por tipo de rubrica.
- Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ou consumo, assinado pela OS com terceiros durante todo o período de vigência do Contrato de Gestão.
- Informações detalhadas de todos os bens permanentes adquiridos com recursos do Contrato de gestão.
- Informações detalhadas de todo pessoal contratado pela OS para execução do objeto contratado, tais como: nome, CPF, cargo, forma de contratação, carga horária, CNES, salário, benefícios, encargos patronais e provisionamento para férias, 13º salário e rescisões.
- Anexação de todos os documentos fiscais que comprovam a execução financeira, como: nota fiscal, recibo, contratos assinados, extratos bancários de conta corrente e aplicação financeira, etc. Todos os documentos serão anexados em forma de imagem (PDF) ao sistema.
- Resultados alcançados para cada meta/indicador pactuados nos contratos de gestão, assim como dados de produção, referentes ao período que será avaliado.

Os dados enviados pela Organização Social serão certificados pela representante legal da entidade. Além disso, a OSS será responsável por:

- Disponibilizar informações financeiras e gerenciais para auditorias externas.
- Possuir uma conta corrente única em instituição financeira oficial para as movimentações bancárias, conforme previsto no Decreto 33.010 de 03 de novembro de 2010.

Todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais ficarão permanentemente à disposição da SMS/RJ e da Comissão Técnica de Avaliação (CTA), responsável pelo acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão.

A proposta de orçamento e o programa de investimentos deverão ser aprovados pelo Conselho de Administração da Organização Social.

2. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos transferidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA serão mantidos por esta em conta especialmente aberta para a execução do presente Contrato de Gestão em instituição financeira oficial e os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados, conforme Decreto Municipal 33.010 de 3 de novembro de 2010.

O montante de recursos previstos e repassados à contratada a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta poupança, sendo vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Na formulação das Propostas Técnicas, as Organizações Sociais deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

A CONTRATADA deve zelar pelo equilíbrio financeiro entre receita e despesa, de modo a evitar déficit orçamentário ou financeiro.

3. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS

3.1 Para a execução orçamentária do presente Contrato de Gestão será seguido o seguinte procedimento:

O acompanhamento orçamentário/financeiro realizado pela Secretaria Municipal de Saúde será efetivado por consulta ao Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais que gerará relatórios gerenciais para subsidiar a avaliação da Comissão Técnica de Avaliação e o controle dos Órgãos competentes.

A transferência de recursos orçamentários para a contratada se dará em parcelas trimestrais fixas, que serão liberadas conforme cronograma especificado anexo ao contrato e condicionada à apresentação e aprovação das prestações de contas das parcelas percebidas, conforme detalhado abaixo:

- A primeira prestação de contas será feita no 2º mês do contrato de gestão de forma que a mesma seja processada na SMS e a 2ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 3º mês, para execução no período seguinte.
- A segunda prestação de contas será feita no 5º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 3ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 6º mês, para execução no período seguinte.

- A terceira prestação de contas será feita no 8º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 4ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 9º mês, para execução no período seguinte.
- A quarta prestação de contas será feita no 11º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 5ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 12º mês, para execução no período seguinte.
- A quinta prestação de contas será feita no 14º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 6ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 15º mês, para execução no período seguinte.
- A sexta prestação de contas será feita no 17º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 6ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 18º mês, para execução no período seguinte.
- A sétima prestação de contas será feita no 20º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 7ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 21º mês, para execução no período seguinte.

3.2. A prestação de contas se dará:

Prestação de Contas mensal deverá ser disponibilizada no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, até o 10º dia útil de cada mês, junto com notas fiscais digitalizadas, contratos de prestação de serviços firmados com empresas terceirizadas escaneados e qualquer outro documento que se entenda pertinente, para fins de acompanhamento pela SMS e pela CTA.

A Organização Social CONTRATADA deverá, juntamente com o envio das informações de prestação de contas no Painel, apresentar declaração, assinada pelo representante legal da entidade, quanto a veracidade dos dados alimentados no Painel de Gestão.

No ato da prestação de contas, deverão ser disponibilizadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais as certidões negativas da Organização Social, bem como as Guias de Recolhimento de INSS e FGTS dos valores relativos aos funcionários contratados em regime CLT para execução deste Contrato de Gestão, além do extrato bancário que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários.

4. DESCRIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Os recursos orçamentários estão divididos em 02 (duas) partes, sendo uma parte fixa e uma parte variável.

4.1. Recursos orçamentários pela Gestão Direta dos Serviços de Saúde (Parte Fixa)

Os recursos orçamentários para gestão direta dos serviços de Saúde previstos no Anexo Técnico B – Roteiro para a Elaboração da Proposta Técnica, consistem em um montante fixo,

com repasse trimestral antecipado, destinado ao custeio de recursos humanos e prestação de serviços de manutenção e funcionamento das unidades.

As despesas previstas e não realizadas no mês de referência deverão ser objeto de ajustes nos demonstrativos do mês subsequente.

4.2. Recursos orçamentários em função de resultados apresentados (Parte Variável)

A CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas à produtividade e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A CONTRATADA para fazer jus aos recursos orçamentários trimestrais da Parte Variável previsto no cronograma de desembolso constante no Anexo II – Item 10 – C e no Anexo Técnico F do Projeto Básico deverá cumprir o conjunto de requisitos definidos no Anexo Técnico E do Projeto Básico.

4.3. Recursos orçamentários para adaptações das instalações das unidades

O repasse será realizado de acordo com o cronograma de desembolso constante do Anexo Técnico F do Projeto Básico.

5. CONDIÇÕES PARA DESTINAÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS

A parcela correspondente à parte fixa do primeiro trimestre do Cronograma de Desembolso e Metas Físicas constante deste Anexo será creditada como 1º (primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente específica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30 (ou 31) de cada mês.

A aprovação dos relatórios de acompanhamento financeiro trimestral deverá ser assinada por pelo menos 3 (três) membros da Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA.

6. DOTAÇÃO ONERADA

A execução do presente Contrato de Gestão onerará a dotação orçamentária do respectivo Plano de Trabalho da CAP-3.1, objeto deste contrato de gestão, ND 335039 e nos anos subsequentes no PT que o suceder, respeitando os valores do Cronograma de Desembolso e Metas Físicas constante deste Anexo.

Este valor inclui as partes variáveis 1, 2 e 3.

Os limites máximos mensais em cada categoria de despesa são apontados no cronograma de desembolso constante deste Anexo.

As proponentes deverão apresentar na Proposta Técnica um Quadro idêntico àquele apresentado no cronograma de desembolso constante deste Anexo, com a proposta de evolução mensal dos valores totais para cada uma das rubricas apresentadas, sob pena de desclassificação da mesma.

7. DESPESAS GLOSADAS

Todas as despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela CTA como pertinentes ao contrato, deverão ser ressarcidas à conta específica do mesmo com demonstração por meio de extrato bancário no prazo determinado pela CTA.

8. MANUTENÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS FISCAIS E CONTÁBEIS

A CONTRATADA deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, mediante a também da Declaração de veracidade das informações constantes no relatório financeiro, conforme modelo da alínea "a)".

Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da CONTRATADA e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da CONTRATADA, bem como a data e a assinatura de seu preposto.

Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data posterior à assinatura do Contrato de Gestão e de seus respectivos termos aditivos. No momento do "atesto", o valor unitário de cada item/insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada. Todos os recibos e notas fiscais devem ter o atesto do diretor/gerente da unidade.

9. AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PERMANENTES

As aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste Contrato de Gestão deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SMS/RJ ao final do Contrato de Gestão, devendo a CONTRATADA apresentar os documentos e informações pertinentes para tal. A CONTRATADA deve patrimoniar cada item adquirido logo após a compra, utilizando o código CNES na placa de identificação de cada bem. O levantamento de itens que consta na tabela de equipamentos do CNES de cada unidade cadastrada deve ser atualizado a cada movimentação de patrimônio. Esta tabela deve ser fornecida como um dos relatórios a CTA. Da mesma forma, todos os bens adquiridos devem ser informados no Painel de Gestão.

ANEXO TÉCNICO D
APOIO A GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

PROJETO 1: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NASF E CAPS

A. GESTÃO DAS UNIDADES DA REDE ASSISTENCIAL BÁSICA

Do conjunto de equipamentos de saúde da rede de atenção, serão geridos pela Organização Social – OS aqueles apontados neste Contrato de Gestão.

A.1. OBJETO

GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS DESTINADOS A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA, no âmbito da Área de Planejamento 3.1 localizada no Município do Rio de Janeiro, incluindo adaptações e programação visual das Unidades.

A.2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados no território de abrangência deste Edital.

A.2.1. Carteira de Serviços de Saúde:

Todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMS devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

A.2.1.1. Cadastramento.

Cadastramento no período de três meses de todos os usuários da área de abrangência de cada equipe de saúde da família, respeitando a linha de base para territorialização, que forem aplicáveis a AP.

A.2.1.2. Recomendações da S/SUBPAV para o processo de trabalho do Saúde da Família.

Os 15 passos para gestão da atenção primária:

- 1) Visita dos agentes comunitários. Em qualquer equipe de saúde da família a periodicidade para visitas domiciliares dos Agentes Comunitários é baseada em estratificação de risco, com a seguinte periodicidade mínima: tuberculose e hanseníase (diária), Hipertensos Severos, Diabéticos Severos, Gestantes, Crianças até 1 ano

(mensal), Hipertensos leves, Diabéticos leves, Crianças >2 anos, Acamados (trimestral); demais pessoas (anual)

2) Visita do agente de vigilância em saúde. Todo domicílio deve ser visitado pelo menos 1 vez ao ano pelo agente de vigilância em saúde; considerando fatores de risco ambientais e do domicílio pode ocorrer visita mensal

3) Visita domiciliar. O tempo máximo para realizar Visita Domiciliar quando solicitada a unidade é de 5 dias para avaliação do ACS e máx. 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico.

4) Agendamento de consultas. Toda unidade de atenção primária deve agendar consultas, inclusive de especialidades disponíveis no SISREG. A agenda dos profissionais deve ser disponibilizada e acessível a toda a equipe técnica através do prontuário eletrônico, não devendo ficar restrito ao próprio profissional de saúde o agendamento das consultas;

5) Agendamento de consultas. Os pacientes que procurarem agendar consultas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta

6) Agendamento de consultas. Os pacientes com casos agudos devem ser atendidos pelo médico ou enfermeiro no mesmo dia

7) Agendamento de consultas. Nenhuma consulta de primeira vez pode ser agendada para mais de 30 dias úteis para o médico, enfermeiro ou dentista

8) Exames laboratoriais. O tempo máximo para resultado de exames: Laboratoriais: 5 dias úteis, citopatológico (preventivo): 10 dias úteis, RX, ultrassonografia e eletrocardiograma: 30 dias úteis.

9) Horários. Os horários de funcionamento da unidade; horário de atendimento de todos os profissionais e horário de todas as atividades educativas semanais devem estar afixados e visíveis ao usuário; bem como a semana padrão de cada profissional e o regimento interno da unidade (em local acessível).

10) Horários. Todos os serviços devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, incluindo vacinas, curativos, dispensação de medicamentos e consultas; não devendo a unidade fechar para almoço.

11) Horários. A aferição da pressão arterial deve ser feita de imediato a qualquer usuário caso ele solicite.

12) Horários. Todos os atestados de saúde devem ser realizados pelos médicos de atenção primária de acordo com os critérios clínicos e em formulários específicos.

13) Referência do paciente. Em caso de necessidade de referenciar o paciente a outro serviço para apoio na condução do caso deve-se entregar ao paciente número da solicitação no SISREG.

14) Ouvidoria. O diretor/gerente se comprometerá a cada primeira semana de cada mês reunir as lideranças locais para prestar contas do funcionamento da unidade e ouvir suas avaliações.

15) Ouvidoria. Recomenda-se a divulgação do telefone 1746, para contribuir com o funcionamento da unidade, emitindo-se uma opinião, elogio, crítica ou sugestão de melhoria da unidade.

SERVIÇOS DE APOIO ESPECIALIZADOS ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA/NÚCLEOS DE APOIO AO SAÚDE DA FAMÍLIA

Trata-se de um serviço de apoio às equipes de saúde da família que objetiva ampliar as ações da Atenção Primária em Saúde (APS) através da qualificação das equipes, descentralização das ações da APS com o treinamento em serviço dos profissionais que as compõem.

A modalidade NASF deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua);

Poderão compor os Serviços de Apoio Especializado à Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro de acordo com o perfil epidemiológico de cada território.

CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)

1) Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.

2) Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).

3) A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

4) Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve contar no projeto terapêutico de cada usuário.

5) As atividades dos profissionais de saúde dos CAPS poderão ser alteradas mediante justificativa registrada no projeto terapêutico dos usuários.

6) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades fora do espaço físico do CAPS, visando à articulação com a comunidade. Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, duas atividades externas por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

7) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades de matriciamento (discussão de casos com o Saúde da Família, NASF, CMS, Policlínica, Hospital). Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

A.2.2. Plano de Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública:

A.2.2.1. Objetivo

Garantir a assistência adequada aos pacientes em situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública, reduzindo a morbimortalidade.

A.2.2.2. Ações de Organização dos Serviços Assistenciais

Quando há o aumento do número de casos de qualquer doença, existe concomitantemente um aumento da demanda à assistência à saúde. A existência de uma rede de atenção primária bem estruturada e uma Estratégia de Saúde da Família abrangente são fundamentais para o enfrentamento do aumento da força de transmissão, uma vez que são os profissionais de saúde deste nível de atenção que primeiro observam o aumento da incidência das doenças na população e dão o alarme que desencadeia todas as ações de saúde subsequentes. Quando este é o cenário real, a rede de atenção primária cumpre seu papel, absorve os pacientes e os acompanha, só encaminhando à assistência secundária ou terciária os casos de agravos que realmente precisam de cuidados mais específicos, estando preparados para recebê-los de volta.

A atenção primária do município, é a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde.

O que se pretende é maximizar o uso dos recursos disponíveis, garantindo o atendimento nas unidades da atenção primária e reduzindo a demanda dos pacientes para as unidades hospitalares.

Com o intuito de assistir de forma adequada a população, poderão ser utilizadas várias estratégias definidas pela SMS como as seguintes:

- Ampliação do horário de atendimento das Unidades da rede de atenção, com a ampliação correspondente da oferta de RH, insumos e equipamentos;
- Abertura de centros de acolhimento, atendimento e vigilância
- Garantia de transporte dos pacientes e exames;
- Oferta de Serviços de Laboratório;
- Confecção e distribuição de material informativo;

A.2.3. Qualidade dos Serviços Prestados

A CONTRATADA deverá implementar um plano de qualidade dos serviços prestados. Para tanto deverá atuar sobre dois aspectos:

- Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);
- Implantação da Comissão de Prontuários;
- Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMS.
- Atenção ao Usuário:
- Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário;
- Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.

A.2.4. Cobertura

A Organização Social deverá realizar os serviços para os quais está sendo celebrado este contrato de gestão, de acordo com território e população apontados na área de abrangência definida neste Edital.

A.2.4.1. Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal

Cada equipe de saúde da família deverá ser composta por no mínimo 01 médicos, 01 enfermeiros, 01 técnicos (ou auxiliar) de enfermagem, de 04 a 06 agentes comunitários de saúde e 01 agentes de vigilância em saúde.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de microárea – território onde habitam entre em média 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de 1 Agente Comunitário de Saúde – e cujo número máximo de pessoas assistidas de 3.450 pessoas.

Em média, para cada 3 equipes de Saúde da Família (ESF) existe uma equipe de saúde bucal (ESB), não havendo previsão orçamentária nos contratos de gestão para proporção inferior a esta. A linha de base para a territorialização das equipes deverá considerar o Anexo Específico ao Contrato de Gestão e os setores censitários do IBGE (2010).

A equipe de saúde da família poderá ser composta por médicos residentes vinculados à COREME da SMS ou a universidades conveniadas. A forma de contratação poderá ser na modalidade “bolsa de estudos”, em conformidade com as determinações da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM). Nesse caso cada médico residente deverá dividir a área de abrangência com outro médico e ficar responsável por no máximo 2.000 pessoas. O restante da equipe deverá seguir a mesma proporção de no máximo 3.450 pessoas para a equipe.

PROJETO 2: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

1. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

1.1 ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social descrever e executar:

1.2 Mecanismos de informação e comunicação à população sobre:

- a) Os serviços que oferta;
- b) Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- c) Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade;

1.3 Sistema gerencial de informação com acesso pela internet:

- a) Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- b) Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;

- c) Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
 - a. Referência e contra referência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou a outros níveis assistenciais;
 - b. Dispor de mecanismos que possibilitem disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a SMS julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do contrato de gestão.
 - c. Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar a SMS o controle diário da frequência dos profissionais que atuam na unidade.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pelo Plano Municipal de Saúde/RJ, com os Planos e Protocolos Assistenciais de Atenção Hospitalar da SMS/RJ e com a Legislação vigente do Ministério da Saúde – MS e demais legislações em vigor.

1.4 Boa prática clínica:

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- a) As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- b) O consenso de sociedades científicas e conselhos de classe;
- c) Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela SMS.

As referências de boas práticas citadas acima não são excludentes, e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

- a) Qualificação dos profissionais;
- b) Utilização do prontuário clínico;
- c) Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- d) Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMS, como no caso das capacitações para dengue, entre outros;
- e) Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMS;
- f) Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES RJ e SMS RJ.
- g) Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na Atenção Hospitalar;

- h) Registrar os agravos de notificação compulsória - SINAN
- i) Perfil de prescrição farmacêutica;
- j) Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- k) Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- l) Avaliação externa da prática assistencial;
- m) Avaliação externa da satisfação do usuário; e
- n) Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

1.5 Atenção ao Usuário:

Esses critérios serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- a) Grau de informação do usuário sobre o conteúdo organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- b) Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- c) Incentivo a autonomia dos usuários;
- d) Tratamento individualizado e personalizado;
- e) Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo a informação obtida através de questionário de pesquisa de opinião realizado pela instituição parceira ou por órgão designado ou contratado para tal fim.

1.6 Articulação com outros níveis assistenciais – Referência e Contrarreferência:

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade nas linhas de cuidado das unidades. Esta articulação se dará com o apoio da SUBHUE e se fará entre a Instituição Parceira, a coordenação da Área de Planejamento, a rede de atenção básica responsável pelo atendimento pré-natal, as Maternidades da SMS/RJ, as Unidades de Urgência e Emergência, as UPAs—da região onde a Unidade está instalada, a Superintendência dos Institutos nas questões relativas a assistência psiquiátrica e a Central de Regulação da SMS/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessário

- a) Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre Acolhimento e Classificação de Risco e sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nas Unidades de Pronto Atendimento;
- b) Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da

rede.

- c) Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.
- d) Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra referências estabelecidas;
- e) Observância por parte dos profissionais da disponibilização de informação dar suporte e continuidade ao processo terapêutico.

A UPA não é unidade hospitalar e, portanto, não interna, possui apenas leitos de observação nos quais os pacientes devem permanecer até 24 horas. De tal forma que a permanência de um paciente por mais de 24 horas em observação na unidade deverá ser sempre justificada e o número do Sistema de Regulação – SER, deve ser sempre informado, ou seja, o paciente deve sempre ser colocado no SER. O tempo de permanência na unidade deverá ser calculado para cada uma das salas de observação, tanto adulta quanto pediátrica, e para a unidade como um todo. **Deverá constar no texto o total de pacientes que embora tenha sido solicitada a vaga, esta não foi cedida pela central de regulação.**

Deverá ser implantada comissão de óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada ao relatório. Deverá ser encaminhada planilha onde deve contar: iniciais do paciente, diagnóstico, idade, horário de entrada e hora do óbito. Na reunião da comissão de óbitos deverá ser feita uma avaliação da assistência prestada a esses pacientes, com objetivo de avaliar e corrigir as possíveis fragilidades durante a permanência do paciente na unidade, considerando que os mesmos deveriam estar internados em leito hospitalar. O relatório relativo a essa avaliação deverá ser encaminhado junto com a ata mensal.

Para o cálculo das taxas de mortalidade, excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na UPA e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos).

Para a análise do indicador “tempo de início de antibiótico na sepse”, deverá ser enviada planilha com iniciais de cada paciente, data e hora da admissão e hora do início do antibiótico. Da mesma forma, para o indicador relativo ao uso de agentes trombolíticos, deverá ser encaminhada planilha com iniciais do paciente, idade, tempo entre a chegada a unidade com provável diagnóstico e realização do ECG, os que foram submetidos e aqueles que não foram submetidos a trombólise. Quando esta não for realizada, justificar.

Para a conformidade dos prontuários ou boletins de atendimento, a descrição da revisão realizada pela comissão de prontuários, implantada no primeiro mês de funcionamento da unidade, deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento. A análise pode ser feita por amostragem, desde sejam analisados no mínimo 10% do total de BAE abertos em decorrência de atendimento médico no período de 30 dias.

Com relação ao índice de absenteísmo, deverá ser enviada planilha com os nomes dos profissionais faltantes e suas respectivas substituições (assinadas), quando houver. As substituições serão permitidas num prazo máximo de 4 horas a partir do horário de início do plantão. As horas correspondentes a profissionais não contratados, férias e licenças com mais de 15 dias não cobertas serão consideradas horas líquidas faltantes.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades onde deve estar explícito as razões pelas quais algumas metas podem não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

2. PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL

As informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras deverão ser alimentadas no sistema de monitoramento dos contratos de gestão –Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<http://osinfo.rio.rj.gov.br>), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13. impreterivelmente, até o dia 10º dia útil do mês subsequente, conforme Manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais.

2.1 INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS DA UPA (PERIODICIDADE MENSAL)

A) Número de atendimentos total da unidade:

- Enfermagem;
- Clínica médica;
- Pediatria;
- Serviço social;
- CID mais frequentes;
- Pacientes atendidos por bairro, AP e município.

B) Desdobramentos desses atendimentos:

- Alta;
- Encaminhamento para rede básica;
- Permanência em leito de observação adulto e pediátrico;
- Transferência para internação;
- Óbito adulto e Criança

No estudo dos óbitos deverá constar tempo de permanência na unidade, leito de observação, idade do paciente e diagnóstico, observando a qualidade e as condições da assistência prestada na unidade. A S/SUBHUE disponibilizará planilha a ser preenchida e enviada mensalmente.

C) Transferências identificando:

- Transferência Inter hospitalar- TIH eletiva Vaga zero;
- Unidades de destino;
- Diagnóstico;
- Data da inserção no sistema de regulação.

D) Exames

D.1 Laboratório – Exame de emergência

Exames dos pacientes em observação

D.2 Imagem

E) Medicamentos

Disponibilizados (cesta básica) - Qualitativo e quantitativo, data e horário. Visando avaliar se a dispensação se dá no horário em que a atenção primária não funciona.

F) Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio – IAM

F.1 Pacientes que permaneceram na unidade

F.2 Pacientes transferidos.

F.3 Pacientes submetidos a trombólise

G) Diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral – AVC

G.1 Fizeram TC

G.2 AVC isquêmico

G.3 AVC hemorrágico

PROJETO 3: CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA

SUBPROJETO 3.1 CURSO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV

Objetivo Geral

Promover a sustentabilidade da reorientação dos serviços farmacêuticos no município do Rio de Janeiro para que possa contribuir de forma efetiva no fortalecimento do modelo de atenção primária de saúde que está sendo implementado.

Objetivos Específicos:

- a) Definir indicadores de desempenho dos serviços farmacêuticos para permitir o monitoramento e avaliação dos avanços obtidos.
- b) Promover a melhoria dos serviços por meio do apoio a implementação dos projetos formulados pelos alunos ao longo do curso.
- c) Oferecer o curso de atualização para os profissionais ainda não incluídos nos anos anteriores.
- d) Implementar mecanismos de sustentabilidade da atualização do conhecimento por meio de sua incorporação na rotina dos serviços.

Metas para acompanhamento da CTA:

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número absoluto de vagas	Número de vagas disponibilizadas para o Curso	Número absoluto	30 vagas / ano
% de alunos	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(n^{\circ} \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] \times 100$	≥80%
Número absoluto de vagas	Número de vagas disponibilizadas para o Curso	Número absoluto	30 vagas / ano

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
% de alunos	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(\text{n}^\circ \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$	≥80%
Proposta	Definição de indicadores de desempenho dos Serviços Farmacêuticos	Número absoluto	1 proposta de indicador validada pela SMS

SUBPROJETO 3.2 RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV/SAP

Objetivo Geral

- Desenvolver as bases conceituais, metodológicas e operacionais de um território de aprendizagem, qualificando e integrando a formação lato sensu em saúde da família, com experiências de educação e saúde no território de Manguinhos.
- Promover o desenvolvimento de atributos à equipe multiprofissional de saúde de nível superior (enfermeiro, cirurgião dentista, assistente social, nutricionista e psicólogo) para atuarem nas equipes de saúde da família com desempenhos de excelência nas seguintes áreas de competência: organização do processo de trabalho, cuidado à saúde (individual, familiar e coletivo) e nos processos de educação e formação em saúde visando à melhoria da saúde e o bem estar dos indivíduos, suas famílias e da comunidade pautados em princípios éticos.

Objetivos Específicos:

- Apoiar as atividades de residência multiprofissional em saúde da família e da residência médica da ENSP/Fiocruz.
- Promover apoio à preceptoria da residência multiprofissional em saúde da família e residência médica.
- Fomentar experiências de ensino, pesquisa e inovações na atenção primária no território de Manguinhos, entendendo-as como atividades interdependentes no nível local de ação.
- Qualificar a atividade de preceptoria na atenção primária em saúde, necessária à formação em serviço dos residentes

Metas para acompanhamento da CTA:

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número absoluto de vagas	Número de vagas disponibilizadas para o Curso	Número absoluto	20 vagas / ano
% de alunos	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(n^{\circ} \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$	$\geq 80\%$

SUBPROJETO 3.3 PESQUISAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV

Objetivo Geral

Descrever a evolução da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.

Objetivos Específicos

Reforçar a institucionalização do Projeto Teias no acompanhamento dos projetos de pesquisa e investimento em avaliação continuada durante as pesquisas.

a) Reforçar as pesquisas em execução ou em condições de ser imediatamente executadas no território.

Metas para acompanhamento da CTA:

Desenvolvimento de no mínimo 04 (quatro) pesquisas realizadas com a participação de alunos dos cursos *lato e stricto sensu* constante deste projeto, com a Estratégia de Saúde da Família.

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número de Pesquisas	Número de pesquisas realizadas	Número absoluto	No mínimo 4 pesquisas/ano

PROJETO 4: APOIO A CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (CRIE)

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV/SVS

Objetivo Geral

Apoiar a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMS) na consolidação e manutenção do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE, mediante a implantação e implementação de normas e ações preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (MS) e de um conjunto de ações de vigilância em saúde. O CRIE deverá manter número de registro próprio no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS) e informar sua produção mensal no Sistema de Informação do CRIE (SI-CRIE).

Objetivos Específicos

- a) Apoiar no desenvolvimento e aprimoramento dos processos de trabalho.
- b) Desenvolver as competências dos profissionais para o atendimento a essa clientela diferenciada.
- c) Monitorar e avaliar a implantação do novo modelo.

Desenvolvimento do Projeto:

- a) Apoio a gestão do projeto - prover apoio através de contratação de pessoal para o funcionamento do CRIE.
- b) Apoio a manutenção da estrutura física – manter a estrutura física adequada, com ambientes de trabalho saudáveis e incorporando tecnologias necessárias ao fluxo de informações esperado.
- c) Apoio para epidemias que configurem possíveis emergências em saúde pública - prover as condições necessárias para o desenvolvimento de ações e capacitação de atenção para o caso de configuração de emergências em saúde pública.

Metas

- a) A primeira meta desse subprojeto é a manutenção e funcionamento do CRIE.
- b) Além disso, implantar, avaliar e monitorar os 5 indicadores propostos, alimentados através do SI-CRIE:

Indicadores de Produção:

- Número de doses de Imunobiológicos aplicados ou dispensados por faixa etária

- Número de doses de Imunobiológicos aplicados ou dispensados por patologia / indicação

Indicadores de Qualidade:

- Número de vacinados de primeira vez / Número de vacinados subsequentes - quanto mais próximo de 1: mais adequada a captação, menor que 1: captação baixa (demanda reprimida; referência não identificada pelos serviços), quanto maior que 1: baixa adesão.

Metas de acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
% EAPS	Acompanhamento de eventos adversos graves pós vacinação atendidos	$\left[\frac{\text{Número EAPV graves atendidos}}{\text{Número EAPV notificados ao Sistema SI- CRIE}} \right] \times 100$	≥12%

PROJETO 5: APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

SUBPROJETO 5.1: RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Responsável Técnico pelo Projeto: S/SUBPAV/SAP

Objetivo geral

Fortalecer e qualificar a rede de APS do município do Rio de Janeiro por meio do desenvolvimento de ações de apoio ligadas à formação em serviço de recursos humanos médicos especializados, com consequente ampliação da qualidade e do desempenho clínico assistencial, da custo-efetividade dos investimentos, do provimento e fixação profissional, da satisfação dos usuários e da inovação tecnológica relacionada a metodologias pedagógicas e processos avaliativos para educação continuada/permanente dos profissionais.

Objetivos Específicos

a) Apoiar a execução do projeto pedagógico e a consequente operacionalização das ações relacionadas ao desenvolvimento do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMS (PRMFC-SMS-Rio)

Metas:

- Apoiar a formação de 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade.
- Apoiar a formação de 100% dos preceptores garantindo a qualidade da supervisão para formação (de acordo com o perfil de competências da especialidade) de 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade do Município.

Produto:

- Nº de médicos residentes especialistas em MFC que concluíram o PRMFC.
- Relatório das ações de apoio realizadas.

b) Apoiar a integração de alunos de graduação médica às unidades onde se desenvolve o PRMFC garantindo acesso à preceptoria e aos respectivos processos formativos vigentes no mesmo.

Metas:

Garantir a inserção dos alunos de graduação médica (na modalidade internato) e acadêmicos de medicina bolsistas da SMS com estágio extra curricular na modalidade APS em todas as unidades onde se desenvolve o PRMFC, e sua integração às atividades acadêmicas desenvolvidas pelos preceptores no processo formativo dos médicos residentes.

Produto:

- Nº alunos de graduação (internato médico) e acadêmicos de medicina bolsistas da SMS com estágio extracurricular na modalidade APS que estagiaram nas unidades onde se desenvolve o PRMFC/ano.

- Relatório anual com total de alunos distribuídos por: unidade de saúde, instituição de ensino de origem, período da graduação e duração do estágio.

c) Apoiar o desenvolvimento e a publicação dos projetos de pesquisa relacionados ao PRMFC-SMS-Rio.

Metas:

- Produzir 30 Trabalhos sobre Melhoria da Qualidade (TMQ) ao término do primeiro ano do programa.
- Produzir 30 Trabalhos de Conclusão do Curso (TCC) ao término do segundo ano do programa.

Produto:

- Entrega de 30 Trabalhos sobre Melhoria da Qualidade (TMQ) ao término do primeiro ano do programa.
- Entrega de 30 Trabalhos de Conclusão do Curso (TCC) ao término do segundo ano do programa.

d) Apoiar o desenvolvimento e a publicação da produção acadêmica ligada aos grupos de trabalho temáticos do PRMFC-SMS-Rio.

Metas:

Produção de 60 aulas com metodologia didático-pedagógica estruturada para os médicos residentes.

Produto:

Entrega de 60 aulas com metodologia didático-pedagógica estruturada para os médicos residentes.

Metas para acompanhamento da CTA:

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
% de médicos residentes	Percentual de vagas ocupadas (médicos residentes cursando)	$[(\text{n}^\circ \text{ de médicos residentes cursando no mês }) / \text{total de vagas disponibilizadas}] * 100$	≥80%
% de médicos residentes	Percentual de médicos residentes formados em Medicina de Família e Comunidade	$[(\text{n}^\circ \text{ de médicos residentes que concluíram o programa/total de médicos residentes ingressos})*100$	≥80%
% de aulas formatadas	Percentual de aulas formatadas produzidas por mês	$[\text{n}^\circ \text{ de aulas formatadas produzidas no mês}/5]*100$	≥80%
% de Trabalhos sobre Melhoria da Qualidade (TMQ) e de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC)	Percentual de TMQ e TCC entregues por mês	$[\text{n}^\circ \text{ de TMQs } + \text{Número de TCCs entregues no mês}/5]*100$	≥80%

SUBPROJETO 5.2: RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Objetivo Geral

Apoiar e subsidiar o processo de Formação de enfermeiras de família e comunidade para a Atenção Primária à Saúde altamente qualificadas e resolutivas na prática clínica da APS, na perspectiva de uma atenção integral, Inter profissional, qualificada e resolutiva, com foco na pessoa, família e comunidade, no que compete seu exercício profissional, com compromisso ético e político com a construção do SUS, de modo a fortalecer e qualificar a rede de APS do município do Rio de Janeiro, reconhecendo os atributos da APS como eixo norteador da formação, desenvolvidos na compreensão de que as práticas da APS apresentam complexidades e requerem a incorporação de novos valores, devolvendo para a sociedade profissionais que consigam apoiar a construção da autonomia dos sujeitos.

Objetivos Específicos

1. Apoiar a execução do projeto político pedagógico e a consequente operacionalização das ações relacionadas ao desenvolvimento do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da SMS e dos Programas de enfermagem de família e comunidade da SMS com as Instituições de Ensino conveniadas.
2. Apoiar a formação para preceptores de Enfermagem de Família e Comunidade SMS Rio.
3. Apoiar o desenvolvimento e a publicação dos projetos de pesquisa relacionados ao Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade SMS Rio.
4. Apoiar o desenvolvimento e a publicação da produção acadêmica ligada aos grupos de trabalho temáticos do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade SMS Rio.

Atividades

Ações desenvolvidas

1. Coordenação técnica do PREFC-SMS-RJ:

A Coordenação é composta por 4 profissionais com formação strictu e latu sensu em saúde pública, sendo 01 coordenadoras geral, 03 coordenadoras adjuntas, com carga horária de 40 horas semanais. O programa é responsável pela gestão acadêmica e de campo prático para formação em serviço de 208 residentes de primeiro e segundo ano, distribuídos em 104 equipes de saúde da família, em 30 unidades de APS, nas 10 Áreas de Planejamento da rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro. As principais ações exercidas por esta coordenação são:

1.1. Articulação, Organização e Monitoramento das ações do PREFC desenvolvidas nas unidades da Rede de Atenção à Saúde, visando garantir a qualidade da formação e o menor impacto para a dinâmica dos serviços de saúde que recebem residentes.

1.1.1. Estágio externos:

- a. Pactuação com subsecretarias;
- b. Pactuação com superintendências;
- c. Pactuação junto às gerências e/ou direções das unidades (Urgência e emergência, Maternidade, Consultório na rua, Sala lilás);
- d. Construção de escala de plantões.
- e. Apoio diante a necessidade de intervenção

1.1.2. Articulação junto às CAPS:

- a. Seleção conjunta de unidades para campo prático do programa;
- b. Discussão quanto a prática da residência nas UBS de forma a construir aprendizado e responder às demandas do serviço;
- c. Diálogo quanto às necessidades do serviço e processo de trabalho junto aos profissionais PREFC;
- d. Remanejamento de vagas quando necessário;
- e. Intervenção de acordo com as necessidades técnicas.

1.1.3. Articulação junto às gerências/diretorias:

- a. Mediação de conflitos;
- b. Construção coletiva quanto ao processo de trabalho das equipes diante da presença da residência de enfermagem de forma a responder às demandas do serviço e do ensino;
- c. Orientações quanto a escalas, folgas, faltas, licenças e similares;
- d. Apoio na organização dos residentes e preceptores nas equipes;
- e. Interlocução junto às IES frente às demandas da UAP.

1.2. Construção de documentos norteadores;

1.3. Pesquisa e disponibilização de literaturas pertinentes;

1.4. Motivação quanto à qualificação profissional;

1.5. Apoio nas intervenções junto aos residentes/equipe/gerência;

1.6. Orientações quanto à prática de preceptoria:

1.6.1. Consultoria técnica;

1.6.2. Mentoria / Tutoria;

1.6.3. Direcionamento para acompanhamento dos residentes;

1.6.4. Amparo ao sofrimento psicológico;

1.6.5. Articulação de transferência quando necessário;

1.6.6. Mediação de conflitos;

1.6.7. Apoio às decisões;

1.6.8. Apoio e acompanhamento junto aos preceptores dos casos de residentes em recuperação, desligamentos e outras necessidades.

1.7. Seleção de preceptores:

1.7.1. Viabilização do processo seletivo;

1.7.2. Análise curricular;

1.7.3. Construção da prova;

1.7.4. Correção da prova;

1.7.5. Entrevistas;

1.7.6. Pactuação para contratação.

1.8. Desenvolvimento de atividades acadêmicas para o momento teórico e teórico-prático dos residentes em parceria com as instituições de ensino conveniadas.

1.8.1. Apoio e desenvolvimento dos trabalhos de conclusão de curso, pesquisas, produções científicas e material pedagógico.

1.8.2. Coordenação acadêmica PREFC-SMS-RIO:

1.8.2.1. Acompanhamento e desenvolvimento teórico/acadêmico;

1.8.2.2. Construção de cronograma de aula que responda às competências específicas à especialidade;

1.8.2.3. Desenvolvimento de metodologia adequada para construção do aprendizado dos residentes;

1.8.2.4. Confecção de matriz para plano de aulas;

- 1.8.2.5. Organização de grupos técnicos de preceptores para estruturação das aulas;
 - 1.8.2.6. Acompanhamento dos grupos técnicos a fim de garantir a qualidade do conteúdo teórico apresentado;
 - 1.8.2.7. Construção de metodologias para avaliação dos residentes;
 - 1.8.2.8 Organização logística para aulas;
 - 1.8.2.9. Identificação e convites a parceiros para realização de aulas
 - 1.8.2.10. Monitoramento de frequência nas aulas;
 - 1.8.2.11. Intervenções mediante necessidades advindas destas atividades teóricas;
 - 1.8.2.12. Construção de instrumentos para avaliação dos residentes e qualidade das aulas;
 - 1.8.2.13. Organização dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR);
 - 1.8.2.14. Atuação como orientadoras e co-orientadoras de TCR e bancas de defesa
- 1.9. Monitoramento do processo de avaliação dos residentes:
- 1.9.1. Análise das avaliações (bimestrais);
 - 1.9.2. Aprimoramento dos instrumentos avaliativos;
 - 1.9.3. Apoio na construção de matriz pedagógica singular para o residente;
 - 1.9.4. Apoio técnico para o bom aproveitamento das ferramentas de avaliação a fim de possibilitar o desenvolvimento das competências dos residentes.

Articulação SUBPAV/SAP

- 1.9.5. Adequação do conteúdo desenvolvido no PREFC às demandas identificadas pela SUBPAV/SAP;
- 1.9.6. Divulgação de informações pertinentes;
- 1.9.7. Apoio a ações e orientações advindas da SUBPAV/SAP;
- 1.9.8. Participação de cursos e eventos da SUBPAV/SAP conforme solicitação/convite;
- 1.9.9. Condução e assessoria técnica nas questões relacionadas à enfermagem de família na Estratégia de Saúde da Família;
- 1.9.10. Elaboração e suporte à revisão do protocolo de enfermagem na APS
- 1.9.11. Convite às linhas de cuidado para realização de Oficinas e aulas sobre temas identificados como prioritários pela SUBPAV/SAP;

1.9.12. Apoio junto ao planejamento e execução de projetos estratégicos da gestão da SMS-RJ.

Articulação IES

1.9.13. Participação de COREMUs, NDAEs, reuniões e eventos das IES conveniadas;

1.9.14. Discussão do cronograma de aulas e eventos, garantindo que não prejudiquem as atividades desenvolvidas nas UBS;

1.9.15. Suporte crítico-científico acerca do conteúdo teórico de forma a assegurar que estes respondam às demandas do serviço;

1.9.16. Identificação e convite a profissionais da SMS para desenvolvimento de aulas;

1.9.17. Construção coletiva de oficinas e reuniões de qualificação para os preceptores;

1.9.18. Intervenção junto às gerências, preceptores e residentes de acordo com a necessidade;

1.9.19. Realização de aulas conforme solicitação;

1.9.20. Atuação como orientadoras e coorientadoras de TCC;

1.9.21. Participação como banca em apresentações de TCC.

Suporte aos residentes

1.9.22. Desenvolvimento de documentos norteadores;

1.9.23. Direcionamento quanto às buscas científicas para desenvolvimento profissional;

1.9.24. Construção conjunta de estratégias para melhor desempenho e aproveitamento na residência;

1.9.25. Disponibilização/Organização de Cursos e Seminários;

1.9.26. Auxílio no manejo de problemas relacionados ao processo de trabalho;

1.9.27. Intervenção junto aos preceptores/equipe/gerência segundo demanda;

1.9.28. Orientações quanto ao papel do residente;

1.9.29. Indicação de agenda padrão e acompanhamento de seu cumprimento;

1.9.30. Consultoria técnica;

1.9.31. Mentoria;

1.9.32. Amparo ao sofrimento psicológico;

1.9.33. Articulação de transferência/desligamento quando necessário;

1.9.34. Mediação de conflitos

Tutoria

1.9.35. Acompanhamento das atividades dos residentes na prática, indicando pontos a serem melhorados e referências científicas adequadas;

1.9.36. Participação de momento teórico-prático, contribuindo para o aprendizado conjunto;

1.9.37. Ensino de buscas de evidências confiáveis.

Articulação junto às associações de classe

1.9.38. Participação de reuniões na ABEN e ABEFACO;

1.9.39. Estímulo à construção de espaços de fortalecimento da categoria profissional;

1.9.40. Indicações de temas prioritários para a SMS-RJ;

1.9.41. Divulgação do trabalho da SMS-RJ;

1.9.42. Divulgação do trabalho desenvolvido pela PREFC com apoio da SMS-RJ;

1.9.43. Defesa dos interesses identificados pela SMS-RJ.

Participação de Eventos

1.9.44. Divulgação do trabalho da SMS-RJ;

1.9.45. Divulgação do trabalho desenvolvido pela PREFC com apoio da SMS-RJ;

1.9.46. Defesa dos interesses identificados pela SMS-RJ

2. Secretaria Acadêmica do PREFC-SMS-RJ:

Composta por 1 profissional tecnólogo em gestão e 1 assistente administrativo. Responsáveis por atribuições administrativas ligadas às atividades de secretariado acadêmico, e pela administração das ações de apoio logístico e operacional relacionadas ao acompanhamento e desenvolvimento do programa. As principais ações exercidas por esta secretaria são:

2.1. Gestão e acompanhamento da entrega das avaliações de campo prático, registro de presença em aulas teóricas e notas.

2.2. Acompanhamento de todos os processos de transferência de residentes e emissão de toda a documentação solicitada pelo SIGRESIDENCIAS, COREMU, GDTAS e outros órgãos afins;

- 2.3. Promover a interlocução entre os preceptores, R2 e R1;
- 2.4. Responsabilidade sobre as mídias sociais;
- 2.5. Gestão do serviço de transporte para agendamentos de motorista para a locomoção da Coordenação da Residência e Matriciamento de especialista;
- 2.6. Organização e envio das folhas de pontos dos estágios obrigatórios;
- 2.7. Confeccção de ofícios de aceitação de residentes;
- 2.8. Agendamentos de auditórios para os eventos, reuniões e aulas da Residência;
- 2.9. Gestão do Sistema de emissão de certificados e declarações;
- 2.10. Organização de eventos do Programa, seminários, cursos, oficinas;
- 2.11. Gestão e organização dos arquivos físicos e digitais;
- 2.12. Abertura e fechamento de sala PREFC (localizada na Rua Evaristo da Veiga, nº 14, Cinelândia)
- 2.13. Provisão de insumos
- 2.14. Organização logística da entrega de materiais
- 2.15. Outras atribuições administrativas (impressão de documentos, organização de biblioteca, recursos audiovisuais e outros)

3. Educação Permanente para preceptores do PREFC-SMS-RJ:

- 3.1. Realização de oficinas de preceptoria bimestrais com o objetivo de fomentar a discussão de temas e problemas vividos pelos grupos de preceptores, além de ofertar atividades de educação permanente para o nivelamento de conhecimentos e habilidades do grupo de preceptores.
- 3.2. Realização Curso de Formação para Preceptores de Enfermagem de Família e Comunidade.
- 3.3. Organização, apoio e avaliação dos grupos de trabalho temáticos (GT) com ênfase na atuação do enfermeiro na APS, nas linhas de cuidados e/ou temas pertinentes

4. Apoio Especializado (Matriciamento) em Obstetrícia

Viabilizado através da atuação presencial de profissionais especialistas em Enfermagem Obstétrica pretende desenvolver as competências do enfermeiro especialista em Saúde da Família quanto à assistência integral à família no pré-natal, parto e puerpério, ampliar a resolutividade do enfermeiro na APS e qualificar sua atuação no cuidado às gestantes, através do incentivo ao uso tecnologias leves, cuidados de enfermagem e orientações de enfermagem no trabalho de parto, parto e pós parto.

- 4.1. Proporção de no mínimo 1 hora semanal de apoio matricial em obstetrícia por equipe PREFC, em rotina de acordo com especificidade de cada equipe/ unidade saúde/território.
- 4.2. Realização de matriciamento junto a equipes PREFC em Enfermagem Obstétrica
- 4.3. Apoio técnico a estudos de casos sob a abordagem em Enfermagem Obstétrica
- 4.4. Participação de momento teórico e teórico-prático com temas voltados para a Obstetrícia.

5. Inovação Tecnológica:

5.1. Desenvolvimento de processo pedagógico próprio segundo metodologias diversificadas de ensino e aprendizagem para o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes da atuação do enfermeiro na APS.

5.1.1 Vincular processo pedagógico aos formatos digital e físico para veiculação e utilização do produto.

5.1.2. Formato físico: contratação de prestação de serviços de revisor (revisão ortográfica), diagramação e layout (designer gráfico) e tiragem editorial (gráfica).

5.1.3. Formato digital: aluguel de hospedagem para o site e domínio e os serviços de um técnico de informática para upload e disponibilização do material através de navegabilidade amigável, aluguel de ambiente de Gerenciamento (Workplace online com e-mail comercial personalizado, agendas compartilhadas, armazenamento em nuvem de 2TB, videoconferência e chamada de voz, aplicativo de processamento de texto, planilhas, criador de apresentações, criador de pesquisas, criador de notas e listas, aplicativo que possibilite engajamento e feedback, controles de segurança e administração, gerenciamento de usuários, dispositivos e apps; Mínimo de 300 contas de usuários (caixas de e-mail); assinatura plataforma de Videoconferência, assinatura de Plataforma de Design Gráfico, Software Editor de Texto, Software Apresentações Empresariais, Sistema Online de Gerenciamento Escolar

5.2. Desenvolvimento de Sistema Online de Gerenciamento Escolar para acompanhamento de processo de aprendizado pautado em competências do enfermeiro da família (conhecimentos, habilidades e atitudes).

6. Participação em Eventos Científicos:

Esta atividade acompanhará o calendário de eventos científicos da Saúde Pública e áreas afins. Planejamento para participação em congressos nacionais e internacionais. Os congressos serão escolhidos segundo a pertinência do tema com os objetivos do PREFC assim como aprovação de trabalhos e participação de integrantes PREFC em mesas, oficinas e outros espaços. Exemplos: Congresso Brasileiro de Enfermagem, Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e Congresso da Rede Unida.

6.1. Apoio à participação de representações entre os enfermeiros residentes, preceptores e coordenadores que prioritariamente tenham trabalhos inscritos e aprovados ou que sejam convidados para fóruns, painéis, mesas redondas e oficinas, na forma de custeio de inscrições, estadia e transporte.

6.2. Estruturação de estande institucional que possibilite visibilidade e divulgação do trabalho realizado no PREFC e na SMS

7. Apoio Logístico e Operacional:

7.1. Viabilização de estrutura de transporte (trânsito dos coordenadores; transporte de materiais de apoio; fluxos de documentos para controle acadêmico; ações disciplinadoras da Coordenação nas 30 unidades de APS, unidades de atenção hospitalar, 10 coordenações de área de planejamento, PREFC, SMS e outros pontos de apoio para a gestão do programa.)

7.2. Suporte às ações: aluguel de veículos, de impressora, celebração de contratos continuados para garantia de conectividade, telefonia fixa e móvel, compra de material de escritório, de informática e mobiliário, de equipamentos de informática e áudio visual e prestação de serviços de pessoas físicas e jurídicas (gráficas, revisores, programadores, designers gráficos e técnicos de informática).

8. Produção Científica do PREFC-SMS-RJ:

8.1. Atividade a ser desenvolvida a partir da realização de Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) dos residentes nos moldes de projetos de intervenção ou pesquisa de campo, preferencialmente, com temas pertinentes à APS, Saúde Pública e Enfermagem.

8.2. Visa fomentar o desenvolvimento de pesquisas científicas na área de enfermagem de família e comunidade ou enfermagem de atenção primária, aprofundar o conhecimento em temas pertinentes a partir da criação de grupos de estudos, planejamento e o acompanhamento das atividades de pesquisa, fomentar o desenvolvimento de pesquisas e grupos de estudos visando aprofundar o conhecimento técnico científico e as relevantes reflexões e questionamentos da prática na área da enfermagem em atenção primária, desenvolver pesquisas na área de enfermagem em atenção primária, aprofundar o conhecimento técnico científico sobre temáticas relevantes para a prática do enfermeiro atuante na atenção primária, desenvolver materiais de apoio, guias, Procedimentos Operacionais Padrões (POP) e outros instrumentos que apoiem a prática do enfermeiro da atenção primária, como livros, Plataforma de Suporte para Decisões Clínicas e assinaturas de Revistas Científicas.

8.3. Orientação, coorientação de TCC além de participação de bancas

8.4. Criação de grupo de pesquisa com o objeto 'Enfermagem de Família e Comunidade' e temas afins.

8.5. Apresentação de resultados do PREFC em eventos científicos.

INDICADORES E METAS

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
% de residentes	Percentual de vagas ocupadas (enfermeiros residentes cursando)	$[(\text{n}^\circ \text{ de residentes cursando no mês}) / \text{total de vagas disponibilizadas}] * 100$	≥80%
% de residentes	Percentual de enfermeiros residentes formados em enfermagem de família e comunidade	$[(\text{n}^\circ \text{ de residentes que finalizaram o curso} / \text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$	≥80%
% de preceptores	Percentual de preceptores enfermeiros formados pelo curso para formação de preceptores	$[(\text{n}^\circ \text{ de preceptores enfermeiros que finalizaram o curso} / \text{total de preceptores cadastrados no programa de residência})] * 100$	≥70%
% de preceptores	Percentual de componentes do programa participantes em eventos científicos	$[(\text{n}^\circ \text{ de tutores, preceptores e residentes que participaram de eventos científicos} / \text{total de tutores, preceptores e residentes cadastrados no programa})] * 100$	≥15%
unidade	Publicações científicas para o Programa	Número de artigos científicos publicados pelos componentes do Programa.	Mínimo de 3 por ano
unidade	Horas de aula ministradas no ano	12h por semana	1152h/ano
unidade	Eventos científicos realizados	Número de eventos científicos realizados no ano	Mínimo 2 por ano

OBJETIVO ESPECÍFICO B. Apoiar a preceptorial de alunos de graduação inseridos na rede de atenção primária da SMS

Ações previstas

- Coordenação Técnica da preceptorial de graduação: coordenador que ficará responsável pelas ações de apoio aos graduandos de medicina inseridos na rede de atenção primária do município das diferentes instituições de ensino; Um coordenador.
- Apoio Técnico da preceptorial de graduação: quatro médicos de família ficarão responsáveis pelas ações de apoio aos graduandos de medicina inseridos na rede de atenção primária do município das diferentes instituições de ensino;
- Secretariado de apoio a preceptorial de graduação;
- Suporte às ações: Gráfica, impressão, diárias, passagens, material didático.

Metas

- Realizar preceptorial para no mínimo 400 estudantes de Medicina

Produto

- Nº alunos de graduação que receberam preceptorial/ ano.
- Relatório anual com total de alunos distribuídos por: unidade de saúde, preceptor, instituição de ensino, período de graduação e período de preceptorial.

Metas para acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
% de alunos	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(\text{nº de alunos cursando no mês}) / \text{total de vagas disponibilizadas}] * 100$	≥80%
% de alunos	Percentual de residentes formados em Medicina de Família e Comunidade	$[(\text{nº de alunos que finalizaram o curso} / \text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$	≥80%

SUBPROJETO 5.3: ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Vigilância em Saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados

territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que abrange tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde.

Para fortalecer as ações de gestão no âmbito da saúde pública é necessário formarmos profissionais capazes de analisar e monitorar criticamente os indicadores de saúde da cidade.

As vagas serão ofertadas para profissionais das 10 Áreas de Planejamento da SMS.

Objetivo geral

Desenvolver as competências necessárias para a atuação em ações de vigilância em Saúde, contribuindo, dessa forma, para a promoção à saúde da população.

Metas para acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
% de alunos	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(\text{n}^\circ \text{ de alunos cursando no mês}) / \text{total de vagas disponibilizadas}] * 100$	≥80%
% de alunos	Percentual de alunos formados	$[(\text{n}^\circ \text{ de alunos que finalizaram o curso} / \text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$	≥80%

SUBPROJETO 5.4: PROJETOS DE IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE MODELOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Objetivo geral

Implantar e avaliar metodologias de educação permanente na SMS-Rio.

Objetivos específicos

- Potencializar o modelo de ciclo de debates com possibilidade de expansão dos modelos de educação permanente na SMS Rio
- Fortalecer mudanças culturais e práticas, visando à ampliação da utilização de ferramentas de e-learning pelos profissionais da atenção primária.

- c) Avaliar as estratégias de educação permanente com base na aferição do acesso ao material disponibilizado on-line, nas avaliações dos participantes quanto aos mesmos e em oficinas realizadas nas áreas de atenção primária.

Estratégia Ciclo de Debates

Os temas dos ciclos serão escolhidos no início do ano, priorizando-se aqueles relacionados às metas estratégicas da Subsecretaria de Atenção Primária. O modelo prevê um processo de trabalho prévio a cada ciclo, ações no dia do ciclo, um processo de trabalho após cada ciclo e atividades de avaliação anuais.

Atividades prévias ao Ciclo de Debates:

- a) Promover reuniões com os profissionais das linhas de cuidado que coordenarão o ciclo;
- b) Definir a pauta, o público-alvo, os objetivos e resultados esperados;
- c) Elaborar um modelo de programação;
- d) Divulgar a programação para a rede com uma semana de antecedência;
- e) Elaborar um modelo de inscrição on-line;
- f) Acompanhar as inscrições e atuar para garantir um quórum mínimo;
- g) Elaborar um modelo de avaliação;
- h) Imprimir materiais programação, fichas de avaliação e folhas de presença e outros materiais que se façam necessários.

Atividades durante o ciclo:

- a) Monitorar as presenças, garantindo que todos os profissionais assinem;
- b) Garantir a disponibilização de materiais e equipamentos necessários (lap-top, data show, microfones etc.);
- c) Apoiar os palestrantes com estímulo ao debate;
- d) Distribuir e recolher as fichas de avaliação.

Atividades pós-ciclo:

- a) Consolidar a presença por unidade e divulgar para os responsáveis pelas unidades e áreas programáticas;
- b) Consolidar e analisar as fichas de avaliação, divulgando os resultados para a rede;
- c) Disponibilizar o material do ciclo e um resumo na página da SUBPAV;
- d) Acompanhar o acesso ao material na página da SUBPAV;
- e) Elaborar relatório ao final do período de avaliação.

Perfil dos profissionais e funções para contratação

- a) 1 médico com experiência na área de educação médica e na área de gestão em saúde
- b) 1 profissional de nível superior com experiência em educação em saúde

Metas de acompanhamento de CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número de Ciclos	Número de Ciclos de Debates realizados	Número absoluto	Mínimo de 18 Ciclos no ano
% de Profissionais	Participação de profissionais no Ciclo	% de ciclos com 150 participantes ou mais	Mínimo de 90% de ciclos com pelo menos 150 profissionais
% de Ciclos com Material disponibilizado	Disponibilização de material de apoio	% de Ciclos com material de apoio disponibilizado no portal da SUBPAV	Mínimo de 80% dos Ciclos com material disponibilizado no portal da S/SUBPAV

SUBPROJETO 5.5: APOIO ÀS LINHAS DE CUIDADOS E PROJETOS ESPECIAIS

Objetivo Geral

Aumentar a resolutividade no acesso e integralidade das ações em saúde.

Objetivos Específicos

Elaborar e revisar as diretrizes clínicas e protocolos em Atenção Primária à Saúde para utilização pelas equipes de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro

Ações previstas:

- a) Desenvolvimento e revisão de diretrizes em temas clínicos relacionados à Atenção Primária à Saúde (produto); Contratação de profissionais médicos de família e de um profissional design gráfico.
- b) Suporte às ações: Serviço gráfico, editoração e comunicação em saúde;

Meta de Acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Diretrizes clínicas revisadas e/ou vídeos desenvolvidos	Desenvolvimento diretrizes clínicas e/ou vídeos voltados para a APS	Número absoluto	Mínimo de 3 diretrizes clínicas e/ou 3 vídeos a cada 12 meses

Protocolos clínicos revisados	Revisão de protocolos clínicos da SMS	Número absoluto	Mínimo de 6 protocolos clínicos da SMS revisados a cada 12 meses
--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------	---

SUBPROJETO 5.6: APOIO AO MONITORAMENTO E ANÁLISE DE QUALIDADE DAS AÇÕES

Justificativa

Desde 2009 mais de 800 equipes de saúde da família foram criadas. Paralelo à expansão da rede de atenção primária tornou-se evidente a necessidade de implantação de estratégias de para o monitoramento e análise da qualidade das ações desenvolvidas.

Ações previstas:

- Análise de indicadores de saúde e de desempenho das equipes de saúde da família;
- Apoio para as unidades de saúde para os sistemas de informação, ambulatoriais (SIA, SIAB, SCNES, HIPERDIA, SISPRENATAL);
- Manutenção dos bancos de dados e desenvolvimento para integração dos sistemas

Metas

- Acompanhar e analisar mensalmente os indicadores de saúde,
- Promover a integração e consolidação dos sistemas de informação com os prontuários eletrônicos.

Metas de Acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Relatório confeccionado	Elaboração de relatório	Número absoluto	1 relatório mensal de acompanhamento dos indicadores epidemiológicos estratégicos no âmbito da APS (Planejamento Estratégico, Acordo de Resultados, PPA, PMS.SISPACTO e RAG)

SUBPROJETO 5.7: MONITORAMENTO DE VACÂNCIA NAS EQUIPES / ACOMPANHAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE MÉDICOS

Ações previstas:

- Monitoramento de vacância de equipes / acompanhamento de contratação de médicos

Metas

- Acompanhar mensalmente as equipes completas no Município e buscar estratégias de contratação de médicos.

Recursos necessários para o projeto

- a) 1 coordenador do projeto com experiência na área de gestão de pessoas
- b) 1 assistente administrativo

Metas de Acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Relatório confeccionado	Elaboração de relatório	$\frac{\text{Número de ESF completas no CNES}}{\text{Total de ESF no CNES}}$	1 relatório mensal com dados por Área de Planejamento

SUBPROJETO 5.8: APOIO A MANUTENÇÃO DAS ESTAÇÕES OTICS-RIO

Objetivo Geral

Manter as 16 Estações OTICS-RIO nas 10 áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro atualmente existentes.

Objetivos Específicos

- a) Apoiar a estruturação e manutenção dos blogs do Saúde da Família nas unidades tipo "A" e "B",
- b) Desenvolver vídeos de curta duração para a Estratégia de Saúde da Família e NASFs,
- c) Sedar os cursos estratégicos de formação dos trabalhadores da SUBPAV para a Atenção Primária em Saúde;
- d) Apoiar as áreas de planejamento para o desenvolvimento de ações de educação em

saúde.

e) Apoiar a qualificação dos prontuários eletrônicos da atenção primária em saúde, em particular das Fichas A e Fichas B da Estratégia de Saúde da Família (CEMAPS-RJ).

Metas para acompanhamento da CTA

- Manutenção no mínimo 16 Estações OTICS-RIO, que envolve: (1) atualização de Rede de Blogs e Portal da Rede OTICS-RIO, (2) apoio a realização dos Cursos Estratégicos realizados em suas dependências, (3) registro fotográfico e descritivo através de relatórios mensais, (4) geração de relatórios gerenciais de monitoramento dos indicadores e dados dos prontuários eletrônicos – CEMAPS-RJ.

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Manutenção de Estações OTICS	Número de estações da Rede OTICS RIO mantidas	Número absoluto	Manutenção de 16 Estações

PROJETO 6: INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

SUBPROJETO 6.1: QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES E INFORMAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivos específicos:

Análise e Situação de Saúde: Qualificação do SIM e SINASC:

- a) Apoiar a manutenção da investigação de óbitos nas 10 DVS. Está incluída neste processo de trabalho a implementação de investigação familiar por meio da eSF;
- b) Estruturar um sistema online para digitação descentralizada das fichas-síntese da investigação de óbitos infantis, fetais, maternos e para a investigação de MIF, a fim de agilizar a informação;
- c) Viabilizar a maior qualificação das causas externas de óbito através do incremento ao acesso às bases de dados de acidentes de trânsito com vítimas fatais do CBMERJ e da CET-Rio. Para os outros tipos de acidentes e violências será necessário viabilizar um convênio com a Secretaria de Segurança Pública (SSP) ou com o Instituto de Segurança Pública (ISP);
- d) Incrementar a qualidade dos endereços das bases do SINASC e do SIM pelo georeferenciamento, com a correção pela base de logradouros da cidade.

Vigilância Epidemiológica: Qualificação e Fortalecimento das ações de notificação e

investigação de doenças e agravos:

- a) Implantar, implementar e manter o Sistema de Informação de Notificação de Agravos online;
- b) Dar suporte a infraestrutura (recursos humanos, material de consumo e serviços de apoio) da Rede Municipal de Vigilância em Saúde para o desenvolvimento de suas ações;
- c) Fortalecer as ações de Vigilância Epidemiológica na Rede Sentinela Dengue, Febre Chikungunya e Rede Sentinela Influenza (Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave);
- d) Qualificar as ações do Viva Contínuo (Vigilância de Violências e Acidentes) nas 10 Divisões de Vigilância em Saúde.

Emergências de Saúde Pública:

- a) Atuar na detecção, verificação, resposta e monitoramento dos riscos de saúde pública (anexo II da Portaria nº104 de 25 de janeiro de 2011) ocorridos no município do Rio de Janeiro;
- b) Apoiar e/ou gerenciar a resposta aos riscos de saúde pública ocorridos no município do Rio de Janeiro, facilitando uma ação coordenada que envolva todos os setores e instituições relacionados ao evento;
- c) Atuar no manejo de riscos de saúde pública municipal, sendo um elemento facilitador da resposta coordenada;
- d) Manter disponível equipe técnica, estrutura física, equipamentos, transporte e insumos necessários para o processo de detecção, verificação, resposta e monitoramento dos riscos de saúde pública municipal (anexo II da Portaria nº 104/MS, de 25 de janeiro de 2011), durante 24 horas, inclusive nos finais de semana e feriados;
- e) Apoiar a adoção ágil, das medidas adequadas para a investigação epidemiológica, profilaxia e bloqueio da disseminação de doenças (quando se aplica); manutenção de equipe de resposta rápida;
- f) Acionar, em surtos ou emergências de saúde pública, os laboratórios da rede municipal e estadual do Rio de Janeiro, que deverão receber, em período integral, as amostras biológicas a fim de emitir os resultados em tempo oportuno;
- g) Monitorar e avaliar o comportamento epidemiológico das doenças, agravos e eventos e capturar informações sobre riscos de saúde pública de importância municipal, estadual, nacional e internacional, incluindo o resgate de informações sobre doenças endêmicas e epidêmicas dos locais com maior fluxo de viajantes para o município do Rio de Janeiro ou dos locais mais procurados como destino de viagem pelos residentes deste município;
- h) Desenvolver atividades de preparação e resposta antes, durante e após a ocorrência dos eventos de massa. Consideram-se eventos de massa, àquelas atividades coletivas que por motivo esportivo, religioso, lúdico ou laboral, entre outras motivações, movimentem e/ou atraiam um elevado contingente de pessoas vindas de todas as partes do país e/ou mundo.

Qualificação das Ações e Informações de Vigilância em Saúde:

Vigilância Ambiental em Saúde (VAS):

Reorganização da estrutura local e fluxos de trabalho da VAS: redefinir a análise dos resultados das ações desenvolvidas pela VAS em espaços amostrais menores e homogêneos, visando uma maior qualificação dos indicadores pactuados com reorganização de apoio e reforço no trabalho de campo; aparelhamento (computador e conexão) em 10 pontos para transmissão de dados (01 por CAP) a serem utilizados pelos responsáveis pelos apoiadores; painel de indicadores e metas pactuadas levadas de forma igualitária aos diferentes níveis com planilhas avaliativas que permitam detecção rápida das discrepâncias; distribuição baseada em estratos apoiados por agentes formados no curso de capacitação realizado em todas as áreas a partir de agosto/2021.

Qualificar das ações de monitoramento e análise: dar continuidade ao investimento em logística e suporte às Gerências de Fatores de Riscos Biológicos e Não Biológicos visando à ampliação e consolidação das diversas ações de suas competências e seus projetos; reaparelhar o Laboratório de Vigilância Ambiental, ampliando sua capacidade de atendimento e capacitação de pessoal.

Programa de Imunizações:

- Implantar 2 Centros de Orientação de Viajantes (COV): no Centro Especial de Vacinação Dr. Álvaro Aguiar (CEVAA) para atendimento e orientação de viajantes como referência para as APs: 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2 e 3.3; na AP 4.0 para atendimento e orientação de viajantes como referência para as APs: 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3;
- Implantar, em etapas, os Sistemas de Informação do Programa de Imunizações (SIPNI) e o Sistema de Informação online de Vigilância de EAPV, em todas as 217 salas de vacinação do Município, para obter registro nominal dos vacinados na rotina e em campanhas de vacinação;
- Implantar, gradativamente, o Sistema de Informação online de Vigilância de EAPV em todas as 236 salas de vacinação do Município, para otimização da notificação oportuna, descentralização de ações de condutas e monitoramento contínuo da vigilância de EAPV;

Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência:

Esse projeto de intervenção será executado no período de Janeiro de 2021 a Dezembro de 2023.

As ações e informações de VS estão estruturadas nas 5 Coordenações da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), nas 10 (dez) Divisões de Vigilância em Saúde (DVS) das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP); nos 30 Serviços de Vigilância em Saúde (SVS) e nos 15 (quinze) Núcleos Hospitalares de Vigilância em Saúde (NHVS).

Recursos mínimos necessários:

Serviços de Vigilância em Saúde:

Necessidade de 04 técnicos de nível superior 40 horas, sendo:

- a) 01 para atuar no Programa de Imunizações;
- b) 01 para atuar na Vigilância de Agravos Agudos Transmissíveis;
- c) 01 para atuar na Vigilância de Violências e Acidentes;
- d) 01 para atuar nos Dados Vitais.

Necessidade de 03 técnicos de nível médio 40 horas, sendo 01 administrativo, 01 técnico de enfermagem e 01 agente de vigilância em saúde egresso do Proformar para apoio as ações de Vigilância Ambiental em Saúde da área.

Divisões de Vigilância em Saúde:

Necessidade de 05 técnicos de nível superior 40 horas, sendo:

- a) 01 para atuar no Programa de Imunizações;
- b) 01 para atuar na Vigilância de Agravos Agudos Transmissíveis;
- c) 01 para atuar na Vigilância de Violências e Acidentes;
- d) 01 para atuar nos Dados Vitais;
- e) 01 para atuar na Vigilância Ambiental em Saúde.

Necessidade de 02 técnicos de nível médio 40 horas.

Monitoramento e avaliação

Indicadores:

- a) Número de consultas ao viajante/mês;
- b) Número de doses aplicadas de vacinas para Saúde do viajante/mês;
- c) Número de CIVPs emitidos/mês;
- d) Número de consultas no CRIE por demanda espontânea/mês;
- e) Número de consultas no CRIE para avaliação de EAPV/mês;
- f) Número de doses aplicadas das vacinas especiais pela indicação médica/mês;
- g) Número de salas de vacinação com SIPNI instalado/Número de salas programadas por ano;
- h) Número de registros nominais incluídos no SIPNI/ano;
- i) Número de salas de vacinação com SIEAPV instalado/Número de salas de vacinação

programadas em cada ano;

j) Número de notificações oportunas de EAPV por AP/mês;

k) Percentual de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerrados em até 60 dias após notificação;

l) Percentual de doença meningocócica com exame laboratorial realizado;

m) Percentual de investigação de casos de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) notificados;

n) Percentual de casos de síndrome gripal com coleta de amostra nas unidades sentinela, em relação ao preconizado;

o) Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;

p) Percentual de óbitos fetais investigados;

q) Percentual de óbitos de em menores de um ano investigados

Metas de Acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número	Emissão mensal de Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP)	Número de CIVP emitidos por mês no MRJ	2.000
Percentual	Envio oportuno de notificação de EAPV (moderados e graves)	$\frac{\text{Número de EAPV, moderados e graves, notificados oportunamente por mês}}{\text{número de EAPV, moderados e graves, notificados}} \times 100$	80%
Percentual	Casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	$\frac{\text{Número de casos encerrados oportunamente de DCNI}}{\text{nº de casos de DCNI notificados no mesmo período}} \times 100$	85%
Percentual	Investigação de casos de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) notificados	$\frac{\text{Nº de casos de doenças exantemáticas investigados}}{\text{Nº de casos de doenças exantemáticas notificados no mesmo período}} \times 100$	80%
Percentual	Investigação de óbitos infantis, para crianças com peso $\geq 1.000\text{g}$ e $<2.500\text{g}$, respeitando o prazo de 90 dias para a conclusão da investigação	$\frac{\text{Nº de óbitos infantis ocorridos, investigados (com peso } \geq 1.000\text{g e } <2.500\text{g)}}{\text{Nº de óbitos infantis ocorridos (com peso } \geq 1.000\text{g e } <2.500\text{g)}} \times 100$	80%
Percentual	Investigação de óbitos de Mulher em Idade Fértil (MIF), respeitando o prazo de 30 dias	$\frac{\text{Nº de óbitos de MIF investigados}}{\text{Nº de óbitos de MIF ocorridos}} \times 100$	70%

SUBPROJETO 6.2: CURSO TÉCNICO DE AGENTES DE SAÚDE**Objetivo Geral**

Apoiar Curso Técnico de Agentes de Saúde (CTAS)

Objetivos Específicos:

- Oferecer aos profissionais subsídios teórico-práticos relativos à globalidade do processo de trabalho da Vigilância em Saúde, que contribuam para adoção de uma prática mais crítica, reflexiva e inovadora;
- Promover oportunidades de reconhecimento, análise e discussão sobre o espaço/território de atuação desses profissionais, visando elaboração de diagnóstico da situação de saúde e condições de vida, identificação de situações-problema e propostas de intervenção;
- Contribuir para formação de trabalhadores-cidadãos comprometidos com as novas práticas em saúde e com os avanços tecnológicos do SUS;
- Auxiliar na estruturação do Sistema Municipal de Informações de Vigilância em Saúde, a partir da implantação de estações de territorialização no conjunto das áreas programáticas e dos dados produzidos por esses profissionais no nível local.

Metas de Acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número absoluto de vagas	Número de vagas disponibilizadas para o Curso	Número absoluto	200 vagas / ano
% de vagas	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(\text{n}^\circ \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] \times 100$	≥80%
% de alunos	Percentual de alunos formados	$[(\text{n}^\circ \text{ de alunos que finalizaram o curso}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] \times 100$	≥80%

SUBPROJETO 6.3: GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O SERVIÇOS DE APS/ESF**Objetivo Geral**

Desenvolver produtos e estratégias que possam subsidiar as equipes de saúde da família e gestores da atenção primária à saúde para ações de comunicação e educação em saúde.

Objetivos Específicos:

- a) Elaborar conteúdo técnico, diagramar e reproduzir materiais educativos, informes,

boletins, jogos, revistas, vídeos e cartilhas para subsidiar o trabalho de educação em saúde das equipes de saúde da família;

b) Promover a realização de cursos e oficinas voltados para a qualificação de trabalhadores da atenção primária para o desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família, considerando os determinantes sociais da saúde;

c) Apoiar as atividades de comunicação e educação em saúde;

d) Apoiar ações de mobilização, promoção do protagonismo e inclusão das populações vulneráveis de acordo com as políticas estabelecidas.

Recursos necessários para desenvolvimento das ações:

a) Contratação de profissional de nível superior - para revisar, elaborar conteúdo técnico, diagramar e reproduzir materiais educativos, informes, boletins, jogos, revistas, vídeos e cartilhas para subsidiar o trabalho de educação em saúde das equipes de saúde da família;

b) Contratação de profissionais com perfil para a realização de cursos e oficinas voltados para a qualificação de trabalhadores da atenção primária, para o desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família, considerando os determinantes sociais da saúde.

c) Contratação de profissional de nível médio para acompanhamento das ações, confecção de relatórios, apoio a eventos etc.

d) Apoio Logístico: Gráfica, impressão, diárias, passagens, material didático, transporte;

Indicadores

- Número de profissionais qualificados/ ano / AP
- Número de Cursos-Oficinas ministrados / mês
- Número publicações realizadas / bimensal
- Número Campanhas realizadas / semestre
- Número materiais educativos elaborados /mês
- Número atividades de educação em saúde apoiadas / bimensal

Meta de Acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Campanha realizada	Realização de Campanhas de Promoção de Saúde	Número de Campanhas de Promoção de Saúde realizadas por trimestre	Mínimo de 1 Campanha de Promoção de Saúde por trimestre

Curso/Oficina Ministrado	Realização de Cursos/Oficinas	Número de Cursos/Oficinas ministrados por mês	Mínimo de 1 Curso/Oficina
Material elaborado	Elaboração de Material Educativo	Número de Material Educativo elaborado por Bimestre	Mínimo de 1 por Mês

SUBPROJETO 6.4: AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

Objetivos específicos

a) Ampliar a detecção de casos de tuberculose e de co-infecção TB/HIV nas famílias beneficiárias do Cartão Família Cariocas (CFC) que residem em áreas cobertas pelas equipes de saúde da família;

- Busca ativa de casos de TB entre os beneficiários do CFC que apresentam tosse, independentemente do tempo de início deste sintoma;
- Coleta de amostra de escarro para realização de teste de biologia molecular e cultura para BK de todos os beneficiários do CFC;
- Oferta de teste rápido de HIV para os beneficiários do CFC;
- Utilização de geoprocessamento identificação e monitoramento para os casos de tuberculose e coinfeção TB/HIV dentre os beneficiários do CFC;
- Identificação das vulnerabilidades de saúde das famílias beneficiárias do CFC.

b) Ampliar a adesão ao tratamento de tuberculose entre as famílias beneficiárias do CFC nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família, por meio de estratégias inovadoras;

- Tratar os casos de tuberculose identificados nas famílias beneficiárias do CFC.
- Construir estratégias de mobilização e comunicação junto às famílias beneficiárias do CFC.
- Realizar em 10 territórios selecionados ações de mobilização e comunicação.

c) Identificar e examinar os contatos dos casos de TB detectados entre as famílias beneficiárias do CFC;

- Identificar e examinar os contatos referidos pelos beneficiários do CFC;
- Tratar os contatos de tuberculose das famílias beneficiárias do CFC com indicação de tratamento da infecção latente.

d) Desenvolver o monitoramento das ações estabelecidas na proposta.

- Monitorar as atividades diagnósticas executadas pelos laboratórios.

Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência

As ações serão realizadas nas áreas de atuação de saúde da família com a presença de famílias beneficiárias do CFC. Sendo assim, o projeto será desenvolvido em todas as áreas de planejamento da cidade no período de dois anos. Os produtos serão apresentados trimestralmente, por meio de relatórios escritos e enviados para SMS. E a cada 12 meses apresentar um relatório de avaliação do projeto, com a descrição das metas e dos resultados alcançados.

Para execução das ações é necessário a contratação dos profissionais descritos no quadro abaixo:

- Assistentes administrativos
- 2 Digitadores
- 1 Bolsista pesquisador de integração de políticas
- 1 Analista de banco de dados
- 1 Bolsista pesquisador - Epidemiologista
- 1 Gerente de projeto
- 1 Geógrafo
- 1 Bolsista Pesquisador – Assessoria Científica
- 10 bolsistas da área de Ciências Sociais e Humanas

Metas de monitoramento e avaliação do projeto

- Avaliar 80% dos contatos dos casos de TB entre as famílias CFC.
- Curar 85% dos casos identificados entre as famílias do CFC.
- Tratar 70% dos contatos com indicação para tratamento da ILTB.
- Realizar em 10 territórios selecionados ações de mobilização e comunicação.
- Elaborar e reproduzir materiais direcionados para os profissionais e para os beneficiários.

Meta para acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Percentual	Proporção de contatos detectados dos casos de TB entre as famílias beneficiárias do CFC, Identificados e examinados	Número de contatos de TB registrados examinados / Número de contatos de TB registrados	70%

SUBPROJETO 6.5: QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA AO CONTROLE DAS DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Objetivos específicos

Fortalecimento das ações de Vigilância Epidemiológica

- Intensificar e qualificar as notificações e investigações de DST/AIDS e hepatites B e C pelas unidades de saúde da rede pública e estender as ações de vigilância à rede privada de saúde;
- Implantar ações de vigilância das coinfeções Hepatite B/HIV e Hepatite C/HIV na rede pública de saúde;
- Descentralizar registro das notificações na base de dados oficial (Sistema Nacional de Agravos de Notificação SINAN)
- Manter a infraestrutura necessária (recursos humanos, material de consumo e serviços de apoio) da Rede Municipal de Saúde para o desenvolvimento das ações de vigilância das DST/AIDS e Hepatites Virais B e C;

Intensificar e Qualificar as Ações de Assistência às DST/AIDS e Hepatites Virais na rede pública municipal de saúde:

- Revisar a linha de cuidado das DST/AIDS e Hepatites fortalecendo o papel das equipes de saúde da família no cuidado integral e adequado aos níveis de atenção.
- Revisar os protocolos de regulação das DST/AIDS e Hepatites.
- Apoiar a implantação dos protocolos na rede de atenção primária e secundária.
- Implantar as ações de assistência às Hepatites Virais nas Policlínicas e outras unidades que desempenham o papel de atenção secundária, obedecendo protocolos clínicos do Ministério da Saúde e a normalização definida pela Gerência de Hepatites Virais, de acordo com a Linha de Cuidados das Hepatites Virais B e C;
- Ampliar e manter a realização do diagnóstico tradicional e rápido das Hepatites B e C nas unidades de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro.
- Implantar, intensificar e qualificar o uso do sistema de logística oficial (Sistema de gerenciamento de Medicamentos - SIGME) em todas as unidades dispensadoras de medicamentos para o tratamento das Hepatites Virais B e C;
- Implantar o monitoramento do uso de medicamentos para detecção de pacientes em tratamento concomitante para Hepatites B, C e Aids;

- Elaborar materiais educativos e informativos para os profissionais de saúde e portadores de doenças sexualmente transmissíveis;
- Oferecer aos profissionais de saúde envolvidos com a assistência e a vigilância a oportunidade de participar de congressos e outros eventos científicos relacionados a estes agravos, segundo critérios pré-estabelecidos pelas Gerências de DST/AIDS e Hepatites Virais;

Intensificar, Descentralizar e Qualificar as Ações de Promoção e Prevenção das Hepatites Virais B e C:

- Aumentar o acesso da população sexualmente ativa aos insumos de prevenção (preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante);
- Ampliar o acesso das populações mais vulneráveis às unidades de AP
- Realizar eventos educativos e de divulgação relacionados às DST/AIDS e Hepatites Virais B e C;
- Apoiar ações e eventos relacionados à prevenção de DST/AIDS e Hepatites Virais B e C para as OSC (Organizações da Sociedade Civil) parceiras;

Promover atividades de Assistência, Ensino e Pesquisa em parceria:

- Realizar pesquisa operacional voltada para o monitoramento do perfil epidemiológico e assistencial visando a qualificação das ações de controle;
- Disponibilizar leitos de infectologia do Hospital Municipal Raphael de Paula Souza (HMRPS), ao Instituto Nacional de Infectologia (INI/Fiocruz) para referência de pacientes.
- Proporcionar aos profissionais das instituições cooperantes (INI/HMRPS) experiências metodológicas, tecnológicas e práticas de aspecto inovador e interdisciplinar;
- Estimular a produção de textos acadêmicos a serem elaborados por pesquisadores vinculados aos dois hospitais;
- Realizar o compartilhamento de boas práticas relacionadas à pesquisa e à assistência ambulatorial e hospitalar em doenças infecciosas.

Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência

Esse projeto de intervenção será executado no período de agosto de 2021 a fevereiro de 2023, no âmbito das Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais, das Coordenações de Atenção Primária (CAPs) e da rede assistencial municipal, incluindo todas as unidades de saúde da Atenção Primária e Policlínicas e o Hospital Municipal Rafael de Paula Souza.

Recursos Humanos necessários para a composição da equipe das Gerências de DST/AIDS e Hepatites Virais, nível central:

Necessidade de pelo menos 04 técnicos de nível superior 40 horas, sendo:

- Técnicos de nível médio para secretariar e produzir relatórios;

- 1 Técnico de nível superior para atuar na Vigilância da DST/AIDS e Hepatites Virais;
- Médicos infectologista ou gastroenterologista ou hepatologista ou clínico para atuar na qualificação dos protocolos e assistência às Hepatites Virais;
- Farmacêuticos para supervisão da implantação descentralizada do tratamento das DST/AIDS e Hepatites

Monitoramento e avaliação:

Indicadores

- Número anual de notificações de Hepatites Virais B e C crescente em no mínimo 5% ao ano, comparado à média dos 5 anos anteriores;
- Completitude das variáveis do SINAN, para as Hepatites B e C, de no mínimo 30%;
- Descentralização da digitação das notificações para no mínimo 5 APs por ano;
- 20% das APs com assistência descentralizada para a Atenção Primária, por ano (cumulativa);
- 100% das APs com referências para o tratamento dos casos mais complexos de Hepatites Virais B e C;
- 100% das APs oferecendo diagnóstico tradicional e rápido de Hepatites Virais B e C mediante aconselhamento;
- 1 artigo publicado durante o projeto.

Metas para acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Percentual	Proporção de APs com oferta de Diagnóstico para Hepatite Baciloscopia especificidade C	Número de APs com oferta de diagnóstico/ 10	100% das APs oferecendo diagnóstico Hepatites Virais B e C, mediante aconselhamento

SUBPROJETO 6.6: PESQUISA CLÍNICA IMUNOBIOLOGICOS

Objetivo Geral

Manter o Centro de Pesquisa Clínica na AP 5.3 e na AP 2.2.

Objetivos Específicos:

- Apoiar o desenvolvimento de pesquisa clínica,
- Desenvolver serviço de atenção primária de referência para a SUBPAV e Biomanguinhos/Fiocruz.
- Apoiar a infraestrutura para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs), para atendimento das indicações de imunização em situações especiais.

Metas para acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número Absoluto	Pesquisa Realizada Clínica	Número de Pesquisa Clínica realizada/ semestre	1 Pesquisa Clínica/Semestre

ANEXO TÉCNICO E
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE AP-3.1
(TEIAS MANGUINHOS)

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS
B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO
B.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO
B.1.3. COMPOSIÇÃO
B.1.4. FUNÇÕES
B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO
B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS
B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA
B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO
B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA
B.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.
B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL – INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS
B.3.1. ASPECTOS GERAIS
B.3.2. PARTE VARIÁVEL 01 – INCENTIVO INSTITUCIONAL À GESTÃO DO TEIAS
B.3.3. PARTE VARIÁVEL 02 – INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE
B.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (PARTE VARIÁVEL 02).
B.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM A UNIDADE DE SAÚDE (PARTE VARIÁVEL 02).
B.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02).
B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO À QUALIDADE PERCEBIDA / SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
B.3.4. PARTE VARIÁVEL 03 – INCENTIVO À GESTÃO DA CLÍNICA
B.3.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03
B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
B.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
B.4.1.1. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP) OU PRONTUÁRIO ELETRÔNICO CLÍNICO (PEC) – REQUISITOS MÍNIMOS
B.4.1.2. SCNES – SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
B.4.1.3. SIA – SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
B.4.1.4. – SISAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA
B.4.1.5. SISPRENATAL – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PRÉ-NATAL
B.4.1.6. SISCAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE RASTREAMENTO DE CITOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO
B.4.1.7. SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
B.4.1.8. SI-PNI/API – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES/AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES
B.4.1.9. SISREG – SISTEMA DE NACIONAL DE REGULAÇÃO

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de apoio à gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais por meio da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de direção do contrato que inclui a identificação e avaliação de problemas, discussão e negociação com as Organizações Sociais e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS, através da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), elabora os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realiza o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes da Subsecretaria responsável pelas ações e serviços de saúde.

B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMS/RJ como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando a qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios. Para tal criou-se a Comissão Técnica de Acompanhamento– CTA que efetiva o processo de acompanhamento e avaliação.

B.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA - realiza o seguimento e a avaliação da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos pela SMS.

B.1.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída, por no mínimo de 06 membros titulares e 03 suplentes, assim definido:

Titulares

- a) 03 representantes da S/SUBPAV/CAP
- b) 01 representantes da S/SUBPAV
- c) 02 representantes da S/SUBG

Suplentes

- d) 1 representante da S/SUBPAV/CAP
- e) 1 representante da S/SUBG

Os membros da CTA, titulares e suplentes, são definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde. A constituição das CTA é publicada em Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.

Sempre que necessário, outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares e coadjuvantes às ações de avaliação da CTA.

B.1.4. FUNÇÕES

A análise e o acompanhamento das contas dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais para gestão de unidades pré-hospitalares são exercidos pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA.

A Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA é responsável pela análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico assistencial dos contratos de gestão firmados com as Organizações Sociais.

São funções da CTA:

- a) acompanhar e controlar os aspectos econômicos e financeiros dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais, analisando a aplicação dos recursos, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados à população, solicitando pareceres e subsídios das respectivas áreas técnicas da SMS e dos órgãos da prefeitura, como laboratório, licenciamento para transporte pré-hospitalar, serviços de imagem, empresas de alimentação, limpeza e vigilância.
- b) avaliar as metas e os indicadores pactuados e registrar o funcionamento dos serviços prestados;
- c) realizar estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como a fixação e rotatividade de profissionais de saúde;
- d) analisar e acompanhar as contas do trimestre avaliado;
- e) realizar reuniões ordinárias e extraordinárias, estas últimas sempre que solicitadas pela SMS ou pelo contratado;
- f) manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes na reunião;

g) analisar mensalmente a prestação de contas e emitir relatórios trimestrais de aprovação de contas;

h) emitir relatórios trimestrais de análise e acompanhamento de cumprimento de metas.

B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO:

B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Cabe à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre os serviços que ofertam mediante a implementação e disponibilização de sistema de informação gerencial com acesso pela internet, utilizando padrões estabelecidos pela SMS-Rio de Janeiro;
- Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Registros utilizados na atividade assistencial;
- Registros utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contrarreferência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros utilizados.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Fundamentos da Atenção Básica (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB2017 – Ministério da Saúde).

B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde ou a outros no âmbito territorial;

Orientações estabelecidas pela SMS/RJ:

- As duas práticas não são excludentes, mas sim complementares, e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que podem ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

- Qualificação dos profissionais;

- Utilização do prontuário eletrônico como a fonte de informação para ações de vigilância em saúde, gestão da agenda, consultas individuais; uso de outros registros da atividade assistencial;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro e a PNAB2017 – Ministério da Saúde;
- Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede de atenção primária;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência das urgências em atenção primária;
- Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação externa da prática assistencial.
- Avaliação da relação médico-paciente;
- Ética profissional;

B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios, de forma genérica, serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo estas, sempre que a população ultrapasse um número recomendado pelas Ciências Estatísticas, de caráter amostral;

B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade em todo o processo de modo que este seja reconhecido como tal pelo próprio usuário. Esta articulação ocorrerá de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial são necessários:

- Consenso clínico sobre as patologias e os processos que podem ser solucionados nos serviços da rede básica;
- Utilização do Manual do Regulador e protocolos clínicos baseados nas melhores evidências para a coordenação do cuidado na regulação;
- Utilização, pelos profissionais de saúde, das referências e contra referências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária, desde a rede de atenção primária à saúde até a atenção especializada, de maneira recíproca, para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede.
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes/determinantes do processo de saúde-doença.

B.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

As atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças serão definidas pela S/SUBPAV/SPS – Rio de Janeiro.

B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

Nos últimos anos observa-se interesse crescente sobre pagamento por desempenho (*pay-for-performance* (P4P) ou "*value based purchasing*"), principalmente na Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Os programas de pagamento por desempenho visam a melhoria da qualidade, premiando a excelência ao mesmo tempo em que promovem o aumento do acesso aos serviços de saúde.

A experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2002) tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.

B.3.1. ASPECTOS GERAIS

O quadro de indicadores deverá ser apresentado à CAP e à CTA através de relatórios emitidos diretamente do prontuário eletrônico, cujo layout do quadro síntese poderá vir a ser solicitado pela SMS ou pela CTA.

Todos os indicadores deverão ser gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico. Por exemplo, para comprovar que uma pessoa está com calendário vacinal atualizado, não basta perguntar ao profissional se o calendário está atualizado, mas sim verificar a partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo com o calendário vacinal adotado pelo município.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) deve disponibilizar relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário. Esses indicadores da equipe deverão ser enviados de forma automatizada, por e-mail, pelo PEP, para cada profissional de saúde ao final do mês.

Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que o envio dos indicadores esteja sendo mensalmente enviado por e-mail aos profissionais.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMS poderão solicitar a memória de cálculo que gerou os resultados dos indicadores, e realizar uma auditoria clínica para validar os resultados encontrados.

A parte variável do contrato de gestão está dividida em três partes:

- **Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS.**
- **Parte variável 02 – incentivo Institucional à unidade de saúde.**
- **Parte variável 03 – incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal.**

B.3.2. PARTE VARIÁVEL 01—incentivo institucional à gestão do TEIAS;

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Contrato de Gestão.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro 1.0 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

Para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01 com periodicidade trimestral, que correspondem a até 2% do percentual do valor referente à parcela fixa excluída o valor

de investimento, a **CONTRATADA** deverá apresentar um relatório contendo os resultados dos indicadores pré-estabelecidos pela SMS–RJ, definidos no Quadro 1.0.

O valor está condicionado ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre.

Caso a OSS cumpra a totalidade das metas, a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica “Apoio a gestão do TEIAS – OSS”, devendo a OSS apresentar à CAP o plano de aplicação deste valor.

A parte variável 01 pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 80 a 100% das metas implica em destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% das equipes de saúde da família estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 1% do recurso.

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% das ESF estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 0,5% do recurso.

(iii) cumprimento de menos de 60% das metas implica em não destinação do recurso à OSS.

(*) entende-se por equipe de saúde da família completa, em cada mês do período de análise, aquela que possuir **cadastrado no SCNES**, um médico 40h ou dois médicos 20h, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e o número mínimo de ACS definido pela CAP para cada território.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, que é parte integrante da SMS–RJ, que se reúne periodicamente analisando os documentos entregues pela **CONTRATADA**, já mencionados anteriormente, ou efetuando análise de outros documentos ou até supervisão local, se julgar necessário.

Quadro 1 de indicadores da **PARTE VARIÁVEL 01**- incentivo institucional à gestão do TEIAS.

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
1	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de Unidades de Saúde da Família com comissões de prontuários mantidas	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com comissões de atividade mensal}}{100} \times \frac{(D) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com equipes de Saúde da Família}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com comissões de atividade mensal}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de funcionamento da Unidade)	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.
2	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados no SCNES	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das equipes de ESF e ESB cadastrados no prontuário com correspondência no SCNES}}{100} \times \frac{(D) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário}}$	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	95%	Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas ESF e ESB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de CNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no CNES.

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
3	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	Percentual de consultórios com impressora funcionando	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultórios de equipes de saúde da família, saúde bucal e farmácia com impressora disponível e funcionando nas unidades com apoio à gestão}}{100} \times 100$ $(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultórios de equipes de saúde da família, saúde bucal e farmácia nas unidades com apoio à gestão}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se todos os consultórios de equipes de saúde da família (considerando salas temáticas), saúde bucal e farmácia apresentam impressoras disponíveis e funcionando no período.
4	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades de saúde com declaração de que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente}}{100} \times 100$ $(D) \text{ N}^\circ \text{ de unidades recebendo apoio à gestão}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da OSS (excluem-se os medicamentos) está regular em percentagem de itens padronizados. A avaliação é a média dos 3 meses.

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
5	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com apoio à gestão que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de unidades com apoio à gestão na área}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
6	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB, OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com comprovação de envio de arquivos válidos pelo PEP}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de unidades com apoio à gestão na área}} \times 100$	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP) + declaração da DICA	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SISAB e SIA deverá seguir o pactuado com CAP e SMS. O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da S/SUBG/CCGOS. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos três meses em análise.

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
7	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SISAB de sua unidade}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de profissionais de ESF e ESB na área}} \times 100$	Protocolo de envio de e-mail pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por e-mail, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SISAB. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por e-mail, o e-mail de cada um deles e o cargo dos mesmos.
8	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto	$\frac{(N) \text{ Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS-OSS no trimestre}}{(D) \text{ Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS-OSS no trimestre}}$	Prestação de contas	Trimestral	<ou =1	Avaliação da eficiência da gestão, considerando a média de três meses
9	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde do MS ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS	$\frac{(N) \text{ Total de itens comprados abaixo da média de preços}}{(D) \text{ Total de itens adquiridos}} \times 100$	Prestação de contas	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão. Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens. DECRETO RIO Nº 41.208 DE 18/01/2016

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade no período de análise}}{(D) \text{ Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão.
11	Proporção de cura de tuberculose	Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de casos novos de Tuberculose encerrados como cura na área no período em análise}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de casos novos de Tuberculose encerrados na área no período em análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	85%	O alcance da meta deste indicador será somente se considerado 90% dos casos com diagnóstico de tuberculose >ou =12 meses estiverem encerrados com o respectivo motivo do encerramento registrado no PEP. O prontuário deverá permitir a extração da lista nominal dos casos com diagnóstico de TB com a respectiva data e motivo de encerramento.

12	Acompanham ento de Sífilis na Gestaçã	Proporção de Notificações de Sífilis na Gestaçã com tratamento adequado	(N) N° de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestaçã com tratamento adequado no período em análise _x 100 (D) N° de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestaçã no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%	a) Considera-se tratamento ADEQUADO: 1) prescrição adequada para o tipo de sífilis (primária, secundária, latente); E 2) Tratamento do parceiro; E 3) Tratamento realizado antes de 30 dias da data do parto; b) Para atingir o indicador deve-se fazer o diagnóstico precocemente (importância do teste rápido) e tratar o parceiro; c) Considera-se também casos de gestantes residentes na área das equipes notificadas na maternidade. Para isso, havendo inconsistências nessas notificações é possível a correção na base do SINAN, desde que a equipe fique atenta e comprove que o tratamento foi adequado.
----	---	--	---	-----------------------------------	------------	-----	---

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
13	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%	Considerar todos os registros de consultas de pré-natal do médico e/ou do enfermeiro na linha de cuidado.
14	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) para pessoas com 16 anos ou mais	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com 16 anos ou mais	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais}} \times 100$	PEP	Trimestral	90%	
15	Proporção de cadastros definitivos com número único (DNV ou CPF) para pessoas menores de 16 anos	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com menos de 16 anos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNV ou CPF para pessoas com menos de 16 anos}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas no PEP com menos de 16 anos}} \times 100$	PEP	Trimestral	90%	

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
16	Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais substituídos} + \text{N}^\circ \text{ de profissionais admitidos}}{2}$ $\frac{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de profissionais ativos no período}}{}$	CNES	Trimestral	<ou= 5%	Forma clássica de cálculo do turnover: número de demissões mais número de admissões/2 dividido pelo número de funcionários ativos. 1) consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de ESF e ESB. 2) para substituição consideram-se demissões, transferências e substituições por licença.
17	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca (CFC) acompanhadas no período	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC}}$	Portal Bolsa Família / SUBPAV	Trimestral		Meta: Janeiro/Julho – 20%, Fevereiro/Agosto – 30%, Março/Setembro – 40%, Abril/Outubro – 60%, Maió/Novembro – 80%, Junho/Dezembro – 90%

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
18	Percentual de escolas e creches no território de referência da Unidade de Saúde com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção ou assistência.	Proporção de escolas e creches cobertas na área da Unidade de Saúde de referência.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde no período}}{(D) \text{ Total de escolas da área}} \times 100$	PEP	Mensal (considerar apenas meses letivos das escolas)	90%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches públicas na área de abrangência com informações como INEP, Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado. Nos meses não letivos das escolas, não considerar o mês em questão.
19	Desempenho assistencial	Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou ESB}}{(D) \text{ Total de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	

Estes indicadores deverão ser disponibilizados pela **CONTRATADA** no Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – OS INFO.

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS – Rio de Janeiro, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as “Fontes” descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OSS que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento.

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS–RIO, juntamente com a OSS, deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

B.3.3. PARTE VARIÁVEL 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral preestabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária. O valor é de até R\$ 3.000,00/trimestre por equipe de saúde da família, observado o limite de 1% da parcela fixa, excluído o valor do investimento, do trimestre previsto no “Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”. O valor mensal pago para cada unidade de atenção primária a título de bônus premial, referente à variável 2, deverá respeitar a proporcionalidade do valor máximo apurado no período, e, o limite de 1% da parcela fixa do trimestre previsto no “Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”.

Para a obtenção do repasse dos recursos da Parte Variável 2 pelas Unidades de Saúde, deverão ser cumpridas 2 (duas) condicionais:

- Do atingimento das metas pelas Equipes de Saúde da Família:
- Cumprimento das metas de 0 a 11 indicadores pelas equipes da unidade, não será repassado nenhum valor.
- Cumprimento das metas de 12 a 16 indicadores pelas equipes da unidade, será repassado 50% do valor do trimestre (até R\$ 1.500,00 Reais por equipe);
- Cumprimento das metas de 17 a 21 indicadores pelas equipes da unidade, será repassado 100% do valor do trimestre (até R\$ 3.000,00 Reais por equipe).

Exemplos: uma unidade com três equipes de saúde da família em que todas essas equipes tenham cumprido a meta de 17 a 21 indicadores, será repassado à unidade 3 x R\$ 3.000,00 Reais = R\$ 9.000,00 no trimestre; uma unidade com 5 equipes em que quatro tenham cumprido a meta de 17 a 21 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 12 a 16 indicadores, será repassado à unidade 5 x R\$ 1.500,00 Reais no trimestre; uma unidade com 4 equipes em que duas tenham cumprido a meta de 17 a 21 indicadores, uma equipe cumprido a meta de 12 a 16 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 0 a 11 indicadores, não será repassado nenhum valor à unidade.

- Da completude das Fichas de Cadastro do Prontuário Eletrônico (PEP):

○ O percentual mínimo de Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar com todos os campos preenchidos no PEP é de 90%, em cada um dos meses do trimestre. Somente se este percentual for atingido nos três meses do trimestre, as unidades que atingiram as metas de 17 a 21 indicadores terão 100% do repasse. Se não houver 90% de completude das Fichas de Cadastro, o repasse cairá para 50%. Da mesma forma, as unidades que atingiram as metas de 12 a 16 indicadores só receberão 50% do repasse se a completude das Fichas de Cadastro for de 90% ou mais. Caso seja menor que 90%, o repasse será de apenas 25%.

(*) Os prontuários eletrônicos deverão fornecer relatório com o percentual de fichas de cadastro com todos os campos preenchidos.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 21 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: **acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico**, conforme Quadro 02 a seguir.

Quadro 02 – Indicadores da **Parte variável 02** – incentivo à qualificação das unidades de saúde

A) Acesso

- A1. Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio médico de família.
- A2. Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.
- A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.
- A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.
- A5. Proporção de itens da carteira de serviço implementados.
- A6. Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.
- A7. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

D) Desempenho Assistencial

- D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.
- D2. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses.
- D3. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses.
- D4. Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.

- D5. Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.
- D6. Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.
- D7. Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.
- D8. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.
- D9. Percentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima no resultado do PMAQ.

S) Qualidade Percebida

- S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos.

E) Desempenho econômico

- E1. Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo medicamentos REMUME) previstos por usuário.
- E2. Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.
- E3. Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.
- E4. Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG.

B.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (parte variável 02).

A seguir estão descritos os valores de parâmetro para as metas dos indicadores da Parte Variável 02.

INDICADORES DE ACESSO

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
A1	Acesso	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	70% a 95%
A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de consultas realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 40%, Máximo 80%
A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CDs, ASB, TSB)}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de cadastrados na área da equipe}} \times 1.000$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 300/1.000 (sem SB) ou 320/1.000 (com SB)
A4	Acesso	Taxa de grupos educativos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de atividades educativas em grupo realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CD, ASB, TSB)}}{(D) \text{ Total de cadastrados na área da equipe}} \times 1.000$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 6/1.000 (sem SB) ou 12/1.000 (com SB)
A5	Acesso	Proporção de itens da Carteira de Serviços implementados	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de itens da carteira de serviços implementados pela equipe de SF e SB}}{(D) \text{ Total de ações da carteira de serviços}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
A6	Acesso	Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) agendadas no mês pelas ESF e ESB da unidade}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 10%
A7	Acesso	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas nos últimos 3 meses}}{(D) \text{ População cadastrada na área da unidade} \times (\text{N}^\circ \text{ de ESB} \div \text{N}^\circ \text{ de ESF})} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	≥ 3%

INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
D1	Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no PEP residentes na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
D2	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 01 com médico E 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico e 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes cadastradas na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%
D3	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 de enfermagem no período de 12 meses.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe com pelo menos 01 consulta médica E 01 de enfermagem no período de 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
D4	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%
D5	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D6	Desempenho assistencial	Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de gestantes com pré natal encerrado no trimestre pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe com pré-natal encerrado no trimestre}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
D7	Desempenho assistencial	Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de 1ª consulta realizada até 15 dias de vida}}{100 (D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D8	Desempenho assistencial	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultas odontológicas programáticas pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	≥ 0,6
D9	Desempenho das ESF no PMAQ	Porcentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima da média no resultado do PMAQ	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de equipes de Saúde da Família com resultado Acima da Média e Muito acima da média}}{(D) \text{ Número total de ESF da unidade de saúde}} \times 100$	Relatório de resultados PMAQ (**)	Trimestral	Mínimo 80%

(**) Para a contabilização do número de equipes de Saúde da Família de cada unidade será considerada a quantidade de equipes de saúde da família no CNES, do último mês de

referência definido pelo Ministério da Saúde como a competência para a adesão ao ciclo do PMAQ em análise. Por exemplo, no segundo ciclo, maio de 2013 foi o último mês de competência definido pelo Ministério da Saúde. Com isso o número de equipes de saúde da família da unidade deve considerar este mês. As novas equipes implantadas, após esta data, não serão contabilizadas no numerador e no denominador. Cada ciclo do PMAQ tem duração entre 18 e 24 meses. Uma vez divulgado pelo Ministério da Saúde o resultado no 2º ciclo do PMAQ, a unidade de saúde pontuará este indicador até serem publicados os resultados do 3º ciclo e assim sucessivamente. No terceiro ciclo, devido às mudanças no edital do PMAQ, as faixas de desempenho consideradas para o alcance deste indicador serão Ótimo e Muito Bom.

INDICADOR DE QUALIDADE PERCEBIDA

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
S1	Qualidade Percebida	Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde}}{100} \times$ (D) Total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%

INDICADORES DE DESEMPENHO ECONÔMICO

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
E1	Desempenho econômico	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo medicamentos REMUME) previstos por usuário	$\frac{(N) \text{ Somatório do valor dos exames de SADT e medicamentos REMUME solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte valores tabela SIGTAP) no trimestre avaliado}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe no trimestre avaliado}}$	Prontuário Eletrônico (PEP) (Tabela SIGTAP como parâmetro)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Máximo R\$41,80

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
E2	Desempenho econômico	Percentual de medicamentos prescritos da REMUME	(N) Nº de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses $\frac{\text{Nº de itens diferentes de medicamentos prescritos}}{\text{Nº total de itens diferentes de medicamentos prescritos}} \times 100$ (D) Nº total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%
E3	Desempenho econômico	Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	(N) Nº de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço/especialidade $\frac{\text{Nº de pacientes encaminhados}}{\text{Nº total de pacientes atendidos}} \times 100$ (D) Nº total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 20%
E4	Desempenho econômico	Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	(N) Nº de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses $\frac{\text{Nº de pacientes faltaram}}{\text{Nº total de pacientes agendados}} \times 100$ (D) Nº total de pacientes agendados para exames ou encaminhamentos especialistas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses	SISREG(***)	Trimestral	Máximo 30%

(***) A fonte deste indicador permite extração do resultado por unidade, desta forma, será considerado o mesmo resultado para cada equipe da unidade, ou seja, uma unidade com 4 equipes que apresentou

resultado de 25% no SISREG terá para cada equipe o resultado de 25%. Este indicador não será considerado para unidades tipo B.

B.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM A UNIDADE DE SAÚDE (Parte Variável 02).

A definição das metas, a partir do 2º ano de contrato com as OSS depende da pactuação a ser efetuada entre a unidade e a CAP e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da unidade com saúde da família para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.

No primeiro ano do contrato de gestão a SMS definirá as metas, que servirão, junto com a série histórica dos indicadores por equipe de saúde da família, para a pactuação que deverá ser feita entre a CAP e cada equipe de saúde da família. Esta pactuação deverá ser realizada por escrito, equipe a equipe, em forma de contrato de gestão celebrado entre ambas as partes.

Nos indicadores de eficiência, uma vez que ainda existem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo de contratualização para o primeiro ano do contrato de gestão, estes serão contratualizados apenas em relação aos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponíveis pelo SUS, considerando-se o preço de compra pela SMS.

B.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02).

O monitoramento **dos indicadores** deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pelo diretor/gerente da unidade.

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTA e a unidade. Sempre que existam incongruências entre os dados da OSS e da unidade, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados registrados devem ser auditados pela CAP.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a **aplicação de questionários** – modelo definido pela SUBPAV / SMS, de modo a permitir comparações entre as APs. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um *casemix* preestabelecido pela SMS.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratualizado e remetê-lo a CAP. No relatório deverão estar explícitas as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pela SMS ou pelo Ministério da Saúde.

As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um **Plano para a Aplicação do Incentivo**, sendo submetido a CAP para validação.

Caberá às CTAs aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO À QUALIDADE PERCEBIDA / SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A qualidade percebida é um dos indicadores que compõem a **Variável 02** do Pagamento por Performance.

- Para o registro da satisfação, deve-se utilizar questionário padrão definido pela SMS. O podendo ser em totem com que facilite a visualização e a coleta das informações;
- Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas **no mesmo dia do atendimento e com identificação de CPF**;
- Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;
- O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:

NOME DO USUÁRIO;

EQUIPE DE SAÚDE;

DATA DO REGISTRO;

HORA DO REGISTRO;

MOTIVO DO ATENDIMENTO;

- A Coordenadoria Geral de Atenção Primária deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou de fraude nos dados;

B.3.4. PARTE VARIÁVEL 03

A variável 3 consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional, sob a forma de Unidades Contábeis (UC). Cada equipe terá **como limite mínimo para receber o incentivo, 60 UCs no trimestre**, no somatórios de pelo menos cinco grupos de ações. O limite máximo de UC por trimestre é de até 300 UCs, o que

corresponde a até 10% da soma dos salários base do trimestre (o que equivale a 10% do salário mensal), observado o limite de 2% da parcela fixa, excluído o valor do investimento, do trimestre previsto no “Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”. O valor mensal pago aos profissionais a título de bônus premial, referente à variável 3, deverá respeitar a proporcionalidade do valor máximo de UCs apurado no período, e, o limite de 2% da parcela fixa do trimestre previsto no “Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”.

A quantidade de UC a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipes de saúde da família e saúde bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença. Também são responsáveis pelo encaminhamento a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação das unidades, com especial ênfase na Saúde da Família (PNAB, 2006 e Decreto Municipal N° 30.780 de 2009),

Os Centros de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAP com autonomia funcional e técnica, e devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP.

Nem todas as unidades de atenção primária no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de unidades de atenção primária (A, B e C) é resultante da organização do processo de trabalho, conforme quadro a seguir.

Quadro 03 – Modelos de unidades de atenção primária existentes no município do Rio de Janeiro

Modelo A. Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, e a unidade está dividida em Equipes de Saúde da Família. Nesta unidade, todo usuário deve conhecer sua equipe e os nomes dos profissionais de referência para seu atendimento.

Modelo B. Somente uma parte do território é coberta com as equipes de saúde da família e saúde bucal.

Modelo C. A unidade ainda não trabalha na estratégia de Saúde da Família.

Nota: O Território é definido pela lista de CEP (correio) vinculada a uma determinada unidade.

De 2010 a 2012, a PCRJ e a SMS identificaram a contratualização como ponto fundamental indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência. O objetivo é evoluir como os melhores sistemas de saúde do mundo, onde é avaliado o desempenho clínico de cada profissional da rede.

Os modelos A e B terão incentivos aferidos para atividades específicas. Estes incentivos devem criar condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, ao atribuir às equipes melhorias nas unidades de saúde, no contexto físico do seu exercício, no reforço de competências pela facilitação do acesso a ações de formação, e ao atribuir aos profissionais, gratificações associadas ao desempenho.

Esses indicadores levam em consideração as especificidades locais, uma vez que é facultado ao profissional a composição do resultado final do conjunto de indicadores alcançado, dentro de um conjunto de indicadores.

Com isso, espera-se que as equipes desenvolvam a cultura de gestão da clínica, percebendo que não basta apenas atingir alguns indicadores, mas que em conjunto eles induzem uma boa prática clínica. Por exemplo, não serão esperados apenas que as equipes atinjam bons resultados na captação precoce de gestantes no pré-natal, mas saber quantas gestantes além da captação precoce realizaram um bom pré-natal. Para realizar um bom pré-natal alguns outros indicadores importantes, como ter realizado exames VDRL, hepatite B e HIV, ter realizado um mínimo de 7 consultas, entre outros.

ORIENTAÇÕES PARA REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (PARTE VARIÁVEL 03).

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela equipe. Portanto em uma mesma unidade, as diferentes equipes de saúde da família poderão ter quantidade de UCs diferentes entre no trimestre.

A remuneração por desempenho abrange apenas os profissionais da equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de saúde bucal (dentista, TSB e ASB).

Uma equipe terá como limite mínimo o quantitativo de 60 UCs no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos cinco grupos de ações. O teto máximo será de 300 UCs no trimestre, o que corresponde a até 10% da soma dos salários base dos 3 meses, vide regra geral.

Dentro da mesma **equipe de saúde da família**, todos os profissionais da equipe mínima terão obtido a mesma quantidade de UCs no trimestre. O cálculo do valor em reais (R\$) a ser repassado para cada profissional no trimestre é realizado multiplicando o número de UCs alcançado no trimestre pela equipe pela proporção correspondente a soma do salário base no trimestre do profissional.

Exemplo 1 (valores e equipe fictícios)

300 UC no trimestre corresponde a 10% da soma do salário base no trimestre (3x salário base). Então, 200 UC correspondem a 6,66% da soma de 3 salários:

eSF	NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE PROFISSIONAL	Nº UC TRIMESTRE	VALOR TRIMESTRE (R\$)
3210	AAAAAAAAAAAAA	MÉDICO	R\$	200	R\$ 20%
3210	BBBBBBBBBBBBB	ENFERMEIRO	R\$	200	R\$ 20%
3210	CCCCCCCCCCCCC	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R\$	200	R\$ 20%
3210	DDDDDDDDDDDD	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	EEEEEEEEEEEEEE	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	FFFFFFFFFFFFFFF	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	GGGGGGGGGGGGG	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	HHHHHHHHHHHHH	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	IIIIIIIIIIIIIIII	ACS	R\$	200	R\$ 20%

No caso das equipes de Saúde Bucal, o cálculo deverá ser feito proporcionalmente ao valor atingido por cada uma das equipes de SF as quais esta equipe de saúde bucal estiver vinculada.

Caso a equipe de Saúde Bucal esteja vinculada a somente uma equipe de saúde da família a quantidade de unidades contábeis será a mesma da ESF para o período em análise (Trimestre).

O valor de UC deve ser o mesmo para os profissionais da mesma ESB (cirurgião dentista, TSB e ASB), mas os valores em reais (R\$) são calculados com base no salário base de cada um dos profissionais dessa equipe de saúde bucal.

Exemplo 2 – 1 ESB vinculada a três ESF (valores e equipe fictícios)

eSF	UC ATINGIDAS TRIMESTRE eSF	UC PROPORCIONAIS eSB
-----	----------------------------	----------------------

A	100UC	=100 x 33,33% = 33 UC
B	200UC	=200 x 33,33% = 67 UC
C	300UC	=300 x 33,33% = 100 UC

TOTAL no TRIMESTRE: 200 UC

Neste exemplo, a quantidade de UC no trimestre para a ESB foi de 200 UC, cujo valor a ser repassado a cada profissional da ESB pode ser demonstrado abaixo:

Exemplo 2 – cálculo em reais (R\$) – valores fictícios

PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE PROFISSIONAL	Nº de UC TRIMESTRE	VALOR R\$ TRIMESTRE
AAAAAAAAAAAAA	DENTISTA	R\$ 5.000	200	R\$ 1.000 (20%)
BBBBBBBBBBBBB	TSB	R\$ 1.500	200	R\$ 300 (20%)
CCCCCCCCCCCCC	ASB	R\$ 1.500	200	R\$ 300 (20%)

B.3.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03.

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com mais transformações organizacionais, onde os processos de trabalho nas equipes de saúde família já estão adequados à Política Nacional de Atenção Básica. Nestas unidades os profissionais estarão submetidos a um nível de contratualização com **patamares de desempenho mais exigentes**.

Com base na reforma dos cuidados primários em Portugal, considerando a matriz de avaliação da atenção primária no *National Health Service* (NHS) inglês, na Política Nacional de Atenção Básica, definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser paga trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e saúde bucal.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas das Linhas de Cuidado da Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Quadro de indicadores da **Parte Variável 03** - incentivo à gestão da clínica

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou realização de esterilização feminina, por ano	01
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	04
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	06
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de uma pessoa com transtorno ou necessidades relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas	4

A descrição de cada ação de acompanhamento é apresentada a seguir.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, POR ANO	01
<u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO I</u> Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F]: uma mulher em idade fértil, por ano A. Ser do sexo feminino. B. Ter entre [10;50] anos (idade calculada para o último dia do período em análise).		

C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 ou CID que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15; Z300-Z309 ou N970-N978).

D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.

E. Estar cadastrada na unidade.

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

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
02	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, COM INSERÇÃO DE DIU OU ESTERILIZAÇÃO FEMININA, POR ANO	01

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO II

Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G ou H]: **uma mulher em idade fértil, por ano**

A. Sexo feminino.

B. Ter entre [10;50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise).

C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 ou CID que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15; Z300-Z309 ou N970-N978).

D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.

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

F. Estar cadastrada na unidade.

G. Consulta médica com a inserção de DIU (CID: Z30.1 ou 03.01.04.002-8 - ATENDIMENTO CLINICO PARA INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)).

H. Preparação para esterilização feminina (aconselhamento, atividade educativa, consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento (CID Z30.2).

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
03	ACOMPANHAMENTO DE UMA GRAVIDEZ	08

SAÚDE MATERNA:

Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F e G]:

- A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência.
- B. Ter efetuado consulta ou visita médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 7 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério".
- C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes da 12ª semana - [0; 12[de gestação.
- D. Ter realizado pelo menos 7 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 42ª semana - [0; 42]: com aferição de PA durante a consulta e ter registro de resultado dos testes/exames anti-HIV, hepatite B e sífilis realizados até a 24ª semana de gestação. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permitem codificar gravidez - (W78, W79 ou W84 ou O00-O01, O10-O16, O24-O26.5, O26.8-O26.9, O30-O48, Z321-Z369).
- E. A usuária deve estar cadastrada na equipe.
- F. Ter registro de pelo menos 4 visita do ACS desde o diagnóstico da gravidez, sendo uma delas em até 7 dias após a data do parto.
- G. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica e/ou procedimento clínico em Saúde Bucal. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.

Obs. 1: Toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário.

Obs. 2: para considerar uma gestante ativa no prontuário, o profissional deve registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação e ativar a linha de cuidado.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
04	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA, POR ANO	06

SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J]:

- A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise.
- B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 15º dia de vida [0, 15 dias].
- C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de acompanhamento em saúde infantil (puericultura) até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias.
- D. Ter pelo menos 3 registros parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de vida - [0, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro.
- E. Ter recebido ao menos 5 visitas domiciliares do ACS aos 11 meses de vida, sendo a primeira até o 7º dia de vida - [0, 330] dias.
- F. Estar com o calendário vacinal em dia e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário.
- G. Ter registro de coleta do teste do pezinho (realizado entre 3º e 5º dias de vida).
- H. Ter registro de avaliação nutricional com registro de IMC em cada consulta.
- I. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.
- J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
05	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO SEGUNDO ANO DE VIDA, POR ANO	04

SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F]:

- A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise.
- B. Ter pelo menos 3 consultas com registros parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor, peso e altura (pelo menos 1 consulta do médico e uma consulta do enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias.
- C. Ter recebido pelo menos 2 visitas do ACS entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias.
- D. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no prontuário eletrônico.

E. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB, entre 12 e 24 meses de vida. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.

F. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
06	O ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA DIABÉTICA, POR ANO	06

DIABETES

Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]

A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus (códigos T89 ou T90 da ICPC-2 ou E10-E14.9) na lista de problemas, com estado ativo, e inserção na linha de cuidados correspondente.

B. Ter realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

C. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

D. Ter pelo menos um registro de resultado de hemoglobina A1C inferior ou igual a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

E. Ter pelo menos 3 visitas do ACS, realizadas durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

F. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total E colesterol HDL E triglicerídeos realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

G. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

H. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal por dentista nos últimos 12 meses. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.

I. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
07	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA HIPERTENSA, POR ANO	02
<u>HIPERTENSÃO</u> Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F]: A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2 ou I10-I15.9) na lista de problemas, com estado ativo e inserção na linha de cuidados correspondente. B. Ter realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 140 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg, D. Ter pelo menos um registro de resultados de colesterol total E colesterol HDL E triglicerídeos realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (CID-10 F17- F17.9; Z72.0; T65.2 e/ou grupo educativo com o tema tabagismo) (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que tenha registro de não-tabagismo no prontuário). F. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
08	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA EM ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE	08
<u>TUBERCULOSE</u> Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]: A. Ter registro do número do SINAN no PEP para o paciente acompanhado.		

- B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas e 4 de enfermagem no período do tratamento.
- C. Ter alta por cura da tuberculose registrada no PEP.
- D. Ter registro, no campo apropriado do PEP, do resultado de teste rápido molecular e/ou baciloscopia de escarro no momento do diagnóstico.
- E. Ter registro, no campo apropriado do PEP, de resultado de teste/exame anti-HIV até o 2o mês de tratamento.
- F. Ter registro, no campo apropriado do PEP, de avaliação de todos os contatos, com pelo menos uma consulta (CID Z20.1) e registro de raio X dentro dos 6 meses após o diagnóstico do caso índice.
- G. Ter recebido pelo menos uma visita durante o período de tratamento, com intervalos de 30 dias entre as visitas.
- H. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB, nos últimos 12 meses. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.
- I. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
09	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM ALTA POR CURA HANSENIASE	10

HANSENIASE

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G]:

- A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no PEP.
- B. Ter realizado pelo menos 3 consultas médicas e 7 de enfermagem para multibacilares e 2 consultas médicas e 4 de enfermagem para paucibacilares no período do tratamento.
- C. Ter recebido do ACS ao menos uma visita durante o período de tratamento da hanseníase, com intervalos de 30 dias entre as visitas (paucibacilares 6 meses, multibacilares 12 meses).
- D. Ter registro e encerramento do caso no PEP.
- E. Ter registro de avaliação de incapacidades físicas.

F. Ter registro de exame clínico dos contatos intradomiciliares com vacinação BCG e exame dermatoneurológico.

G. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
10	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM TRANSTORNO OU NECESSIDADES RELACIONADAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS	04

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [(A ou B) e C e D e E e F]:

A. Ter diagnóstico de transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e/ou outras drogas* (CID F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19).

B. Ter diagnóstico de tabagismo (CID F17- F17.9; Z72.0; T65.2).

C. Ter realizado pelo menos 4 consultas médicas ou de enfermagem ou grupo terapêutico por profissional de nível superior, nos últimos 6 meses.

D. Ter recebido do ACS no mínimo 3 visitas nos últimos 6 meses.

E. Ter registro, no mínimo, de uma avaliação de profissional de saúde mental (psicólogo, psiquiatra ou assistente social) do NASF. Este item não se aplica para equipes que não tenham NASF.

F. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal por dentista nos últimos 12 meses.

INDICADORES UPB

Quadro I – Indicadores componentes da Variável 01.

INDICADOR		FÓRMULA	META
DESEMPENHO DA GESTÃO			
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE}} \times 100$	>90%

2	Indice de absenteísmo.	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Horas líquidas disponível}} \times 100$	<3%
3	Taxa de Turn-over.	$\frac{\text{Nº de Demissões} + \text{Nº de Admissões}}{\text{Nº de Funcionários ativo (no último dia do mês)}} \times 100$	≤ 3,5
4	Treinamento hora homem.	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número funcionários ativos no período.}}$	1,5h homem
5	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo.	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês.	Até o 5º dia útil
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$	100%

Quadro II – Repasse referente aos indicadores da variável 01

Nº	Indicadores para Variável 01	% a incidir sobre a variável 01	% a incidir sobre o total do contrato
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.	16%	0,24%
2	Indice de absenteísmo.	16%	0,24%
3	Taxa de Turn-over.	16%	0,24%
4	Treinamento hora homem.	16%	0,24%
5	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo.	16%	0,24%
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	20%	0,30%
Totais		100%	1,5%

1 – PARTE VARIÁVEL 02 – incentivo institucional à Unidade de Saúde

As variáveis que avaliam o desempenho assistencial da unidade de saúde estão

representadas por oito indicadores conforme apresentados no quadro III.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro III de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação a seguir.

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 02, com periodicidade trimestral, que corresponde a até **2,0%** do valor total conforme cronograma de desembolso (item UPA), deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ, definidos no Quadro III.

O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a UNIDADE DE SAÚDE deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos. O percentual do repasse será calculado conforme quadro IV. Os recursos deverão ser aplicados em melhorias para a própria unidade.

Quadro III – Indicadores para a Variável 02.

INDICADOR		FÓRMULA	META
DESEMPENHO ASSISTENCIAL			
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico.	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos}}{\text{total de pacientes acolhidos}} \times 100$	≥70%
2	Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo.	$\frac{\text{Nº de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados com risco}} \times 100$	100% Observação: Vermelho: ≤ 15 minutos Amarelo: ≤ 30 minutos Verde: até 1 hora Azul: até 24hs ou redirecionado à rede de atenção primária
3	Tempo de permanência na emergência.	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia na observação}}{\text{Número de saídas}}$	< 24 horas
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \leq 24 \text{ (sala amarela + vermelha)}}{\text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as saídas)}} \times 100$	< 4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \geq 24 \text{ (sala amarela + vermelha)}}{\text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	< 7%

6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas.	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo } < 2 \text{ horas na SEPSE}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE}} \times 100$	100%
7	Porcentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}} \times 100$	100%
8	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	$\frac{\text{Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST}} \times 100$	100%

Quadro IV – Repasse referente aos indicadores da variável 02

Nº	Indicadores para Variável 02	% a incidir sobre a variável 02	% a incidir sobre o total do contrato
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico.	12%	0,24%
2	Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo.	12%	0,24%
3	Tempo de permanência na emergência.	12%	0,24%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤24h.	14%	0,28%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	14%	0,28%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas.	12%	0,24%
7	Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	12%	0,24%
8	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de	12%	0,24%
TOTAIS		100%	2,0%

2. PARTE VARIÁVEL 03 – incentivo institucional à Equipe

A variável 03 é composta por indicadores que avaliam a satisfação do usuário. O recurso pago trimestralmente, que corresponde a até **1,5%** do valor total do cronograma de desembolso (item UPA), é auferido conforme os indicadores do Quadro V, e deverá ser distribuído pela equipe técnica da unidade de saúde conforme plano de aplicação definido pela SMS.

Quadro V – Indicadores da Variável 03

INDICADOR		FÓRMULA	META
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO			
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em	$\frac{\text{Nº de Questionários preenchidos}}{\text{Total de pacientes em}} \times 100$	>15%

2	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	$\frac{\text{Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito} \times 100}{\text{Total de Respostas efetivas}}$	>85%
---	---	--	------

Quadro VI – Repasses referentes à Variável 03

Nº	Indicadores para Variável 03	% a incidir sobre a variável 03	% a incidir sobre o total do
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação.	50%	0,75%
2	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	50%	0,75%
TOTAIS		100%	1,5%

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários pressupõem a aplicação de questionários – os modelos dos questionários deverão ser analisados e aprovados pela SMS.

Em casos excepcionais de surtos ou situações emergenciais em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para fins de acompanhamento.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pelos dados assistenciais da OS e os da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ ou pelo Ministério da Saúde.

Ao receber a parte variável a OS deverá elaborar um Plano para a Aplicação da Variável, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a Comissão Técnica de Avaliação – CTA aprovar o Plano de Aplicação da variável, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal da Saúde as seguintes ações:

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;
- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada eixo de Indicadores (painel de

monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das unidades de saúde, Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) e SMS.

- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ; Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS.

B.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

B.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos

Para fins práticos, serão considerados neste presente instrumento o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) como sinônimos.

Todas as unidades de saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS informatizados e com um Prontuário Eletrônico (PEP) instalado e em funcionamento.

Nessas unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro de dados para qualquer sistema de informação oficial, permitindo a geração de arquivos com estrutura de dados (layout) compatíveis e relatórios consistentes.

Os campos número do CPF (para pessoas > 16 anos) e número da Declaração de Nascido Vivo (DN) ou CPF (para pessoas < 16 anos) e CNS (Cartão Nacional de Saúde) são de preenchimento obrigatório na Ficha de cadastro de usuários do Saúde da Família, devendo ser os primeiros campos a aparecerem no layout da ficha. Como mecanismo de busca de usuário (Ficha de cadastro), devem constar as opções “busca por CPF/DN/CNS”.

O valor contratual unitário para os prontuários eletrônicos é estimado para cada ESF incluindo a) a conectividade, b) licença do produto; c) datacenter (servidor); d) suporte e treinamento; e) customizações; f) Business Intelligence (BI) para gestão da unidade de saúde, CAP/OSS e nível central; g) solução móvel (atendimento clínico médico e enfermeiro e cadastramento dos ACS em tablet ou smartphone); h) plataforma de autoatendimento (plataforma para os pacientes); i) totem de autoatendimento como gerenciador de filas.

Os prontuários devem funcionar satisfatoriamente durante todo o período de funcionamento das unidades de saúde. Para tanto deve haver plano de contingenciamento para quedas de conectividade e velocidades baixas de conexão.

Os prontuários devem permitir sincronização de todos os dados clínicos e cadastrais entre todas as unidades da mesma empresa no âmbito do município do Rio em no máximo 2 horas.

Os PEPs devem permitir gerar minimamente os seguintes relatórios para qualquer profissional da equipe:

- resultado dos indicadores por desempenho de cada ESF;
- lista de hipertensos com dados de acompanhamento;
- lista de diabéticos com dados de acompanhamento;
- lista de gestantes com dados de acompanhamento;
- lista de crianças menores de 2 anos com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes com tuberculose com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes femininas entre 25 e 64 anos com dados de acompanhamento de citopatológico;

Além disso, o prontuário deve possibilitar a impressão dos formulários padrões da SUBPAV (encaminhamentos, atestados, receituários, requisição de exames etc.);

Os PEP devem enviar mensalmente os indicadores do Pagamento por Desempenho por e-mail a cada um dos profissionais das equipes de saúde da família.

Dicionários de dados:

Os Prontuários Eletrônicos deverão encaminhar informações referentes à prática assistencial com base nos dicionários de dados previamente elaborados pela SUBPAV. Atualmente os dicionários de dados vigentes seguem orientação da Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP:

1. Carteirômetro;
2. Indicadores das Variáveis do Pagamento por Desempenho;
3. Relação de Gestantes e dados de acompanhamento do Pré-Natal;
4. Relação de Diabéticos e Hipertensos cadastrados nas UBS do Município do Rio de Janeiro;
5. Informações de Saúde da Atenção Primária;
6. Relação de mulheres de 25 a 64a – Rastreio de Câncer de Colo de Útero;
7. Relação de pacientes com diagnóstico de Tuberculose nas UBS do Município com dados de acompanhamento.
8. Produção Ambulatorial de profissionais médicos que atuam nas UBS do Município do Rio de Janeiro.
9. Fichas e-SUS com relatórios de inconsistências.
10. CPF como campo obrigatório.
11. Estado Nutricional (SISVAN).
12. Atividades Coletivas.
13. Bolsa Família e Cartão Família Carioca.
14. Relatório de exames solicitados e realizados com código da tabela SIGTAP.

B.4.1.2. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O SCNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

Todos os cadastros de profissionais de saúde e de estabelecimentos de saúde devem estar em consonância com as regulamentações da SAS/MS ou qualquer outra legislação ou orientação vigente, em âmbito do Ministério da Saúde ou Municipal, sendo a mais atual vigente a Portaria SAS/MS nº 134 de 04 de abril de 2011, que constitui responsabilidades dos gestores quanto a correta atualização do SCNES.

Todo estabelecimento de saúde da Esfera de Administração Pública de atenção primária e secundária no Município do Rio de Janeiro deve estar devidamente cadastrado e com o seu cadastro atualizado no SCNES.

Constitui responsabilidade da Organização de Saúde e dos Gestores da Secretaria Municipal de Saúde nos níveis Local, Regional e Central o cadastramento e o acompanhamento das atualizações das fichas cadastrais dos profissionais de saúde bem como dos dados de atualização dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. Caberá ao Coordenador de Área de Planejamento determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação, podendo ficar sob responsabilidade da Organização Social a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES.

Os profissionais de saúde são corresponsáveis pelos seus dados cadastrais inseridos no CNES, devendo zelar pela correta informação, comunicando aos respectivos responsáveis pelo cadastramento toda e qualquer mudança de situação relativa a si.

Fica vedado o cadastramento no SCNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

No caso de cadastramento de profissional que exerça 2 (dois) cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, deve ficar comprovada a compatibilidade de horários, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além do cumprimento do disposto no 4 deste documento, ficam estabelecidas as seguintes regras:

- I - Fica vedado seu cadastramento em mais de 01 (uma) equipe da ESF;
- II - Para o cadastramento deste profissional em mais de 03 (três) estabelecimentos de saúde, independentemente da sua natureza, deverá haver justificativa e autorização prévia do gestor municipal, estadual ou do DF em campos específicos do SCNES.

Será utilizada a base de dados do Conselho Federal de Medicina, disponível no endereço eletrônico: www.cfm.org.br, para a avaliação da compatibilidade entre o nome do profissional médico informado e o número de seu registro no Conselho.

Cada estabelecimento deve ter um **número único** de cadastro e **fica vedado o mesmo estabelecimento apresentar mais de um cadastro CNES para a mesma unidade de mesmo nível de complexidade**. Por exemplo, não é permitido cadastrar mais de um CNES para unidades mistas onde tenha serviço de Saúde da Família e Serviço especializado. Caso haja uma unidade de atenção primária funcionando em espaço físico contíguo com unidades de atenção secundária como CAPS ou Policlínica cada unidade de saúde deve ter seu próprio CNES.

As equipes NASF não são consideradas estabelecimentos de saúde, mas sim “serviço especializado” e devem ser cadastrados;

Preferencialmente as equipes de apoio especializado devem seguir as diretrizes do Ministério da Saúde através da Portaria GM 2.488 de 21 de outubro de 2011, tanto na sua composição quanto na proporção de apoio às equipes de saúde da família. Nesse caso, todas as equipes devem ser cadastradas no CNES como equipe NASF modalidade 1 (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) na base do CNES. Os NASF só poderão estar vinculados aos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa Pública e somente no tipo a seguir: 02 – Centro de Saúde/Unidade Básica.

B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

O SIA oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.4. – SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) fica instituído a partir da Portaria nº 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013.

O SISAB passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do DAB/SAS/MS, reestruturando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para um sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação para a Atenção Básica (AB) e garantindo o registro individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

A operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está

alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

Fichas de Cadastro Individual e Cadastro domiciliar (SISAB)

A Ficha de cadastro individual/domiciliar é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade. As informações recolhidas - identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais - permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e a planejar melhor planejar suas intervenções. Todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver alteração. O ACS deve estar atento para registrar, todo mês, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família e as condições de moradia e saneamento.

Fichas B - Fichas para acompanhamento domiciliar

As fichas do grupo B são utilizadas para o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento das ações em saúde. A cada visita domiciliar os dados destas fichas devem ser atualizados e digitados no prontuário eletrônico.

Instrumentos de trabalho do ACS:

- Ficha de cadastro individual e domiciliar;
- acompanhamento de gestantes - Ficha B-GES;
- acompanhamento de hipertensos - Ficha B-HA;
- acompanhamento de diabéticos - Ficha B-DIA;
- acompanhamento de pacientes com tuberculose - Ficha B-TB;
- acompanhamento de pacientes com hanseníase - Ficha B-HAN;
- acompanhamento de crianças - Ficha C (Cartão da Criança);
- Ficha C Cópia da caderneta de vacinação;

B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal

O SISPRENATAL é o aplicativo que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (DATASUS). O SISPRENATAL é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e produz informações que comprovam as condições necessárias ao repasse dos estímulos financeiros provenientes do MS.

- Ficha cadastramento da gestante e de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Toda gestante que inicie o pré-natal na unidade, mesmo aquelas que estejam com mais de 120 dias de gestação deve ser cadastrada pelo profissional médico e/ou enfermeiro, através do preenchimento da ficha de cadastramento. Estas fichas preenchidas

deverão ser digitadas no aplicativo SISPRENATAL e arquivadas no prontuário da gestante. Os atendimentos de pré-natal das gestantes cadastradas deverão ser registrados, a cada retorno na UBS, nos campos de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Após a digitação das informações relativas ao acompanhamento, a ficha deverá ser rearquivada no prontuário da gestante de modo a estar acessível para a próxima consulta.

Para as unidades de atenção primária à saúde que estiverem com prontuário eletrônico (PEP) em funcionamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas e ter todos os registros inseridos e atualizados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP), no módulo de pré-natal.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

A numeração do SISPRENATAL deverá ser única para cada gestação de cada mulher e a série numérica deverá ser distribuída através da S/SUBPAV/SAP/GPM. Fica vedada a geração de numeração que não a autorizada pela S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPM para evitar duplicidade de numeração.

Todo profissional de saúde deve poder gerar uma lista nominal de todas as gestantes em acompanhamento pela sua equipe de saúde da família a qualquer momento.

B.4.1.6. SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar as mulheres em idade preconizada pelo Ministério da Saúde (atualmente entre 25 a 64 anos) para acompanhamento do rastreamento nessa população da colpocitologia oncótica do colo uterino.

Os exames de colpocitologia oncótica devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP) cuja requisição de análise ao laboratório (INCA/SITEC) deve ser gerada a partir do PEP.

O sistema de PEP deve gerar relatórios gerenciais como busca de mulheres com exame não realizado/registrado há mais de 3 anos, cobertura de rastreamento de câncer de colo uterino, dentre outros definidos pela SMS.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.7. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da Superintendência de Vigilância em Saúde –S/SUBPAV/SVS.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal. O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Instrumento de coleta de dados do API:

- Mapa de registro de doses aplicadas de vacina. Deve ser preenchida pelo profissional da sala de vacina que atendeu o paciente.
- Boletim mensal de doses aplicadas de vacina. Esta ficha é a compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e deve ser preenchida pelo profissional da UBS responsável pela sala de vacina.

Fica também claro que outros aplicativos já implantados ou que venham a ser desenvolvidos com vistas a subsidiar projetos e programas prioritários da SMS/RJ farão parte das atribuições.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.9. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet. Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Todo encaminhamento do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Referência e Contra referência)", exclusivamente via prontuário eletrônico.

O profissional solicitante deve sempre carimbar e assinar a solicitação;

O profissional deve informar ao usuário o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência;

Não é necessária a assinatura e carimbo do diretor da unidade em nenhum Formulário. Também não é necessária a assinatura ou consentimento escrito do paciente para nenhum exame, incluindo HIV;

É importante preencher o formulário com o máximo de informações relevantes sobre dados clínicos e resultados de exames complementares;

Utilizar os protocolos clínicos para embasar as solicitações para os procedimentos. Sempre procurar utilizar as evidências clínicas mais atuais para tomada de decisão;

Os profissionais devem orientar os usuários quanto ao preparo para os procedimentos;

Cancelar o agendamento da consulta assim que o usuário informar a desistência.

ANEXO TÉCNICO F

CRONOGRAMA E DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS

Item	Unidade de medida	1. Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS							
		ABRIL DE 2021	MAIO DE 2021	JUNHO DE 2021	JULHO DE 2021	AGOSTO DE 2021	SETEMBRO DE 2021		
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família	nº de equipes	14 R\$ 12.148,13	14 R\$ 12.148,13	14 R\$ 12.148,13	14 R\$ 12.148,13	14 R\$ 12.148,13	14 R\$ 12.148,13	14 R\$ 12.148,13	
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família	nº de equipes	14 R\$ 48.592,52	14 R\$ 48.592,52	14 R\$ 48.592,52	14 R\$ 48.592,52	14 R\$ 48.592,52	14 R\$ 48.592,52	14 R\$ 48.592,52	
a3) Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	14 R\$ 646.119,06	14 R\$ 646.119,06	14 R\$ 646.119,06	14 R\$ 646.119,06	14 R\$ 646.119,06	14 R\$ 646.119,06	14 R\$ 646.119,06	
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	14 R\$ 187.082,00	14 R\$ 187.082,00	14 R\$ 187.082,00	14 R\$ 187.082,00	14 R\$ 187.082,00	14 R\$ 187.082,00	14 R\$ 187.082,00	
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio-X, Ultrassom e Laboratório / Prótese Dentária	nº de equipes	14 R\$ 148.049,88	14 R\$ 148.049,88	14 R\$ 148.049,88	14 R\$ 148.049,88	14 R\$ 148.049,88	14 R\$ 148.049,88	14 R\$ 148.049,88	
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	14 R\$ 14.000,00	14 R\$ 14.000,00	14 R\$ 14.000,00	14 R\$ 14.000,00	14 R\$ 14.000,00	14 R\$ 14.000,00	14 R\$ 14.000,00	
A) Equipes de Saúde da Família		R\$ 1.055.991,59	R\$ 1.055.991,59	R\$ 1.055.991,59	R\$ 1.055.991,59	R\$ 1.055.991,59	R\$ 1.055.991,59	R\$ 1.055.991,59	
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	1 R\$ 48.373,60	1 R\$ 48.373,60	1 R\$ 48.373,60	1 R\$ 48.373,60	1 R\$ 48.373,60	1 R\$ 48.373,60	1 R\$ 48.373,60	
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	1 R\$ 1.000,00	1 R\$ 1.000,00	1 R\$ 1.000,00	1 R\$ 1.000,00	1 R\$ 1.000,00	1 R\$ 1.000,00	1 R\$ 1.000,00	
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		R\$ 49.373,60	R\$ 49.373,60	R\$ 49.373,60	R\$ 49.373,60	R\$ 49.373,60	R\$ 49.373,60	R\$ 49.373,60	
c1) RH - CAPS		1 R\$ 169.662,96	1 R\$ 169.662,96	1 R\$ 169.662,96	1 R\$ 169.662,96	1 R\$ 169.662,96	1 R\$ 169.662,96	1 R\$ 169.662,96	
c2) Contratos e Consumo - CAPS		1 R\$ 88.230,19	1 R\$ 88.230,19	1 R\$ 88.230,19	1 R\$ 88.230,19	1 R\$ 88.230,19	1 R\$ 88.230,19	1 R\$ 88.230,19	
c3) Apoio a gestão CAPS		1 R\$ 17.559,57	1 R\$ 17.559,57	1 R\$ 17.559,57	1 R\$ 17.559,57	1 R\$ 17.559,57	1 R\$ 17.559,57	1 R\$ 17.559,57	
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$ 275.452,72	R\$ 275.452,72	R\$ 275.452,72	R\$ 275.452,72	R\$ 275.452,72	R\$ 275.452,72	R\$ 275.452,72	
d1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	1 R\$ 184.742,21	1 R\$ 184.742,21	1 R\$ 184.742,21	1 R\$ 184.742,21	1 R\$ 184.742,21	1 R\$ 184.742,21	1 R\$ 184.742,21	
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos		R\$ 184.742,21	R\$ 184.742,21	R\$ 184.742,21	R\$ 184.742,21	R\$ 184.742,21	R\$ 184.742,21	R\$ 184.742,21	
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D		R\$ 1.565.560,12	R\$ 1.565.560,12	R\$ 1.565.560,12	R\$ 1.565.560,12	R\$ 1.565.560,12	R\$ 1.565.560,12	R\$ 1.565.560,12	
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês						R\$ 25.051,92	R\$ 25.051,92	R\$ 25.051,92	
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000,00/ trimestre					R\$ 14.000,00	R\$ 14.000,00	R\$ 14.000,00	
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)					R\$ 58.699,82	R\$ 58.699,82	R\$ 58.699,82	
I) Subtotal (I) = (E+F+G+H)		R\$ 1.565.560,12	R\$ 1.565.560,12	R\$ 1.565.560,12	R\$ 1.663.311,86	R\$ 1.663.311,86	R\$ 1.663.311,86	R\$ 1.663.311,86	

Item	Unidade de medida	2. Unidade de Pronto Atendimento (UPA)							
		ABRIL DE 2021	MAIO DE 2021	JUNHO DE 2021	JULHO DE 2021	AGOSTO DE 2021	SETEMBRO DE 2021		
1) Gestão RUE (Rede de Urgência e Emergência) - Unidade de Pronto Atendimento	nº de Unidades	1 R\$ 87.509,23	1 R\$ 87.509,23	1 R\$ 87.509,23	1 R\$ 87.509,23	1 R\$ 87.509,23	1 R\$ 87.509,23	1 R\$ 87.509,23	
2) Rh - Unidade de Pronto Atendimento	nº de Unidades	1 R\$ 991.072,49	1 R\$ 991.072,49	1 R\$ 991.072,49	1 R\$ 991.072,49	1 R\$ 991.072,49	1 R\$ 991.072,49	1 R\$ 991.072,49	
3) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	1 R\$ 135.072,40	1 R\$ 135.072,40	1 R\$ 135.072,40	1 R\$ 135.072,40	1 R\$ 135.072,40	1 R\$ 135.072,40	1 R\$ 135.072,40	
J - Unidade de Pronto Atendimento		R\$ 1.213.654,12	R\$ 1.213.654,12	R\$ 1.213.654,12	R\$ 1.213.654,12	R\$ 1.213.654,12	R\$ 1.213.654,12	R\$ 1.213.654,12	
K) Parte variável - 1 (ATÉ 1,5% do gasto total com UPA)					R\$ 18.204,81	R\$ 18.204,81	R\$ 18.204,81		
L) Parte variável - 2 (ATÉ 2% do gasto total com UPA)					R\$ 24.273,08	R\$ 24.273,08	R\$ 24.273,08		
M) Parte variável - 3 (ATÉ 1,5% do gasto total com UPA)					R\$ 18.204,81	R\$ 18.204,81	R\$ 18.204,81		
N) Subtotal (N) = (J+K+L+M)		R\$ 1.213.654,12	R\$ 1.213.654,12	R\$ 1.213.654,12	R\$ 1.274.336,82	R\$ 1.274.336,82	R\$ 1.274.336,82	R\$ 1.274.336,82	

Subprojeto	Unidade de medida	3. Cursos de Nível Superior, Pós-Graduação e Pesquisa					
		ABRIL DE 2021	MAIO DE 2021	JUNHO DE 2021	JULHO DE 2021	AGOSTO DE 2021	SETEMBRO DE 2021
3.1. Curso de Formação em Atenção Farmacêutica	Número absoluto de vagas						
	% de alunos	R\$ 9.975,00	R\$ 6.234,38	R\$ 6.234,38	R\$ 6.234,38	R\$ 6.234,38	R\$ 6.234,38
	Proposta						
3.2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Número absoluto de vagas						
	% de alunos	R\$ 39.900,00	R\$ 24.937,50	R\$ 24.937,50	R\$ 24.937,50	R\$ 24.937,50	R\$ 24.937,50
3.3. Pesquisa em Saúde da Família	Número de Pesquisas	R\$ 29.093,75	R\$ 29.093,75	R\$ 29.093,75	R\$ 29.093,75	R\$ 29.093,75	R\$ 29.093,75
O) SUBTOTAL CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA		R\$ 78.968,75	R\$ 60.265,63	R\$ 60.265,63	R\$ 60.265,63	R\$ 60.265,63	R\$ 60.265,63

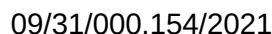
Subprojeto	Unidade de medida	4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)					
		ABRIL DE 2021	MAIO DE 2021	JUNHO DE 2021	JULHO DE 2021	AGOSTO DE 2021	SETEMBRO DE 2021
4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)	% EAPS	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07
P) SUBTOTAL APOIO A CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNIOBIOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)		R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07

Subprojeto	Unidade de medida	5. Apoio à Formação, Qualificação e Avaliação das Ações de Saúde					
		ABRIL DE 2021	MAIO DE 2021	JUNHO DE 2021	JULHO DE 2021	AGOSTO DE 2021	SETEMBRO DE 2021
5.1. Residência em Medicina de Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69
5.2. Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56
5.3. Especialização em Vigilância em Saúde na Atenção Primária	% de alunos	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00
5.4. Projetos de Implantação e Avaliação de Modelos de Educação Permanente em Saúde	Número de Ciclos						
	% de Profissionais	R\$ 41.895,00	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00
	% de Ciclos com material reconhecido						
5.5. Apoio às Linhas de Cuidado e Projetos Especiais	Diretrizes clínicas revisadas e/ou vídeos desenvolvidos	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50
	Protocolos clínicos revisados						
5.6. Apoio ao Monitoramento e Análise de Qualidades de Ações	Relatório confeccionado	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75
5.7. Monitoramento de Vacâncias nas Equipes / Acompanhamento de contratação de Médicos	Relatório confeccionado	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00
5.8. Apoio à manutenção das Estações OTICS-RIO	Manutenção de Estações OTICS	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19
Q) SUBTOTAL APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE		R\$ 983.659,69	R\$ 977.674,69	R\$ 977.674,69	R\$ 977.674,69	R\$ 977.674,69	R\$ 977.674,69

Subprojeto	Unidade de medida	6. Integração das Ações da Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde					
		ABRIL DE 2021	MAIO DE 2021	JUNHO DE 2021	JULHO DE 2021	AGOSTO DE 2021	SETEMBRO DE 2021
6.1. Qualificação das Ações e Informações em Vigilância	Número						
	Percentual	R\$ 588.525,00	R\$ 588.525,00	R\$ 588.525,00	R\$ 588.525,00	R\$ 588.525,00	R\$ 628.425,00
6.2. Curso Técnico de Agentes em Saúde	Número absoluto de vagas						
	% de vagas	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00
	% de alunos						
6.3. Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações de Promoção da Saúde para os Serviços da APS / ESF	Campanha realizada						
	Curso / Oficina Ministrado	R\$ 384.433,82	R\$ 384.433,82	R\$ 384.433,82	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82
	Material elaborado						
6.4. Ações Contingenciais para o enfrentamento da Tuberculose	Percentual	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50
6.5. Qualificação das Ações de Vigilância ao Controle das DST / AIDS e Hepatites Virais	Percentual	R\$ 520.524,51	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51
6.6. Pesquisa Clínica de Imunológicos	Número Absoluto	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00
R) SUBTOTAL INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		R\$ 1.727.895,82	R\$ 1.428.645,82	R\$ 1.428.645,82	R\$ 1.229.145,82	R\$ 1.229.145,82	R\$ 1.269.045,82

S) SUBTOTAL SUBPROJETOS (S) = (O+P+Q+R)	R\$ 2.923.763,33	R\$ 2.599.825,21	R\$ 2.599.825,21	R\$ 2.400.325,21	R\$ 2.400.325,21	R\$ 2.440.225,21
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

TEIAS MANGUINHOS		Estratégia de Saúde da Família, NASF, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de Pronto Atendimento e Projetos Estratégicos					
Item		ABRIL DE 2021	MAIO DE 2021	JUNHO DE 2021	JULHO DE 2021	AGOSTO DE 2021	SETEMBRO DE 2021
T) TOTAL (T) = (I+N+O+P+Q+R)		R\$ 5.702.977,58	R\$ 5.379.039,46	R\$ 5.379.039,46	R\$ 5.337.973,90	R\$ 5.337.973,90	R\$ 5.377.873,90

[illegible]

Subprojeto	Unidade de medida	3. Cursos de Nível Superior, Pós-Graduação e Pesquisa							
		OCTUBRO DE 2021	NOVEMBRO DE 2021	DEZEMBRO DE 2021	JANEIRO DE 2022	FEBREIRO DE 2022	MARÇO DE 2022		
3.1. Curso de Formação em Atenção Farmacêutica	Número absoluto de vagas								
	% de alunos	R\$ 6.234,38	R\$ 6.234,38	R\$ 6.234,38	R\$ 6.234,38	R\$ 6.234,38	R\$ 6.234,38		R\$ 6.234,38
	Proposta								
3.2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Número absoluto de vagas								
	% de alunos	R\$ 24.937,50	R\$ 24.937,50	R\$ 24.937,50	R\$ 24.937,50	R\$ 24.937,50	R\$ 24.937,50		R\$ 24.937,50
3.3. Pesquisa em Saúde da Família	Número de Pesquisas	R\$ 29.093,75	R\$ 29.093,75	R\$ 29.093,75	R\$ 29.093,75	R\$ 29.093,75	R\$ 29.093,75		R\$ 29.093,75
O) SUBTOTAL CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA		R\$ 60.265,63	R\$ 60.265,63	R\$ 60.265,63	R\$ 60.265,63	R\$ 60.265,63	R\$ 60.265,63		R\$ 60.265,63

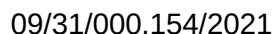
Subprojeto	Unidade de medida	4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)					
		OUTUBRO DE 2021	NOVEMBRO DE 2021	DEZEMBRO DE 2021	JANEIRO DE 2022	FEVEREIRO DE 2022	MARÇO DE 2022
4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)	% EAPS	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07
P) SUBTOTAL APOIO A CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNIOBIOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)		R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07

Subprojeto	Unidade de medida	5. Apoio à Formação, Qualificação e Avaliação das Ações de Saúde					
		OUTUBRO DE 2021	NOVEMBRO DE 2021	DEZEMBRO DE 2021	JANEIRO DE 2022	FEVEREIRO DE 2022	MARÇO DE 2022
5.1. Residência em Medicina de Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 306.357,19
5.2. Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 102.119,06
5.3. Especialização em Vigilância em Saúde na Atenção Primária	% de alunos	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00
5.4. Projetos de Implantação e Avaliação de Modelos de Educação Permanente em Saúde	Número de Ciclos						
	% de Profissionais	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00
	% de Ciclos com material desonabilizado						
5.5. Apoio às Linhas de Cuidado e Projetos Especiais	Relatório clínico revisado e/ou vídeos desenvolvidos Protocolos clínicos revisados	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50
5.6. Apoio ao Monitoramento e Análise de Qualidades de Ações	Relatório confeccionado	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75
5.7. Monitoramento de Vacâncias nas Equipes / Acompanhamento de contratação de Médicos	Relatório confeccionado	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00
5.8. Apoio à manutenção das Estações OTICS-RIO	Manutenção de Estações OTICS	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19
Q) SUBTOTAL APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE		R\$ 977.674,69	R\$ 977.674,69	R\$ 977.674,69	R\$ 977.674,69	R\$ 977.674,69	R\$ 997.624,69

Subprojeto	Unidade de medida	6. Integração das Ações da Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde					
		OUTUBRO DE 2021	NOVEMBRO DE 2021	DEZEMBRO DE 2021	JANEIRO DE 2022	FEVEREIRO DE 2022	MARÇO DE 2022
6.1. Qualificação das Ações e Informações em Vigilância	Número Percentual	R\$ 628.425,00	R\$ 628.425,00	R\$ 628.425,00	R\$ 683.287,50	R\$ 683.287,50	R\$ 676.305,00
6.2. Curso Técnico de Agentes em Saúde	Número absoluto de vagas						
	% de vagas	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00
	% de alunos						
6.3. Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações de Promoção da Saúde para os Serviços da APS / ESF	Campanha realizada						
	Curso / Oficina Ministrado	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82
	Material elaborado						
6.4. Ações Contingenciais para o enfrentamento da Tuberculose	Percentual	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50
6.5. Qualificação das Ações de Vigilância ao Controle das DST / AIDS e Hepatites Virais	Percentual	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51
6.6. Pesquisa Clínica de Imunológicos	Número Absoluto	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00
R) SUBTOTAL INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		R\$ 1.269.045,82	R\$ 1.269.045,82	R\$ 1.269.045,82	R\$ 1.323.908,32	R\$ 1.323.908,32	R\$ 1.316.925,82

S) SUBTOTAL SUBPROJETOS (S) = (O+P+Q+R)	R\$ 2.440.225,21	R\$ 2.440.225,21	R\$ 2.440.225,21	R\$ 2.495.087,71	R\$ 2.495.087,71	R\$ 2.508.055,21
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

TEIAS MANGUINHOS		Estratégia de Saúde da Família, NASF, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de Pronto Atendimento e Projetos Estratégicos					
Item		OUTUBRO DE 2021	NOVEMBRO DE 2021	DEZEMBRO DE 2021	JANEIRO DE 2022	FEVEREIRO DE 2022	MARÇO DE 2022
T) TOTAL (T) = (I+N+O+P+Q+R)		R\$ 5.377.873,90	R\$ 5.377.873,90	R\$ 5.377.873,90	R\$ 5.432.736,40	R\$ 5.432.736,40	R\$ 5.445.703,90



Item		Unidade de medida	1. Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS											
			ABRIL DE 2022		MAIO DE 2022		JUNHO DE 2022		JULHO DE 2022		AGOSTO DE 2022		SETEMBRO DE 2022	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saude da Família		nº de equipes	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família		nº de equipes	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26
a3) Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua		nº de equipes	14	R\$ 654.753,49	14	R\$ 654.753,49	14	R\$ 654.753,49	14	R\$ 654.753,49	14	R\$ 654.753,49	14	R\$ 654.753,49
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária		nº de equipes	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87
a5) Serviços de Otorrinolaringologia Basica, Rolo-X, Ultrassom e Laboratório / Prédios Dentários		nº de equipes	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família		nº de equipes	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00
A) Equipes de Saúde da Família			RS	1.078.971,56	RS	1.078.971,56	RS	1.078.971,56	RS	1.078.971,56	RS	1.078.971,56	RS	1.078.971,56
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF		nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	1	R\$ 49.034,73	1	R\$ 49.034,73	1	R\$ 49.034,73	1	R\$ 49.034,73	1	R\$ 49.034,73	1	R\$ 49.034,73
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF		nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)			RS	50.069,73	RS	50.069,73	RS	50.069,73	RS	50.069,73	RS	50.069,73	RS	50.069,73
c1) RH - CAPS			1	R\$ 171.808,17	1	R\$ 171.808,17	1	R\$ 171.808,17	1	R\$ 171.808,17	1	R\$ 171.808,17	1	R\$ 171.808,17
c2) Contratos e Consumo - CAPS			1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25
c3) Apoio a gestão CAPS			1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			RS	281.300,57	RS	281.300,57	RS	281.300,57	RS	281.300,57	RS	281.300,57	RS	281.300,57
d1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos		nº de Unidades	1	RS 210.012,85	1	RS 210.012,85	1	RS 210.012,85	1	RS 210.012,85	1	RS 210.012,85	1	RS 210.012,85
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos			RS	210.012,85	RS	210.012,85	RS	210.012,85	RS	210.012,85	RS	210.012,85	RS	210.012,85
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D			RS	1.620.354,71	RS	1.620.354,71	RS	1.620.354,71	RS	1.620.354,71	RS	1.620.354,71	RS	1.620.354,71
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês			RS	25.928,74	RS	25.928,74	RS	25.928,74	RS	25.928,74	RS	25.928,74	RS	25.928,74
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)		Ano RS 3.000E/SF/mês/mo	RS	14.000,00	RS	14.000,00	RS	14.000,00	RS	14.000,00	RS	14.000,00	RS	14.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)		Total dos salários-base de uma equipe (RS)	RS	60.754,31	RS	60.754,31	RS	60.754,31	RS	60.754,31	RS	60.754,31	RS	60.754,31
I) Subtotal (I) = (E+F+G+H)			RS	1.721.037,76	RS	1.721.037,76	RS	1.721.037,76	RS	1.721.037,76	RS	1.721.037,76	RS	1.721.037,76

Item		Unidade de medida	2. Unidade de Pronto Atendimento (UPA)											
			ABRIL DE 2022		MAIO DE 2022		JUNHO DE 2022		JULHO DE 2022		AGOSTO DE 2022		SETEMBRO DE 2022	
j1) Gestão RUE (Rede de Urgência e Emergência) - Unidade de Pronto Atendimento		nº de Unidades	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05
j2) Rh - Unidade de Pronto Atendimento		nº de Unidades	1	R\$ 1.004.242,02	1	R\$ 1.004.242,02	1	R\$ 1.004.242,02	1	R\$ 1.004.242,02	1	R\$ 1.004.242,02	1	R\$ 1.004.242,02
j3) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos		nº de Unidades	1	RS 161.317,94	1	RS 161.317,94	1	RS 161.317,94	1	RS 161.317,94	1	RS 161.317,94	1	RS 161.317,94
J - Unidade de Pronto Atendimento			RS	1.256.132,01	RS	1.256.132,01	RS	1.256.132,01	RS	1.256.132,01	RS	1.256.132,01	RS	1.256.132,01
K) Parte variável - 1 (ATÉ 1,5% do gasto total com UPA)			RS	18.841,98	RS	18.841,98	RS	18.841,98	RS	18.841,98	RS	18.841,98	RS	18.841,98
L) Parte variável - 2 (ATÉ 2% do gasto total com UPA)			RS	25.122,64	RS	25.122,64	RS	25.122,64	RS	25.122,64	RS	25.122,64	RS	25.122,64
M) Parte variável - 3 (ATÉ 1,5% do gasto total com UPA)			RS	18.841,98	RS	18.841,98	RS	18.841,98	RS	18.841,98	RS	18.841,98	RS	18.841,98
N) Subtotal (N) = (J+K+L+M)			RS	1.318.938,61	RS	1.318.938,61	RS	1.318.938,61	RS	1.318.938,61	RS	1.318.938,61	RS	1.318.938,61

Subprojeto	Unidade de medida	3. Cursos de Nível Superior, Pós-Graduação e Pesquisa					
		ABRIL DE 2022	MAIO DE 2022	JUNHO DE 2022	JULHO DE 2022	AGOSTO DE 2022	SETEMBRO DE 2022
3.1. Curso de Formação em Atenção Farmacêutica	Número absoluto de vagas						
	% de alunos	R\$ 10.473,75	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09
	Proposta						
3.2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Número absoluto de vagas						
	% de alunos	R\$ 41.895,00	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38
3.3. Pesquisa em Saúde da Família	Número de Pesquisas	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44
O) SUBTOTAL CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA		R\$ 82.917,19	R\$ 63.278,91	R\$ 63.278,91	R\$ 63.278,91	R\$ 63.278,91	R\$ 63.278,91

Subprojeto	Unidade de medida	4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)					
		ABRIL DE 2022	MAIO DE 2022	JUNHO DE 2022	JULHO DE 2022	AGOSTO DE 2022	SETEMBRO DE 2022
4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)	% EAPS	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02
P) SUBTOTAL APOIO A CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNIOBIOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)		R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02

Subprojeto	Unidade de medida	5. Apoio à Formação, Qualificação e Avaliação das Ações de Saúde					
		ABRIL DE 2022	MAIO DE 2022	JUNHO DE 2022	JULHO DE 2022	AGOSTO DE 2022	SETEMBRO DE 2022
5.1. Residência em Medicina de Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42
5.2. Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14
5.3. Especialização em Vigilância em Saúde na Atenção Primária	% de alunos	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75
5.4. Projetos de Implantação e Avaliação de Modelos de Educação Permanente em Saúde	Número de Ciclos						
	% de Profissionais	R\$ 43.989,75	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50
	% de Ciclos com material disponibilizado						
5.5. Apoio às Linhas de Cuidado e Projetos Especiais	Diretrizes clínicas revisadas e/ou vídeos desenvolvidos	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13
	Protocolos clínicos revisados						
5.6. Apoio ao Monitoramento e Análise de Qualidades de Ações	Relatório confeccionado	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44
5.7. Monitoramento de Vacâncias nas Equipes / Acompanhamento de contratação de Médicos	Relatório confeccionado	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75
5.8. Apoio à manutenção das Estações OTICS-RIO	Manutenção de Estações OTICS	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30
Q) SUBTOTAL APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE		R\$ 1.032.842,67	R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.026.558,42

Subprojeto	Unidade de medida	6. Integração das Ações da Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde					
		ABRIL DE 2022	MAIO DE 2022	JUNHO DE 2022	JULHO DE 2022	AGOSTO DE 2022	SETEMBRO DE 2022
6.1. Qualificação das Ações e Informações em Vigilância	Número	R\$ 617.951,25	R\$ 617.951,25	R\$ 617.951,25	R\$ 617.951,25	R\$ 617.951,25	R\$ 659.846,25
	Percentual						
6.2. Curso Técnico de Agentes em Saúde	Número absoluto de vagas						
	% de vagas	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75
	% de alunos						
6.3. Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações de Promoção da Saúde para os Serviços da APS / ESF	Campanha realizada						
	Curso / Oficina Ministrado	R\$ 403.655,51	R\$ 403.655,51	R\$ 403.655,51	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51
	Material elaborado						
6.4. Ações Contingenciais para o enfrentamento da Tuberculose	Percentual	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88
6.5. Qualificação das Ações de Vigilância ao Controle das DST / AIDS e Hepatites Virais	Percentual	R\$ 546.550,73	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23
6.6. Pesquisa Clínica de Imunológicos	Número Absoluto	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50
R) SUBTOTAL INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		R\$ 1.814.290,62	R\$ 1.500.078,12	R\$ 1.500.078,12	R\$ 1.290.603,12	R\$ 1.290.603,12	R\$ 1.332.498,12

S) SUBTOTAL SUBPROJETOS (S) = (O+P+Q+R)	R\$ 3.069.951,50	R\$ 2.729.816,47	R\$ 2.729.816,47	R\$ 2.520.341,47	R\$ 2.520.341,47	R\$ 2.562.236,47
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

TEIAS MANGUINHOS		Estratégia de Saúde da Família, NASF, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de Pronto Atendimento e Projetos Estratégicos					
Item		ABRIL DE 2022	MAIO DE 2022	JUNHO DE 2022	JULHO DE 2022	AGOSTO DE 2022	SETEMBRO DE 2022
T) TOTAL (T) = (I+N+O+P+Q+R)		R\$ 6.109.927,87	R\$ 5.769.792,84	R\$ 5.769.792,84	R\$ 5.560.317,84	R\$ 5.560.317,84	R\$ 5.602.212,84

Subprojeto	Unidade de medida	3. Cursos de Nível Superior, Pós-Graduação e Pesquisa						TOTAL
		OUTUBRO DE 2022	NOVEMBRO DE 2022	DEZEMBRO DE 2022	JANEIRO DE 2023	FEVEREIRO DE 2023	MARÇO DE 2023	
3.1. Curso de Formação em Atenção Farmacêutica	Número absoluto de vagas							
	% de alunos	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 161.033,92
	Proposta							
3.2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Número absoluto de vagas	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 644.135,68
	% de alunos							
3.3. Pesquisa em Saúde da Família	Número de Pesquisas	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 715.706,28
O) SUBTOTAL CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA		R\$ 63.278,91	R\$ 63.278,91	R\$ 63.278,91	R\$ 63.278,91	R\$ 63.278,91	R\$ 63.278,91	R\$ 1.520.875,88

Subprojeto	Unidade de medida	4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)						TOTAL
		OUTUBRO DE 2022	NOVEMBRO DE 2022	DEZEMBRO DE 2022	JANEIRO DE 2023	FEVEREIRO DE 2023	MARÇO DE 2023	
4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)	% EAPS	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 3.277.681,08
P) SUBTOTAL APOIO A CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)		R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 3.277.681,08

Subprojeto	Unidade de medida	5. Apoio à Formação, Qualificação e Avaliação das Ações de Saúde						TOTAL
		OUTUBRO DE 2022	NOVEMBRO DE 2022	DEZEMBRO DE 2022	JANEIRO DE 2023	FEVEREIRO DE 2023	MARÇO DE 2023	
5.1. Residência em Medicina de Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 321.675,05	R\$ 7.198.982,45
5.2. Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 107.225,02	R\$ 2.399.660,78
5.3. Especialização em Vigilância em Saúde na Atenção Primária	% de alunos	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 1.226.925,00
5.4. Projetos de Implantação e Avaliação de Modelos de Educação Permanente em Saúde	Número de Ciclos							
	% de Profissionais	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 895.655,25
	% de Ciclos com material disponibilizado							
5.5. Apoio às Linhas de Cuidado e Projetos Especiais	Diretores clínicos revisados e/ou vídeos desenvolvidos	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 858.847,56
	Protocolos clínicos revisados							
5.6. Apoio ao Monitoramento e Análise de Qualidades de Ações	Relatório confeccionado	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 1.042.886,22
5.7. Monitoramento de Vacâncias nas Equipes / Acompanhamento de contratação de Médicos	Relatório confeccionado	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 1.226.925,00
5.8. Apoio à manutenção das Estações OTICS-RIO	Manutenção de Estações OTICS	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 9.254.081,88
Q) SUBTOTAL APOIO A FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE		R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.047.505,92	R\$ 24.103.964,01

Subprojeto	Unidade de medida	6. Integração das Ações da Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde						TOTAL
		OUTUBRO DE 2022	NOVEMBRO DE 2022	DEZEMBRO DE 2022	JANEIRO DE 2023	FEVEREIRO DE 2023	MARÇO DE 2023	
6.1. Qualificação das Ações e Informações em Vigilância	Número							
	Percentual	R\$ 659.846,25	R\$ 659.846,25	R\$ 659.846,25	R\$ 717.451,88	R\$ 717.451,88	R\$ 710.120,25	R\$ 15.373.370,25
6.2. Curso Técnico de Agentes em Saúde	Número absoluto de vagas	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 1.226.925,00
	% de vagas							
	% de alunos							
6.3. Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações de Promoção da Saúde para os Serviços da APS / ESF	Campanha realizada							
	Curso / Oficina Ministrado	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51	R\$ 5.776.296,96
	Material elaborado							
6.4. Ações Contingenciais para o enfrentamento da Tuberculose	Percentual	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 4.048.852,56
6.5. Qualificação das Ações de Vigilância ao Controle das DST / AIDS e H hepatites Virais	Percentual	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 6.056.815,38
6.6. Pesquisa Clínica de Imunológicos	Número Absoluto	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 490.770,00
R) SUBTOTAL INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		R\$ 1.332.498,12	R\$ 1.332.498,12	R\$ 1.332.498,12	R\$ 1.390.103,74	R\$ 1.390.103,74	R\$ 1.382.772,12	R\$ 32.973.030,16

S) SUBTOTAL SUBPROJETOS (S) = (O+P+Q+R)	R\$ 2.562.236,47	R\$ 2.562.236,47	R\$ 2.562.236,47	R\$ 2.619.842,09	R\$ 2.619.842,09	R\$ 2.633.457,97	R\$ 61.875.551,32
---	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	-------------------

TEIAS MANGUINHOS		Estratégia de Saúde da Família, NASF, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de Pronto Atendimento e Projetos Estratégicos						TOTAL
Item		OUTUBRO DE 2022	NOVEMBRO DE 2022	DEZEMBRO DE 2022	JANEIRO DE 2023	FEVEREIRO DE 2023	MARÇO DE 2023	
T) TOTAL (T) = (I+H+O+P+Q+R)		R\$ 5.602.212,84	R\$ 5.602.212,84	R\$ 5.602.212,84	R\$ 5.659.818,45	R\$ 5.659.818,45	R\$ 5.673.434,31	R\$ 133.131.748,40

TEIAS AP-3.1 (Manguinhos)				
Resumo por Exercício Financeiro - TEIAS				
Ano	ESF/NASF/CAPS	UPA	Projetos Estratégicos	Total
1º ano	R\$ 19.666.487,09	R\$ 15.109.993,76	R\$ 30.183.195,62	R\$ 64.959.676,47
2º ano	R\$ 20.652.453,18	R\$ 15.827.263,34	R\$ 31.692.355,40	R\$ 68.172.071,93
Total	R\$ 40.318.940,28	R\$ 30.937.257,10	R\$ 61.875.551,03	R\$ 133.131.748,40

TEIAS AP-3.1 (Manguinhos)				
Resumo por Exercício Financeiro - TEIAS				
Ano	ESF/NASF/CAPS	UPA	Projetos Estratégicos	Total
2021	R\$ 14.676.551,51	R\$ 11.286.983,29	R\$ 22.684.964,99	R\$ 48.648.499,79
2022	R\$ 20.479.275,46	R\$ 15.693.457,97	R\$ 31.317.443,88	R\$ 67.490.177,32
2023	R\$ 5.163.113,30	R\$ 3.956.815,84	R\$ 7.873.142,15	R\$ 16.993.071,29
Total	R\$ 40.318.940,28	R\$ 30.937.257,10	R\$ 61.875.551,03	R\$ 133.131.748,40

ANEXO TÉCNICO G
NORMAS PARA CUSTEIO DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS

Utilização dos recursos orçamentários referentes à Gestão Indireta das Organizações Sociais – Rubrica Apoio a Gestão do TEIAS – OSS.

Os recursos orçamentários para gestão indireta das Organizações Sociais previstos na Rubrica Apoio a gestão do TEIAS – OSS do cronograma de desembolso (ANEXO F), consistem em um valor fixo preestabelecido, não superior a 5% por cento do valor total da despesa contratada, destinados ao custeio das despesas administrativas da Organização Social necessárias à prestação dos serviços contratados.

As despesas referentes aos custos indiretos da Organização Social estão restritas ao valor estabelecido na rubrica Apoio a gestão do TEIAS – OSS (ANEXO F) e deverão respeitar as regras de rateio abaixo:

1.1 Só serão consideradas as remunerações dos dirigentes e quadros administrativos da OS dentro dos limites de:

CARGO	TIPO DOS CARGO	TETO SALARIAL DO CARGO	QUANTIDADE POR CARGO
Presidente/Diretores/ Superintendentes	GEI-1 (Gestão Executiva Indireta - Nível 1)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 70% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	5 vezes o valor de 70% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal
Coordenadores/ Assessores	GEI-2 (Gestão Executiva Indireta - Nível 2)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 50% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	7 vezes o valor de 50% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal
Gerentes	GEI-3 (Gestão Executiva Indireta - Nível 3)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 35% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	10 vezes o valor de 35% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal

1.1.1– Todas as demais remunerações referentes a cargos rateados e alocados nestas rubricas deverão ser inferiores em seu valor bruto a 35% do limite estabelecido para a remuneração de servidores do Poder Executivo Federal respeitando os valores praticados no mercado.

1.1.2– A Organização Social deverá informar em sua prestação de contas mensal a categoria em que se insere o profissional cujo salário está sendo rateado, com base no quadro acima.

1.1.3– Todas as remunerações rateadas deverão ser relativas a profissionais que tenham vínculo empregatício com a Organização Social.

1.2 A OSS deverá cumprir as regras de rateio de despesas administrativas conforme descrito na seção II, Art.8º da INSTRUÇÃO NORMATIVA CODESP Nº 01/2018, publicada no Diário oficial de 27 de dezembro de 2018 e suas atualizações.

O presente Anexo Técnico consiste em diretriz da CONTRATANTE e sua observância e cumprimento fazem parte das obrigações da CONTRATADA nos termos do Inciso IV da Cláusula Nona do Contrato de Gestão. E seu descumprimento total ou parcial poderá incidir nas sanções administrativas previstas na Cláusula Décima Quinta do Contrato de Gestão.