



TERMO ADITIVO Nº 034 /2018

7º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 021/2013, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – SMS, E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM COM VISTAS AO GERENCIAMENTO E À EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 1.0

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº 455, Bloco 01, 7º andar, sala 701, neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde nomeada pelo Decreto Rio “P” nº 729 DE 23/07/2018, **CAROLINA ALTOÉ VELASCO**, brasileira, casada, Chefe de Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, portadora da cédula de identidade nº 04249057562, expedida pelo DETRAN, CPF nº 057.336.887-26, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado a Organização Social SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, inscrita no CNPJ/MF sob o número 61.699.567/0001-92, com endereço à Rua Napoleão de Barros, 175 – Vila Clementino – São Paulo – SP, e com estatuto arquivado no 1º Ofício de Registro Civil de Pessoas Jurídicas, neste ato representado por seu Presidente, Professor **Dr. RONALDO RAMOS LARANJEIRA**, brasileiro, médico, casado, inscrito no RG: 7791138, CRM: 44625, CPF nº 042.038.438-39, selecionada através do processo administrativo nº 09/001.907/2013, tendo em vista o que dispõe o pela Lei Municipal n.º 5.026/2009, regulamentada pelos Decretos Municipais n.º 30.780/2009, n.º 30.907/2009, n.º 30.916/2009, 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 41.193/2016, 41.207/2016, 41.208/2016, 41.209/2016, 41.210/2016, 41.2011/2016, 41.212/2016, 41.213/2016, 41.214/2016, 41.215/2016, 41.216/2016, 41.217/2016, 41.218/2016, pelas Resoluções CGM nº 1.224/2016, 85/2016, 86/2016 e





1.251/2016, pelas Resoluções SMS nº 3161/217, 3208/2017 e 3227/2017, 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), **RESOLVEM** celebrar o presente Termo Aditivo ao **Contrato de Gestão nº 021/2013**, referente ao gerenciamento, operacionalização apoio e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito da Área de Planejamento (AP-1.0), mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente **TERMO ADITIVO** tem por objeto:

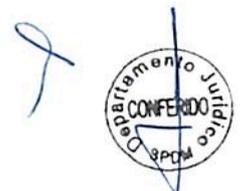
- I – Prorrogar excepcionalmente a vigência do Contrato de Gestão nº **021/2013** pelo prazo de 12 (doze) meses, a partir de 01/11/2018 a 31/10/2019; para vigor até o prazo máximo de 72 meses;
- II – Estabelecer o Anexo Técnico E do Contrato de Gestão - Cronograma de Desembolso e Metas Físicas, com alteração de valor;
- III – Substituição do Anexo A - Adequação da gestão das unidades da rede assistencial básica; e,
- IV – Substituição do Anexo B - Adequação dos indicadores e metas do Contrato de Gestão nº 021/2013.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Termo Aditivo será de 12 (doze) meses, a partir de 01/11/2018 a 31/10/2019.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Pela prestação dos serviços objeto deste Termo Aditivo, especificados nos Anexos Técnicos, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA** os valores definidos no “Anexo E – Cronograma de Desembolso”, que dele é parte integrante, totalizando para o período de 12 (doze) meses o valor de **R\$ 80.177.761,96 (oitenta milhões, cento e setenta e sete mil, setecentos e sessenta e um reais e noventa e seis centavos)**.



CLÁUSULA QUARTA - DA DOTAÇÃO E DO EMPENHO DAS DESPESAS

As despesas correspondentes ao presente Termo Aditivo correrão por conta do Programa de Trabalho(s) nº 18.05.10.301.0330.2854, Natureza de Despesa nº 33.50.39.02 do orçamento de 2018, tendo sido emitida(s) a(s) Nota(s) de Empenho nº 378/2018, 431/2018, 432/2018, 433/2018, 434/2018 no valor total de R\$ 13.362.960,32 (treze milhões e trezentos e sessenta e dois mil e novecentos e sessenta reais e trinta e dois centavos).

CLÁUSULA QUINTA - DA RESOLUÇÃO

A resolução do presente instrumento poderá ser realizada, uma vez concluído o chamamento público, sem necessidade de aguardar o término do prazo previsto na Cláusula Segunda.

CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

Até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, deverá ser providenciada a publicação do presente instrumento, em extrato, no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, às expensas da Contratante.

Parágrafo Único – O inteiro teor deste instrumento, devidamente atualizados, serão disponibilizados no Portal da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro na Internet.

CLÁUSULA SÉTIMA- DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas as demais cláusulas constantes do Contrato de Gestão nº 021/2013 e seus termos aditivos, que não colidirem com o disposto neste Termo Aditivo.

CLÁUSULA OITAVA – CONTROLE INTERNO E EXTERNO

O Município 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 do Rio de Janeiro, no prazo de 10 (dez) dias, contados da publicação de seu extrato.

CLÁUSULA NONA - DO 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 dúvidas oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente entre as partes”.



E, por estarem justas as CONTRATANTES, assinam o presente Termo Aditivo em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2018.

PROFESSOR DR. RONALDO RAMOS LARANJEIRA

SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Carolina Altoé Velasco
Matrícula: 60/303.470-9
Substituta Eventual da Secretária Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

CAROLINA ALTOÉ VELASCO

CHEFE DE GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Testemunhas:

1) 
NOME: **Telma Amorim**
Coordenador II
Mat.: 11/218.451-3
CPF: **S/SUBGEX/SCGOS/CCG**

2) 
NOME: **ANDARAÍ A ATILA DUARTE DA SILVA**
CPF: **039.987.027-48**

ANEXO TÉCNICO A - Gestão das Unidades da Rede Assistencial Básica

GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Estratégia Saúde da Família – AP 1.0

A. GESTÃO DAS UNIDADES DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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 SAÚDE DE FAMÍLIA, no âmbito da Área de Planejamento (AP 1.0) 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 da AP 1.0.

A.2.1. Carteira de Serviços de Saúde

Todos os itens especificados na Carteira de Serviços da Atenção Primária vigente (www.subpav.org), definidos pela SMS devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

A.2.1.1 Cadastramento

Realizar cadastramento no período de três meses de todos os usuários da área de abrangência de cada nova equipe de saúde da família, e manter os cadastros individuais e familiares atualizados, respeitando o território de cada microárea e área da equipe de saúde da família.

A.2.2. Recomendações da SMS/SUBPAV para o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

1) Visita dos agentes comunitários - a periodicidade para visitas domiciliares dos Agentes Comunitários é baseada em estratificação de risco, com a seguinte periodicidade mínima:

- a. Pessoas em tratamento para tuberculose – 3 visitas por semana;
- b. Pessoas em tratamento para hanseníase – mensal;
- c. Pessoas com hipertensão ou diabetes graves (segundo avaliação de estratificação de risco cardiovascular e presença de lesão de órgão-alvo) e portadores de outras doenças crônicas graves ou descompensadas – mensal;
- d. Gestantes – mensal;
- e. Crianças até um ano – mensal;
- f. Crianças de um a dois anos – trimestral;
- g. Pessoas acamadas – mensal;
- h. Pessoas com hipertensão ou diabetes leves e moderados, portadores de outras doenças crônicas não graves – trimestral;
- i. Domicílios sem nenhuma das condições assinaladas acima - anual

2) Visita do Agente de Vigilância em Saúde (AVS) - Todo domicílio deve ser visitado pelo menos uma vez ao ano pelo Agente de Vigilância em Saúde, podendo ocorrer visitas em períodos menores no caso de identificação de fatores de risco ambientais e do domicílio;

3) Visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS)- o tempo máximo para realizar visita domiciliar, quando solicitada à equipe, é de cinco dias para avaliação pelo ACS e, uma vez definida a necessidade pela equipe, no máximo 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico;

4) Agendamento de consultas - toda equipe de saúde da família deve realizar atendimentos do dia e agendar consultas. A agenda dos profissionais deve ser disponibilizada e acessível para visualização de toda a equipe técnica através do prontuário eletrônico;



- 5) Agendamento de consultas - os pacientes que tiverem consultas agendadas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta;
- 6) Agendamento de consultas- os pacientes devem ser atendidos o mais breve possível, com tempo de espera máximo para agendamento de 15 dias;
- 7) Agendamento de consultas.– casos avaliados pela equipe como urgentes devem ser atendidos necessariamente no mesmo dia.
- 8) Exames - tempo máximo para resultado de exames:
 - a. Laboratoriais: 5 dias úteis;
 - b. Citopatológico de colo uterino (preventivo): 10 dias úteis;
 - c. Raio X, ultrassonografia e eletrocardiograma: 10 dias úteis.
- 9) Horários - os horários de funcionamento da unidade, de atendimento de todos os profissionais e demais atividades educativas semanais devem estar afixado em local visível e acessíveis ao usuário, bem como a semana padrão de cada profissional e o regimento interno da unidade;
- 10) Horários - atendimento médico, de enfermagem, de saúde bucal e vacinação devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, não devendo a unidade fechar para almoço;
- 11) Horários- a aferição da pressão arterial deve ser feita a qualquer usuário caso ele solicite;
- 12) Horários- atestados de saúde e declaração de óbito de pessoas do território devem ser fornecidos pelos médicos da atenção primária, de acordo com protocolos vigentes e em formulários específicos;
- 13) Encaminhamento a exames e especialistas - em caso de necessidade de encaminhamento do paciente a outro serviço, deve-se entregar ao paciente o número da solicitação no SISREG ou SER, no prazo máximo de uma semana;
- 14) Ouvidoria - o diretor/gerente se compromete a formar um Colegiado de Gestão, com participação comunitária, que tenha agenda mensal de reuniões 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 opiniões, elogios, crítica ou sugestão de melhoria.





A.2.3. Produção mínima esperada de procedimentos

Equipe de Saúde da Família:

Profissional	Nº de turnos/ semana (A)	Nº de ações por turno (B)	Nº de ações por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
Médico de Família(*)	6 e 1/2	Consulta - 12	78	312
Médico de Família	1	Inter consulta (telemedicina ou consulta como serviço de apoio especializado / NASF) – 10 (**)	10	40
Médico de Família	1	Visita domiciliar - 4	4	16
Médico de Família	1/2	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área – 1 (***)	1	2
Médico de Família	1	Reunião de equipe (***)	1	4
Enfermeiro de Família	5	Consulta de enfermagem -12	60	240
Enfermeiro de Família	1	Inter consulta (telemedicina ou consulta como serviço de apoio especializado/NASF) – 10 (**)	10	40
Enfermeiro de Família	2	Visita domiciliar - 4	8	32
Enfermagem de Família	1	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área- 1 (***)	1	4
Enfermeiro de Família	1	Reunião de equipe (***)	1	4
Técnico de enfermagem	6	Procedimentos como curativos, vacinas e outras atividades de sua área de atuação	-	-
Técnico de enfermagem	2	Visita domiciliar - 4	8	32
Técnico de enfermagem	1	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área – 1(***)	1	4
Técnico de enfermagem	1	Reuniões de equipe (***)	1	4

ACS	7	Visita domiciliar de acompanhamento - 6	42	168
ACS	2	Acolhimento	-	-
ACS	1	Reuniões de equipe(***)	1	4

(*) No caso do médico Responsável Técnico (RT) pela Unidade de Saúde, é previsto que o mesmo tenha um turno (tempo equivalente a 12 consultas) para atividades relacionadas à regulação ambulatorial. Portanto, o parâmetro para o médico RT é de 300 consultas tradicionais e não 312.

(**) nas semanas em que não houver interconsulta com NASF ou teleconsulta, considerar o parâmetro de 12 consultas, em consultório, como mínimo.

(***) quando não houver atividade de reunião ou atividade de grupo na semana, considerar parâmetro de 12 consultas, em consultório, como mínimo.

Alinhamento da semana padrão dos ACS com a agenda de vigilância a populações de risco:

Para uma população de 750 pessoas por microárea, baseando-se nas prevalências estimadas das condições mais comuns, espera-se o seguinte quantitativo para cada população e o conseqüente número de visitas estimado:

Condição	Pessoas / microárea	Periodicidade	Visitas por mês
Tuberculose	1	3 vezes por semana	12
Hipertensão leve e moderada	179	Trimestral	60
Hipertensão grave	31	Mensal	31
Diabetes leve e moderada	40	Trimestral	13
Diabetes grave	7	Mensal	7
Gestantes	4	Mensal	4
Crianças até um ano	4	Mensal	4
Crianças de um a dois anos	4	Trimestral	1
Acamados	16	Mensal	16
Demais pessoas		Anual	20
TOTAL			168

Cabe ressaltar que trata-se de parâmetros estimados e sujeitos a variação de acordo com a demografia e a epidemiologia da área.

Equipe de Saúde Bucal:

Profissional	Nº de turnos/ semana (A)	Nº de ações por turno (B)	Nº de ações por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
--------------	--------------------------	---------------------------	------------------------------------	-------------------------------------------



Cirurgião-dentista de Família	6	Consultas conclusivas (programadas/urgências) por turno de 4 horas – 8	48	192
Cirurgião-dentista de Família(*)	4 turnos (de 4 horas) e 4 turnos estendidos (de 2 horas)	Consultas conclusivas (programadas/urgências) por turno de 4 horas – 8 E Consultas conclusivas (programadas/urgências) por turno estendido de 2 horas - 4	48	192
Cirurgião-dentista de Família	1	Visita domiciliar – 4	4	16
Cirurgião-dentista de Família	1	Reuniões de Equipe (**) - 1	1	4
Cirurgião-dentista de Família	2	Atividades de grupo nas escolas e creches da área e outros espaços da comunidade– 2 (**)	4	16
Técnico de Saúde Bucal de Família	4	Consultas programadas (***) – 6	24	96
Técnico de Saúde Bucal de Família	2	Visita domiciliar – 4	8	32
Técnico de Saúde Bucal de Família	3	Atividade de grupo nas escolas e creches da área e outros espaços da comunidade – 2 (**)	6	24
Técnico de Saúde Bucal de Família	1	Reuniões de equipe (**) - 1	1	4
Auxiliar de Saúde Bucal de Família	6	Consultas programadas – Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Auxiliar de Saúde Bucal de Família	1	Visita domiciliar – 4	4	16
Auxiliar de Saúde Bucal de Família	2	Atividade de grupo nas escolas e creches da área e outros espaços da comunidade – 2 (**)	4	16
Auxiliar de Saúde Bucal de Família	1	Reuniões de equipe(**) -1	1	4

(*) Este modelo se aplica quando o cirurgião-dentista organiza seu processo de trabalho de 40 horas semanais em 04 dias por semana;

(**) Quando não houver atividade de reunião de equipe ou atividade de grupo na semana, considerar mais um turno de atividade em consultório (ou interconsulta/Telemedicina, se necessário).

(***) O turno da TSB de consulta programada deverá ocorrer quando o dentista não estiver atendendo na cadeira odontológica.

Serviços de apoio especializados às equipes de saúde da família / Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF):

Trata-se de um serviço de apoio às equipes de saúde da família que objetiva aumentar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), através da ampliação de seu escopo de ações, qualificação da atuação das equipes através da prática do matriciamento e educação permanente, e atendimento à população, preferencialmente de forma conjunta com a ESF.

Os NASF deverão ser formados por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;
- nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas;
- cada categoria profissional, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 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;

A definição das categorias profissionais dos Serviços de Apoio à Saúde da Família deve basear-se no diagnóstico situacional da área e indicadores estratégicos da SMS/RJ.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família:

Profissional	Nº de turnos/ semana (A)	Nº de ações por turno (B)	Nº de ações por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
Médico	5	Atendimento individual - 8	40	160
Médico	1	Visita domiciliar - 2	2	8
Médico	1	Atividade coletiva	1	4
Médico	1	Reunião de equipe Nasf/Esf	1	4
Médico	0,5	Reunião de equipe Nasf ²	Não se aplica	2
Médico	1,5	Análise e planejamento ³	Não se aplica	6
Demais especialidades (nutricionista; educador físico;	4	Atendimento individual - 8	32	128
	1	Visita domiciliar - 2	2	8
	2	Atividade coletiva	2	8

fonoaudiólogo; terapeuta ocupacional; fisioterapeuta; psicólogo; assistente social; sanitarista)	1	Reunião de equipe Nasf/Esf	1	4
	0,5	Reunião de equipe Nasf	Não se aplica	2
	1,5	Análise e planejamento	Não se aplica	6
Educador Físico/ Programa Academia Carioca	1,5	Atendimento individual - 3	4,5	18
	1	Visita Domiciliar - 1	1	4
	1	Atividade Coletiva (Educativa) - 1	1	4
	5	Atividade Física Regular em Grupo(*) - 2,5	12,5	50
	0,5	Reunião de Equipe NASF/ESF - 1	0,5	2
	0,5	Reunião de Equipe NASF - 1	0,5	2
	0,5	Análise e Planejamento - 1	0,5	2

(*) – Atividade Física Regular em Grupo: Ação de saúde específica do Educador Físico realizada em grupo no âmbito das Unidades de Atenção Primária. O Grupo de Atividade Física permite uma maior participação regular de pessoas ao cotidiano do serviço de saúde e constitui-se como espaço de ação e educação em saúde para os demais integrantes do NASF/ESF

1 – Foi considerada carga horária semanal de 40 horas para os profissionais do Nasf.

2 – A reunião de equipe Nasf deve ocorrer quinzenalmente, representando um saldo de 2 reuniões de equipe Nasf no mês.

3 – O turno de análise e planejamento deve ser utilizado para fazer a gestão e coordenação das listas de espera da regulação ambulatorial (SISREG), no que tange ao núcleo de cada categoria profissional; gestão e coordenação das listas das condições e agravos prioritários; estudo e elaboração de indicadores referente à área de abrangência das equipes de saúde da família.

A.2.4. Consultório na Rua

A gestão e o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua (eCR) do município do Rio de Janeiro deverá considerar as Diretrizes norteadoras publicadas pela Secretaria Municipal de Saúde (2017).

As eCR são lotadas em Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde e desenvolvem as ações e serviços descritos na Carteira de Serviços da Atenção Primária da SMS-RJ para a população em situação de rua. Estas ações devem ser integradas às Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde, e quando necessário, com outros pontos de atenção, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e serviços de Urgência e Emergência.

Cabe também às eCR auxiliar no acesso das pessoas que vivem em situação de rua à rede de serviços públicos da Assistência Social, Educação, Defensoria Pública, Ministério Público, Trabalho e Renda, conforme as necessidades apresentadas. Ressalta-se a importância da articulação intersetorial para o acesso ao sistema de abrigamento/



acolhimento (quando desejado pelo usuário), além da obtenção de documentação civil e demais benefícios sociais.

Ressalta-se que a atenção à saúde da população em situação de rua é coordenada pela Atenção Primária e deve ser garantida em todas unidades. Neste sentido, as eCR realizam ações de matriciamento com as equipes de Saúde da Família, compartilhando suas experiências no modo a oferecer acesso e cuidar das pessoas em situação de rua.

As equipes do município do Rio de Janeiro são credenciadas junto ao Ministério da Saúde como Modalidade III. Considerando a Portaria GM/MS nº122, de 25 de janeiro de 2011, ratificada na portaria de consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017 e o Ofício Circular S/SUBPAV/SAP nº 12 de 08 de maio de 2013, estas equipes devem ser compostas preferencialmente por: 01 médico; 01 enfermeiro; 01 assistente social; 01 psicólogo; 01 técnico de enfermagem; 01 auxiliar administrativo; 01 técnico de enfermagem; 03 agentes sociais.

A carga horária dos profissionais das eCR deve ser de 40 horas semanais. Os assistentes sociais, pela determinação trabalhista vigente, e médicos poderão cumprir a carga horária de 30 horas semanais. Todos os profissionais devem ser cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) com atualização mensal.

O trabalho da eCR acontece prioritariamente na rua, ficando a unidade de saúde como base de apoio. O horário de funcionamento das equipes deverá levar em consideração a dinâmica da população em situação de rua do território, mantendo a carga horária de 40h semanais. As equipes devem ter acesso e ser capacitadas para a utilização do prontuário eletrônico do cidadão, que deve permitir o cadastramento do usuário com identificação da situação de rua e sem a obrigatoriedade de CPF para tal.

Para qualificar o trabalho das eCR, deverá ser disponibilizado veículo para deslocamento das equipes e viabilização do cuidado presencial para a população na rua. Este veículo deverá manter a identificação visual com o logotipo da Saúde, da Prefeitura do Rio de Janeiro e da eCR, de acordo com o padrão pactuado pelo município. Devido também às particularidades do trabalho com as pessoas em situação de rua, recomenda-se a disponibilização de alguns insumos específicos para a dinâmica do trabalho das eCR, como discriminado no Ofício Circular S/SUBPAV/SAP nº018/2015.

A.2.5. Plano de Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública

A.2.5.1 Objetivo

Garantir a assistência adequada aos pacientes em situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública.

A.2.5.2 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 abrangente é fundamental 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 agravo que realmente precisam de cuidados mais específicos, estando preparados para recebê-los de volta.

A atenção primária se configura como a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde.

O que se pretende é otimizar 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 Recursos Humanos, 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.2.6. Qualidade dos Serviços Prestados

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

A.2.6.1 Qualidade do Registro Clínico Eletrônico

- Adequação a padrões de qualidade e execução de planos de melhoria regulares, com o objetivo de alcançar as metas de desempenho técnico definidas pela SMS;
- Apoio na implantação e manutenção do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC);
- Implantação e manutenção de Comissão de Prontuários nas unidades;
- Realização de auditoria quanto ao uso e qualidade dos registros no PEC, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMS.

A.2.6.2 Atenção ao Usuário

- Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário e pesquisas de satisfação;
- Monitorar as medidas tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.

A.2.7. 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.2.7.1 Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal

Cada equipe de saúde da família deverá ser composta por no mínimo 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, de 4 a 6 agentes comunitários de saúde e 1 agente de vigilância em saúde.

Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) é responsável pela cobertura de uma área da cidade ocupada por cerca de 3.450 habitantes, dividida em microáreas– território onde habitam em torno de 400 a 750 pessoas, correspondente à atuação de 1 Agente Comunitário de Saúde. Tal proporção pode variar dependendo das condições demográficas, socioeconômicas e de saúde de cada área. Preconiza-se que em bairros com IDS menor que 0,55 as equipes cubram até 2.800 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.

A.3. RESPONSABILIDADES

A.3.1. Da Secretaria Municipal de Saúde:

- Definir as diretrizes e políticas de saúde a serem implantadas na Unidade;
- Criar uma **Comissão Técnica de Avaliação (CTA)**, da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, específica para efetuar o acompanhamento da Administração e Operacionalização da unidade, por técnicos da S/SMS;
- Fornecer à instituição executora do contrato de gestão e a seu pessoal o apoio necessário à plena consecução dos objetivos do Contrato e Projeto Básico;
- Acompanhar, supervisionar e fiscalizar, a execução das atividades desenvolvidas;
- Repassar pontualmente os recursos financeiros previstos, de acordo com o cronograma e condições estabelecidas;
- Controlar a qualidade dos serviços contratados, identificando possíveis distorções e sugerindo constantes ajustes;
- Possibilitar o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a viabilização dos correspondentes termos de cessão de uso;
- Inventariar e avaliar os bens referidos no item acima, anteriormente à formalização dos termos de cessão de uso.
- Disponibilizar técnicos pertencentes a SMS/RJ, para interagir com a unidade, ajustando o plano estratégico de gestão, caso necessário.

A.3.2. Da Organização Social Contratada:

- Fazer a gestão das unidades de saúde do território respeitando as diretrizes definidas pela Secretaria Municipal de Saúde SMS/RJ, exclusivamente para o SUS, sendo vedada a prestação de serviço à entidade de saúde suplementar;



- Responsabilizar-se, integralmente, pelos encargos de natureza trabalhista e previdenciária, referente aos recursos humanos utilizados na execução do objeto deste Projeto Básico, decorrendo do ajuizamento de eventuais demandas judiciais, bem como por todos os ônus tributários e extraordinários que incidam sobre o presente instrumento, ressalvados aqueles de natureza compulsória, lançados automaticamente pela rede bancária arrecadadora;
- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, ao órgão do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de cessão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.
- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe for cedido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de cessão de uso, até sua restituição ao Poder Público.
- Gestão de insumos consumíveis e retornáveis, material permanente e estrutura física da unidade, sendo responsável pela reposição ou manutenção no caso de dano por mau uso, perda ou extravio;
- Ao final do contrato de gestão, a contratada deverá restituir a Secretaria Municipal de Saúde todos os bens móveis e imóveis que lhe foram destinados ou adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ em virtude do presente contrato em boas condições de uso, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural.
- Implantar os protocolos clínicos e administrativos em todas as unidades de saúde do território.
- Utilizar a logomarca da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro/Secretaria Municipal de Saúde e do SUS, em todos os documentos emitidos pelo Executor contratado.
- Não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto se aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde;
- Manter o padrão de qualidade de atendimento dentro das exigências contratuais, que serão baseadas nas diretrizes constantes deste contrato e as características de atividade assistenciais, do presente Projeto Básico;
- Disponibilizar relatórios gerenciais com as informações solicitadas na periodicidade constante nos anexos do presente Projeto Básico aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde/RJ;
- Se responsabilizar pela implantação e funcionamento de sistema de controle biométrico de frequência;
- Submeter à SMS/RJ, quaisquer projetos que envolvam alterações no layout da unidade;





- Utilizar uniforme e crachá padronizados pela SMS/RJ para todos os funcionários.





ANEXO TÉCNICO B - Indicadores e Metas do Contrato de Gestão

ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE – ÁREA DE PLANEJAMENTO 1.0

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. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS
B.3.1. ASPECTOS GERAIS
B.3.2. PARTE 01 - ANÁLISE DIRETA DA PERFORMANCE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL NO APOIO À GESTÃO DO TEIAS
B.3.3. PARTE 02 – ANÁLISE DIRETA DA PERFORMANCE DAS UNIDADES E EQUIPES DE SAÚDE SOB A RESPONSABILIDADE DO CONTRATO DE GESTÃO.
B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
B.4.1.1. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) – REQUISITOS MÍNIMOS
B.4.1.2. SCNES – SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO 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. SISCAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE RASTREAMENTO DE CITOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO
B.4.1.6. SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
B.4.1.7. SI-PNI/API – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES/AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES
B.4.1.8. SISREG – SISTEMA DE NACIONAL DE REGULAÇÃO
B.4.1.9. DISPENSAMED
B.4.1.10. SIGMA - SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DE MATERIAIS
B.4.1.11. OUTROS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

4





B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de apoio à gestão tem como principal objetivo monitorar o desempenho das unidades funcionais por meio da criação de instrumentos técnicos que permitam verificar a execução de uma gestão rigorosa, equilibrada, consciente das necessidades das populações e com vistas ao aprimoramento contínuo dos cuidados de saúde prestados.

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/RJ elabora os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realiza o acompanhamento dos contratos, através da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), juntamente com representantes da Subsecretaria responsável pelas ações e serviços de saúde e Subsecretaria Geral Executiva.

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 monitoramento e a avaliação da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos pela SMS/RJ. É indicada pelo Secretário Municipal de Saúde, composta por profissionais de notória especialização, responsáveis por auxiliar a fiscalização da execução dos contratos de gestão.

A fiscalização se refere ao acompanhamento da execução física do contrato, que tem como objetivo garantir a fiel execução do objeto, nos termos das cláusulas contratuais; verificar a qualidade e a quantidade do bem ou serviço entregue; e evitar que seja efetuado o pagamento pela Administração Pública sem o devido cumprimento das obrigações contratuais quantitativas e qualitativas pela contratada (Rio de Janeiro, Manual de Fiscalização de Contratos de Gestão firmados com Organizações Sociais, 2016).

B.1.3. COMPOSIÇÃO

De acordo com a Resolução SMS nº. 3.791, de 22/08/2018, a Comissão Técnica de Avaliação – CTA será composta por 04(quatro) representantes Titulares e 2(dois) suplentes, assim especificados: 2(dois) representantes da Subsecretaria Geral Executiva, 1(um) Titular e 1(um) suplente; 4(quatro) representantes da Subsecretaria de vinculação da unidade, 3(três) titulares e 1(um) suplentes, assim definidos:

Titulares

- a) 2 representantes da S/SUBPAV/CAP
- b) 1 representante da S/SUBPAV
- c) 1 representantes da S/SUBGEX

Suplentes

- d) 1 representante da S/SUBPAV
- e) 1 representantes da S/SUBGEX

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 atenção primária são exercidos pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA.

De acordo com o Manual de Fiscalização de Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais, aprovado pela Resolução CGM nº 1.251, de 31 de outubro de 2016, a Comissão Técnica de Avaliação, no desempenho de sua função de fiscalização da

execução dos contratos, deve ser responsável pela análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico-assistencial dos contratos de gestão.

O detalhamento das funções e dos procedimentos de fiscalização encontram-se disponíveis no referido Manual de Fiscalização de Contratos de Gestão, disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2904248/4175738/manual_fiscalizacao_organizacoes_sociais.pdf

A Resolução SMS nº3.971 de 22 de agosto de 2018 trata da regulamentação dos procedimentos de acompanhamento, e liberação de recursos dos contratos de gestão pela Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA)

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/RJ;
- 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 contra referência 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, Política Nacional de Atenção Básica e Plano Municipal de Saúde.

B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- Orientações estabelecidas a partir de protocolos do Ministério da Saúde (MS)
- Orientações estabelecidas pela SMS/RJ:

- As melhores evidências disponíveis na tomada de decisão clínica sobre cuidados dos pacientes;
- Processos de trabalho pactuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde ou a outros no âmbito territorial;
- Tais 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, Carteira de Serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde, da SMS-Rio (2016) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (2017)/MS;
- Consensos sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede de atenção primária;
- Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
- Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação externa da prática assistencial;
- Avaliação da relação médico-paciente;
- Ética profissional.

B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Informações relativas aos aspectos, abaixo relacionados, deverão ser produzidas sistematicamente pelas Organizações Sociais e, periodicamente, serão utilizadas para avaliar a atenção ao usuário, a saber:





- 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 com instrumentos disponibilizados pela SMS/RJ. O número de usuários pesquisados deve ser contemplar o 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 continuidade, reconhecida pelos usuários, em todo o processo. Esta articulação ocorrerá de acordo com os seguintes 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 contrarreferências 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 – Rio de Janeiro.

B.3. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

B.3.1. ASPECTOS GERAIS

O acompanhamento, monitoramento e a avaliação da execução do Contrato de Gestão com a Organização Social será feito também por meio da análise de um quadro de indicadores elaborados pela SMS/RJ e que deverá ser apresentado à CAP e à CTA através de relatórios emitidos diretamente do prontuário eletrônico, complementados por banco de dados oficiais utilizados no âmbito do SUS, ou através das fontes indicadas neste documento.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMS/RJ poderão solicitar a memória de cálculo que gerou os resultados dos indicadores, e realizar uma auditoria clínica para validar os resultados encontrados.

A análise sistemática e periódica do contrato de gestão está dividida em duas partes:

- **Parte 01 – Análise direta da performance da Organização Social no apoio à gestão do TEIAS.**
- **Parte 02 – Análise direta da performance das unidades e equipes de saúde sob a responsabilidade do contrato de gestão.**
- A avaliação do cumprimento do conjunto de metas das Parte 01 e Parte 02 será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela CONTRATADA.

B.3.2. PARTE 01– Análise direta da performance da Organização Social no apoio à gestão do TEIAS.

A Parte 01 tem como objetivo monitorar a performance da Organização Social, induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS/RJ. 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 01 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, 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 01: Indicadores da **PARTE 1** - análise direta da performance da Organização Social no apoio à gestão do TEIAS

Nº.	Ação	Indicador	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 ativas	$(\text{Número de unidades de Saúde com comissões com atividade mensal} / \text{Número de unidades de Saúde}) \times 100$	Declaração da OSS	Trimestral (a partir do 7º mês de funcionamento da Unidade)	Mini mo 95%	Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal
2	Abastecimento regular das unidades	Proporção de itens declarados como regularmente abastecidos para as unidades (abastecimento pela OSS)	$(\text{Número de itens com declaração de abastecimento regular} / \text{Número de itens a serem fornecidos pela OSS}) \times 100$	Declaração de abastecimento emitida pelo gerente/diretor da unidade	Trimestral	Mini mo 95%	O gerente/diretor deve emitir declaração mensal indicando o número de itens que foram abastecidos pela OSS. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir. A informação será inserida em formulário produzido pela SUBPAV
3	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB)	Proporção de equipes que informaram em dia	$(\text{Número de equipes com comprovação de envio de arquivos válidos} / \text{Número total de equipes}) \times 100$	SISAB, SIA + declaração da DICA	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SISAB e SIA deverá seguir o pactuado com CAP e SMS. SISAB: Relatório Público de envio
4	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto	$(\text{Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS-OSS no trimestre} / \text{Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS-OSS no trimestre})$	Prestação de contas	Trimestral	<ou =1	Avaliação da eficiência da gestão. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir
5	Aquisição 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	$(\text{Total de itens adquiridos abaixo da média de preços} / \text{Total de itens adquiridos}) \times 100$	Prestação de contas	Trimestral	Mini mo 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
6	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços prestados	Proporção itens e serviços considerados de boa qualidade entre os itens fornecidos e os serviços prestados	(Número de itens fornecidos e serviços prestados avaliados como de boa qualidade / Total de itens adquiridos e serviços prestados) x 100	Declaração de avaliação de itens e serviços emitida pelo gerente/diretor da unidade	Trimestral	Mínimo 95%	O gerente/diretor deve emitir declaração mensal atestando a qualidade dos itens fornecidos e os serviços prestados de responsabilidade da OSS. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir
7	Monitoramento da Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	[(Número de profissionais substituídos + Nº de profissionais admitidos) / 2 / Número total de profissionais ativos no período]	SCNES	Trimestral	Máximo 5%	Forma 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
8	Acompanhamento do cuidado a pessoas com Tuberculose	Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura	(Número de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura / Número total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados no período) x 100	SINAN	Trimestral	Mínimo 85%	Os casos encerrados como transferência não devem ser incluídos no denominador. Serão considerados encerrados quando do término do tratamento no serviço que recebeu o caso. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir as somas
09	Acompanhamento da Sífilis na Gestação	Proporção de casos de sífilis na gestação com tratamento adequado	(Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período com tratamento adequado / Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período) x 100	SINAN	Trimestral	Mínimo 90%	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 comprove que o tratamento foi adequado. Considera-se adequadamente tratado o caso em que a gestante recebe 03 doses (7.200.000 UI) de Penicilina Benzatina durante o pré-natal



						(maioria absoluta dos casos é latente ou de tempo indeterminado)
10	Acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) e Cartão Família Carioca (CFC)	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do PBF e CFC	(Número de beneficiários do PBF e CFC com perfil saúde acompanhados / Número total de beneficiários do PBF e CFC) x 100	Portal Bolsa Família (Plataforma SUBPAV)	Trimestral	Meta mínima: Janeiro / Julho – 20%, Fevereiro / Agosto – 30%, Março / Setembro – 40%, Abril / Outubro – 60%, Maio / Novembro – 80%, Junho/ Dezembro – 90% Para o resultado trimestral, deve-se considerar o valor no último dia do período de análise, às 17h
11	Monitoramento da carga horária médica nas equipes	Proporção de equipes com ao menos um médico (a) com carga horária de 40h	(Número de equipes com ao menos um médico (a) com carga horária de 40h / Número de equipes) x 100	SCNES	Trimestral	Considera-se no numerador as equipes com ao menos um médico com carga horária de 40h. O resultado mensal deve ser aferido na data de envio da base de dados ao SCNES (5º dia útil de cada mês). Para o resultado trimestral, a OSS deve atingir a meta em todos os meses. As equipes das unidades excepcionalizadas pela SUBPAV, onde é permitida a lotação de médicos (as) com carga horária de 20h, não devem ser consideradas no denominador. As equipes vinculadas aos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade vigentes no município (SMS, UERJ, URFJ/ENSP) não devem ser consideradas no denominador.

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/RJ, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as “Fontes” descritas 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, SMS/RJ, 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 02 - Análise direta da performance das unidades e equipes de saúde sob a responsabilidade do contrato de gestão.

Os Cuidados de Saúde Primários são o pilar central do sistema de saúde. As unidades primárias 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 na atenção, além de promoção da saúde e prevenção da doença. Também são responsáveis pelo referenciamento a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Os Centros Municipais 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 Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde.

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.

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. 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 com equipes de Saúde da Família, mas possui território definido.
-

Nota: O Território é definido pela lista de CEP (correio) vinculada a uma determinada unidade.

Os modelos A e B serão monitorados e avaliados por atividades específicas. Com isso, espera-se que as equipes percebam que não basta apenas atingir alguns indicadores, mas que em conjunto eles induzem uma boa prática clínica.

O quadro de indicadores que avaliará a performance das unidades e equipes de saúde da família e saúde bucal levou em consideração também os indicadores monitorados Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ, que visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária. Além disso, cabe destacar que o PMAQ eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhoria no padrão de qualidade no atendimento.

Dessa forma, os indicadores a seguir têm como objetivo incentivar as equipes na melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Nesse sentido, estão estreitamente relacionados a um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. De tal modo, que o alcance satisfatório das metas fixadas pela SMS/RJ é fundamental para a avaliação dos Contratos de Gestão das OSS.

Assim sendo, a SMS/RJ apresenta, no quadro a seguir, um conjunto de medidas que servirão para indicar se as atividades de um projeto estão sendo bem executadas ou expressar, direta ou indiretamente, os benefícios decorrentes das ações e serviços ofertados para a população.

Quadro 02: Indicadores da **PARTE 2** - análise direta da performance das Unidades e Equipes de saúde sob a responsabilidade do contrato de gestão.

Nº.	Ação	Indicador	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
1	Acompanhamento da cobertura Vacinal em Crianças de um ano	Cobertura Vacinal de Pentavalente (3ª dose) em crianças de um ano	$(\text{Número de crianças com 12 meses completos vacinadas (Pentavalente)} / \text{Número de crianças com 12 meses completos cadastradas}) \times 100$	SI-PNI + e-SUS AB	Trimestral	Mínimo 90%	Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir as somas
2	Cobertura de consultas médicas por habitante	Média de atendimentos de médicos por habitante	$(\text{Número de atendimentos médicos} / \text{População cadastrada})$	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Trimestral	Mínimo 0,08 atendimento s/ habitante/mês	A avaliação é mensal, a meta deve ser atingida em todos os meses
3	Garantia de Acesso a Atendimentos	Proporção de atendimentos de demanda espontânea	$(\text{Número de consultas no dia} + \text{número de atendimentos de urgência} / \text{Número total de atendimentos}) \times 100$	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Trimestral	Mínimo de 40% e máximo de 80% dos atendimento s/mês	Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir as somas
4	Coleta de exame citopatológico de colo	Razão de coleta de material	$(\text{Número de coletas de}$	Prontuário Eletrônico	Trimestral	Mínimo 0.075 coleta	Para o resultado trimestral, deve-se



	do útero	citopatológico do colo do útero	material citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos / Número de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas) x 100	do Cidadão (PEC) / SISAB		/população cadastrada/trimestre	somar as razões mensais
5	Acesso ao cuidado em saúde bucal	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	(Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática / População cadastrada) x 100	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB + CNES	Trimestral	Mínimo 3,75% atendimento s de primeira consulta odontológica programática / habitante/ Trimestre	Para o resultado trimestral, deve-se somar as razões mensais Desconsiderar unidades sem equipe de saúde bucal
6	Cuidado Resolutivo em Saúde Bucal	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	(Número de tratamentos concluídos pelo cirurgião-dentista / Número de primeiras consultas odontológicas programáticas)	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Trimestral	Mínimo 0,65 tratamento concluído/ mês	Mensal. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir as somas Desconsiderar unidades sem equipe de saúde bucal
7	Acompanhamento pré-natal	Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal	(Número de mulheres que encerraram o pré-natal com 6 ou mais consultas na área no período em análise / Número total de mulheres que encerraram o pré-natal no período em análise) x 100	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Trimestral	Mínimo 80%	Mensal. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir as somas Considerar consultas de pré-natal realizadas por médico e/ou enfermeiro
8	Acompanhamento do Recém-nascido	Proporção de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida	(Número de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida / Número total de recém-nascidos cadastrados) x 100	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Trimestral	Mínimo 80%	Mensal. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir as somas A avaliação deve ser feita retrospectivamente, quando a criança completar 28 dias.
9	Assistência Integral na Atenção Primária	Proporção de encaminhamentos para consulta ambulatorial especializada	(Número de encaminhamentos para consulta ambulatorial especializada / Número total de atendimentos médicos) x 100	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Trimestral	Máximo 20%	Mensal. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir as somas Desconsiderar encaminhamento para procedimentos diagnósticos
10	Cumprimento da Carteira de Serviços	Proporção de serviços ofertados pela Equipe de	(Quantitativo de ações e serviços realizados pela	Prontuário Eletrônico do Cidadão	Trimestral	Mínimo 80%	Aferição após o 4º mês de implantação da





		Saúde da Família	equipe/ Total de ações e serviços esperados pela equipe de Atenção Primária) x 100	(PEC) / SISAB			equipe. A cada trimestre, deve ser contado o número de serviços realizados (valor diferente de zero) e dividir pelo número total de serviços esperados
11	Programa Saúde na Escola (PSE)	Cobertura de Ações do Programa Saúde na Escola (PSE)	(Número de escolas e creches com atividades coletivas registradas [com identificação do INEP] / Número total de escolas e creches sob responsabilidade da equipe) x 100	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Trimestral	Mínimo 80%	Mensal, devendo haver cumprimento da meta em todos os meses. Considerar apenas meses letivos das escolas.

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 da Secretaria Municipal da Saúde, as seguintes ações:

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da área de abrangência do Contrato de Gestão;
- Monitorar os indicadores da Parte variável, disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das unidades de saúde, Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) e SMS/RJ;
- Implantar/atualizar e garantir a alimentação adequada dos sistemas de informação definidos pela SMS/RJ;
- Organizar 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/RJ.

B.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

B.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) – Requisitos Mínimos

Será considerado neste presente instrumento o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) como o prontuário eletrônico da estratégia e-SUS AB disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS).

Todas as unidades de saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS/RJ informatizados e com oPEC instalado e em funcionamento.

Nessas unidades o PEC deverá ser a fonte principal de registro de dados clínicos. Nos casos em que o PEC não contemplar a entrada de dados (ex.: notificação de agravos de notificação compulsória ou dispensação de medicamentos), deverão ser utilizados os sistemas de informação definidos pela SMS (ex.: SINAN e Dispensamed).

O PEC é a fonte oficial de transmissão de produção das unidades de atenção básica ao MS. Esta transmissão deve ser monitorada mensalmente pela OSS de acordo com o prazo estabelecido pelo MS.

Os relatórios disponíveis no PEC permitem o acompanhamento da produção das equipes e unidades de saúde. A OSS deve cobrar e supervisionar junto à gerência da unidade o monitoramento periódico dos relatórios do e-SUS AB.

O PEC permite funcionamento off-line, no entanto a transmissão dos dados para o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB/MS), bem como a integração com o CadSUS Web depende de conectividade estável. Para tanto, deve haver plano de contingenciamento para quedas de conectividade e velocidades baixas de conexão.

Extração de relatórios:

A OSS deverá encaminhar informações referentes à prática assistencial e processos de trabalho da unidade com base nos relatórios do PEC solicitados pela SUBPAV, atendendo ao formato e prazo estipulados.

B.4.1.2. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

De acordo com a Portaria MS/GM nº 1.646 de 02 de outubro de 2015, o SCNES se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde e possui as seguintes finalidades:

- I - cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços;
- II - disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação;

III - ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento;

IV - fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.

O cadastramento se constitui no ato de inserir pela primeira vez os dados conformados no modelo de informação do CNES. A manutenção ou atualização de cadastro consiste no ato de alterar os dados cadastrais ou reafirmar que seus dados não sofreram mudanças.

O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES - modelos de 1 a 35. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar os formulários específicos.

Os dados deverão ser atualizados semanalmente.

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 Geral de Atenção Primária 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 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 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 Centro de Atenção Psicossocial - 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;

Preferencialmente, as equipes de apoio especializado devem seguir as diretrizes do Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 e Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, 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

15 – Unidade mista



03 –Policlínica;

36– Clínica Especializada/Ambulatório de especialidade,

71 – Centro de Apoio a Saúde da Família;

Para unidades de Atenção Primária, somente serão permitidas dois tipos de unidades de saúde:

Tipo unidade na Carteira de Serviços	Abreviação	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

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).

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.

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.

B.4.1.5. 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 destas mulheres para rastreamento do câncer de colo uterino.



B.4.1.6. 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.

B.4.1.7. 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 conseqüentemente 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.

B.4.1.8. 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.

Todo encaminhamento do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Referência e Contrarreferência)", via PEC;

É importante preencher o formulário com o máximo de informações relevantes sobre dados clínicos e resultados de exames complementares. O profissional solicitante deve sempre carimbar e assinar a solicitação;

A solicitação deve ser inserida no SISREG por profissional que possua acesso ao mesmo;

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;

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.

B.4.1.9. Dispensamed

O Dispensamed é um sistema desenvolvido e mantido pelo Iplan Rio 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.

B.4.1.10. 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 dos 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.

B.4.1.11. 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.

