



TERMO ADITIVO Nº 019/2019

8º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 032/2014, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE – FIOTEC, COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO, APOIO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA AP 3.1/UPA MANGUINHOS, NA FORMA ABAIXO:

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 Cavalcanti, nº 455, Bloco 01, 7º andar, sala 701, neste ato representada pela Secretária Municipal de Saúde nomeada pelo Decreto Rio “P” nº 729 de 23/07/2018, **ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO**, brasileira, médica, casada, portadora da cédula de identidade nº 07.931.881-2, expedida pelo IFP, CPF nº 011.188.367-90, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a Organização Social Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC, inscrita no CNPJ sob o número 02.385.669/0001-74, com endereço à Avenida Brasil, nº 4036, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ, neste ato representada por seu representante legal, **HAYNE FELIPE DA SILVA**, brasileiro, portador da cédula de identidade nº 5603662 IFP/RJ, inscrito no CPF sob o nº 586.234.187-00, doravante denominada **CONTRATADA**, selecionada através dos processos administrativos nº 09/002.975/2014 e 09/31/000.513/2014, tendo em vista o que dispõe o Decreto-Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990, o Decreto Municipal nº 30.780 de dois de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009, bem como, o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, **RESOLVEM** celebrar o presente Termo Aditivo ao **Contrato de Gestão nº 032/2014**, referente ao gerenciamento, operacionalização apoio e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito da AP 3.1/Manguinhos 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 032/2014 pelo prazo de 12 (doze) meses, a partir de 01/12/2019 a 31/11/2020, com redução do valor do contrato em 6,56%, e II- Estabelecer o *Anexo Técnico A* (Apoio à Gestão das Unidades de Saúde - 3.1 TEIAS Manguinhos); *Anexo Técnico B* (Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os serviços de saúde na área de planejamento 3.1 e UPA Manguinhos); *Anexo Técnico E* (Cronograma de Desembolso Financeiro e Metas Físicas).

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Termo Aditivo será de 12 (doze) meses, a partir de 01/12/2019 a 31/11/2020.

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 Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”, que dele é parte integrante, totalizando para o período de 12 (doze) meses o valor de **R\$ 55.203.253,37** (Cinquenta e cinco milhões, duzentos e três mil, duzentos e cinquenta e três reais e trinta e sete centavos), que contempla uma redução de 6,56%.

CLÁUSULA QUARTA - DA RESOLUÇÃO

O presente contrato poderá ser resolvido, total ou parcialmente, a qualquer tempo, sem indenização, e independentemente de aviso ou prazo, pelo Município, tão logo esteja concluído o procedimento licitatório implementado para o cumprimento do prazo descrito na Cláusula Primeira, devendo ser lavrado e publicado o competente Ato de Resolução.

CLÁUSULA QUINTA - DA DOTAÇÃO E DO EMPENHO DAS DESPESAS

As despesas, correspondentes ao presente Termo Aditivo, correrão por conta do Programa de Trabalho nº 18.01.10.301.0330.2854, Natureza de Despesa nº 33.50.39.50 do orçamento de 2019, tendo sido emitida a Nota de Empenho nº 2019/000440, no valor de R\$ 281.165,84 (Duzentos e oitenta e um mil e cento e sessenta e cinco reais e oitenta e quatro centavos).

CLÁUSULA SEXTA - DA 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 indicadores de desempenho pactuados, 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 032/2014 e seus termos aditivos, que não colidirem com o disposto neste Termo Aditivo.

CLÁUSULA OITAVA – CONTROLE INTERNO E EXTERNO

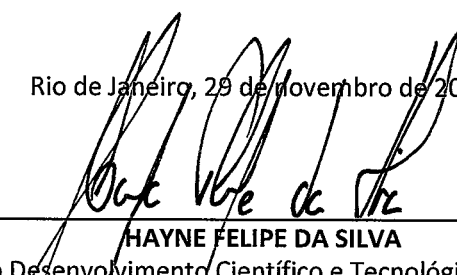
O Município providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município no prazo de 5 (cinco) dias contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação de seu extrato.

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, 29 de novembro de 2019.



HAYNE FELIPE DA SILVA

Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC



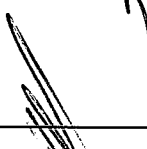
ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Testemunhas:

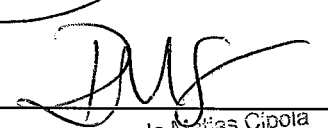
1) _____

NOME:
CPF:


CARLOS GUSTAVO VEIT
Assessor II da S/SUBPAV
Matrícula nº 11/207.876-4

2) _____

NOME:
CPF:


Rosângela Matias Cipola
Gerente
S/SUBG/SCGOS/CCG/GC
Mat: 11/220.695-8



ANEXO TÉCNICO A DO CONTRATO DE GESTÃO

**Apoio à Gestão das Unidades de Saúde, Serviços e Projetos de Qualificação da Atenção Primária em Saúde –
3.1 TEIAS Manguinhos**

PROJETO 1: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NASF E CAPS

PROJETO 2: UPA MANGUINHOS

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.

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 3.1) e TEIAS Manguinhos localizados no Município do Rio de Janeiro, incluindo adaptações e programação visual das Unidades.

ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados no território de abrangência da **AP 3.1 e TEIAS Manguinhos** incluídas neste termo.

Carteira de Serviços de Saúde

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

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.

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 - os 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 afixados 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.

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	Interconsulta (telemedicina ou consulta com o 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	Interconsulta (telemedicina ou consulta com o serviço de apoio	10	40



		especializado/NASF) –10 (**)		
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 consequente número de visitas estimado:

Condição	Pessoas / micro área	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.

A.2.4 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 resolutividades 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) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;
- b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas;
- c) cada categoria profissional, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal;
- d) 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.



A.2.4.1 Produção mínima esperada para os Núcleos 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; fonoaudiólogo; terapeuta ocupacional; fisioterapeuta; psicólogo; assistente social; sanitarista)	4	Atendimento individual(*) - 8	32	128
	1	Visita domiciliar - 2	2	8
	2	Atividade coletiva	2	8
	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

(*) – Atendimento individual ou compartilhado.

(**) – 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.2.5 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 as unidades. Neste sentido, as eCR realizam ações de matriciamento com as equipes de Saúde da Família, compartilhando suas experiências no modo de 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 nº 122, 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 nº 018/2015.

A.2.5.1 Produção mínima esperada para a equipe de Consultório na Rua:

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 e compartilhado entre os profissionais da equipe Consultório na Rua (em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 8	40	160
Médico	1	Atendimento compartilhado com equipes de outros serviços (urgência e emergência/hospitais/dispositivos da RAPS/Ambulatório de especialidades /NASF/ eSF) - 4	4	16
Médico	1	Ações na Rua de Promoção, Prevenção e Redução de danos (ações itinerantes, construção de vínculo, mapeamento contínuo do território)	-	-



Médico	1	Atividade Coletiva (Educação em Saúde, Atendimento em Grupo, Ações Culturais e Mobilização Social, em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 1	1	4
Médico	0,5	Visita a usuários em abrigos, hospitais/acompanhamento dos mesmos nos serviços de saúde, assistência, sistema de justiça, entre outros setores - 1	0,5	2
Médico	1	Reunião de equipe - 1	1	4
Médico	0,5	Articulação Intra e Intersetorial (Fóruns, reuniões, discussões de casos, supervisão de território, ações conjuntas no território) - 1	0,5	2
Enfermeiro	5	Atendimento individual e compartilhado entre os profissionais da equipe Consultório na Rua (em Unidade de Atenção Primária ou na Rua)- 08	40	160
Enfermeiro	1	Atendimento compartilhado com equipes de outros serviços (urgência e emergência/hospitais/dispositivos da RAPS/Ambulatório de especialidades /NASF/ eSF) – 04	04	16
Enfermeiro	1	Ações na Rua de Promoção, Prevenção e Redução de danos (ações itinerantes, construção de vínculo, mapeamento contínuo do território)	–	–
Enfermeiro	1	Atividade Coletiva (Educação em Saúde, Atendimento em Grupo, Ações Culturais e Mobilização Social, em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 1	1	4
Enfermeiro	0,5	Visita a usuários em abrigos, hospitais/acompanhamento dos mesmos nos serviços de saúde, assistência, sistema de justiça, entre outros setores - 1	0,5	2
Enfermeiro	1	Reunião de equipe - 1	1	4
Enfermeiro	0,5	Articulação Intra e Intersetorial (Fóruns, reuniões, discussões de casos, supervisão de território, ações conjuntas no território) - 1	0,5	2
Técnico de enfermagem	4	Procedimentos como curativos, vacinas e outras atividades de sua área de atuação	–	–
Técnico de enfermagem	2	Ações na Rua de Promoção, Prevenção e Redução de danos (ações itinerantes, construção de vínculo, mapeamento contínuo do território)	–	–
Técnico de enfermagem	1,5	Atividade Coletiva (Educação em Saúde, Atendimento em Grupo, Ações Culturais e Mobilização Social, em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 1	1,5	6
Técnico de enfermagem	1	Visita a usuários em abrigos, hospitais/acompanhamento dos mesmos nos serviços de saúde, assistência, sistema de justiça, entre outros setores - 1	1	4
Técnico de enfermagem	1	Reunião de equipe - 1	1	4



Técnico de enfermagem	0,5	Articulação Intra e Intersectorial (Fóruns, reuniões, discussões de casos, supervisão de território, ações conjuntas no território) - 1	0,5	2
Assistente Social (30h)	2	Atendimento individual e compartilhado entre os profissionais da equipe Consultório na Rua (em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) – 08	16	64
Assistente Social (30h)	1	Atendimento compartilhado com equipes de outros serviços (urgência e emergência/hospitais/dispositivos da RAPS/Ambulatório de especialidades /NASF/ eSF) – 4	4	16
Assistente Social (30h)	1	Ações na Rua de Promoção, Prevenção e Redução de danos (ações itinerantes, construção de vínculo, mapeamento contínuo do território)	–	–
Assistente Social (30h)	1	Atividade Coletiva (Educação em Saúde, Atendimento em Grupo, Ações Culturais e Mobilização Social, em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) – 1	1	4
Assistente Social (30h)	1	Visita a usuários em abrigos, hospitais/acompanhamento dos mesmos nos serviços de saúde, assistência, sistema de justiça, entre outros setores - 1	1	4
Assistente Social (30h)	1	Reunião de equipe - 1	1	4
Assistente Social (30h)	1	Articulação Intra e Intersectorial (Fóruns, reuniões, discussões de casos, supervisão de território, ações conjuntas no território) - 1	1	4
Psicólogo	4	Atendimento individual e compartilhado entre os profissionais da equipe Consultório na Rua (em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 08	32	128
Psicólogo	1	Atendimento compartilhado com equipes de outros serviços (urgência e emergência/hospitais/dispositivos da RAPS/Ambulatório de especialidades /NASF/ eSF) - 4	4	16
Psicólogo	1	Ações na Rua de Promoção, Prevenção e Redução de danos (ações itinerantes, construção de vínculo, mapeamento contínuo do território)	–	–
Psicólogo	1	Atividade Coletiva (Educação em Saúde, Atendimento em Grupo, Ações Culturais e Mobilização Social, em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) – 1	1	4
Psicólogo	1	Visita a usuários em abrigos, hospitais/acompanhamento dos mesmos nos serviços de saúde, assistência, sistema de justiça, entre outros setores - 1	1	4
Psicólogo	1	Reunião de equipe - 1	1	4
Psicólogo	1	Articulação Intra e Intersectorial (Fóruns, reuniões, discussões de casos, supervisão de território, ações conjuntas no território)	1	4



		- 1		
Terapeuta Ocupacional (30h)	2	Atendimento individual e compartilhado entre os profissionais da equipe Consultório na Rua (Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 8	16	64
Terapeuta Ocupacional (30h)	1	Atendimento compartilhado com equipes de outros serviços (urgência e emergência/hospitais/dispositivos da RAPS/Ambulatório de especialidades /NASF/ eSF) - 4	4	16
Terapeuta Ocupacional (30h)	1	Ações na Rua de Promoção, Prevenção e Redução de danos (ações itinerantes, construção de vínculo, mapeamento contínuo do território)	-	-
Terapeuta Ocupacional (30h)	1	Atividade Coletiva (Educação em Saúde, Atendimento em Grupo, Ações Culturais e Mobilização Social, em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 1	1	4
Terapeuta Ocupacional (30h)	1	Visita a usuários em abrigos, hospitais/acompanhamento dos mesmos nos serviços de saúde, assistência, sistema de justiça, entre outros setores - 1	1	4
Terapeuta Ocupacional (30h)	1	Reunião de equipe - 1	1	4
Terapeuta Ocupacional (30h)	1	Articulação Intra e Intersetorial (Fóruns, reuniões, discussões de casos, supervisão de território, ações conjuntas no território) - 1	1	4
Agente Social	2	Acolhimento em Unidade de Atenção Primária ou na rua - 8	16	64
Agente Social	3	Ações na Rua de Promoção, Prevenção e Redução de danos (ações itinerantes, construção de vínculo, mapeamento contínuo do território) - 4	12	48
Agente Social	1	Atividade Coletiva (Educação em Saúde, Atendimento em Grupo, Ações Culturais e Mobilização Social, em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 1	1	4
Agente Social	1	Visita a usuários em abrigos, hospitais/acompanhamento dos mesmos nos serviços de saúde, assistência, sistema de justiça, entre outros setores - 1	1	4
Agente Social	1	Reunião de equipe - 1	1	4
Agente Social	1	Articulação Intra e Intersetorial (Fóruns, reuniões, discussões de casos, supervisão de território, ações conjuntas no território) - 1	1	4

A.2.6 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas em sofrimento ou com transtorno mental grave e persistente, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São serviços substitutivos ao modelo asilar. O CAPS opera nos territórios



e tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares garantindo a continuidade e integralidade do cuidado.

Atividades, parâmetros e características do trabalho no CAPS:

- 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 o território. 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 as equipes de Saúde da Família e outros profissionais da atenção primária, do NASF, Policlínicas e Hospitais). 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 a menos no mês de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares.
- 8) Todos os profissionais da equipe técnica deverão acompanhar os moradores de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) referidos ao CAPS, e articular o cuidado com a equipe de APS de referência para aquele território.

A.2.6.1 Agenda Padrão dos CAPS II, CAPS AD.

Profissional	Nº de turnos/ semana (A)	Nº de ações por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Diretor	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	9	A direção do CAPS deve realizar sua agenda de acordo com as necessidades de organização da Unidade internamente e no território, com o objetivo de garantir que haja a atenção psicossocial para a população com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, no âmbito do SUS. A direção deve participar dos fóruns de saúde mental e em locais que a Unidade precisa ser representada. Além disso, deve garantir que a direção de trabalho da RAPS seja sustentada por sua equipe e no território e que o cuidado seja pautado no projeto terapêutico de cada usuário.	Não se aplica
Coordenador Técnico	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	9	A coordenação técnica tem o papel de apoiar a equipe nos manejos dos casos difíceis. Pode realizar atendimentos em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de coordenação ou substituição da direção nas atividades destinadas a esta. Pode também desenvolver atividades de	Não se aplica



		preceptoria de estagiários e residentes, de acordo com a direção técnica da superintendência. Sua agenda é organizada de acordo com as necessidades de organização da Unidade internamente e no território, com o objetivo de garantir que haja a atenção psicossocial para a população com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, no âmbito do SUS. Deve também monitorar o desenvolvimento e atualização dos Projetos Terapêuticos Singulares	
Supervisor Clínico - Institucional	3	Supervisão do CAPS, Supervisão territorial e atividade de supervisão necessária para a RAPS	Não se aplica
Psiquiatra	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	2	Atendimento individual	Não se aplica
	1	Atividade coletiva	Não se aplica
	1	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou Visita domiciliar	Não se aplica
Enfermeiro Diarista	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	1	Atendimento Individual	Não se aplica
	1	Atividade Coletiva	Não se aplica
	1	Acolhimento/Convivência	Não se aplica
	1	Atividade de Desinstitucionalização	Não se aplica
	2	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou Visita domiciliar	Não se aplica
	1	A ser usado conforme projeto institucional do serviço	Não se aplica
Técnico de Enfermagem Diarista	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	1	Atendimento Individual	Não se aplica
	1	Atividade Coletiva	Não se aplica
	1	Acolhimento/ convivência	Não se aplica
	1	Atividade de desinstitucionalização	Não se aplica
	3	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou visita domiciliar	Não se aplica
	2	A ser usado conforme projeto institucional do serviço	Não se aplica
Outro Profissional de Nível Superior	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	2	Atendimento Individual	Não se aplica
	1	Atividade coletiva	Não se aplica
	1	Acolhimento/ Convivência	Não se aplica
	1	Atividade de desinstitucionalização	Não se aplica
	1	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou visita domiciliar	Não se aplica
Oficineiro	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	3	Atividades coletivas	Não se aplica
	2	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou visita domiciliar	Não se aplica
	2	A ser usado conforme projeto institucional do serviço	Não se aplica
Acompanhante Territorial	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	3	Atividade Coletiva	Não se aplica
	6	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou visita domiciliar.	Não se aplica
Outro Profissional de Nível Médio	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	1	Acolhimento/ Convivência	Não se aplica
	1	Atendimento Individual	Não se aplica
	1	Atividade Coletiva	Não se aplica



	1	Atividade de Desinstitucionalização	Não se aplica
	2	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou visita domiciliar	Não se aplica
	1	A ser usado conforme projeto institucional do serviço.	Não se aplica

CAPS III:

Profissional	Nº de turnos/semana (A)	Nº de ações por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Diretor	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	9	A direção do CAPS deve realizar sua agenda de acordo com as necessidades de organização da Unidade internamente e no território, com o objetivo de garantir que haja a atenção psicossocial para a população com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, no âmbito do SUS. A direção deve participar dos fóruns de saúde mental e em locais que a Unidade precisa ser representada. Além disso, deve garantir que a direção de trabalho da RAPS seja sustentada por sua equipe e no território e que o cuidado seja pautado no projeto terapêutico de cada usuário.	Não se aplica
Coordenador Técnico	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	9	A coordenação técnica tem o papel de apoiar a equipe nos manejos dos casos difíceis. Pode realizar atendimentos em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de coordenação ou substituição da direção nas atividades destinadas a esta. Pode também desenvolver atividades de preceptoria de estagiários e residentes, de acordo com a direção técnica da superintendência. Sua agenda é organizada de acordo com as necessidades de organização da Unidade internamente e no território, com o objetivo de garantir que haja a atenção psicossocial para a população com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, no âmbito do SUS. Deve também monitorar o desenvolvimento e atualização dos Projetos Terapêuticos Singulares	Não se aplica
Supervisor Clínico - Institucional	3	Supervisão clínica e institucional do CAPS, Supervisão territorial, atividade de supervisão necessária para a RAPS e participação dos Fóruns de Saúde Mental e reuniões com Superintendência de Saúde Mental	Não se aplica
Psiquiatra	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	2	Atendimento individual	Não se aplica
	1	Atividade coletiva	Não se aplica
	1	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou Visita domiciliar	Não se aplica
Enfermeiro Diarista	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	1	Atendimento Individual	Não se aplica
	1	Atividade Coletiva	Não se aplica
	1	Acolhimento/Convivência	Não se aplica
	1	Atividade de Desinstitucionalização	Não se aplica



	2	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou Visita domiciliar	Não se aplica
	2	A ser usado conforme projeto institucional do serviço	Não se aplica
Técnico de Enfermagem Diarista	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	1	Atendimento Individual	Não se aplica
	1	Atividade Coletiva	Não se aplica
	1	Acolhimento/ convivência	Não se aplica
	1	Atividade de desinstitucionalização	Não se aplica
	3	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou visita domiciliar	Não se aplica
	2	A ser usado conforme projeto institucional do serviço	Não se aplica
Outro Profissional de Nível Superior	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	2	Atendimento Individual	Não se aplica
	1	Atividade coletiva	Não se aplica
	1	Acolhimento/ Convivência	Não se aplica
	1	Atividade de desinstitucionalização	Não se aplica
	1	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou visita domiciliar	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
Oficineiro	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	3	Atividades coletivas	Não se aplica
	2	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou visita domiciliar	Não se aplica
	2	A ser usado conforme projeto institucional do serviço	Não se aplica
Acompanhante Territorial	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	3	Atividade Coletiva	Não se aplica
	6	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou visita domiciliar.	Não se aplica
Outro Profissional de Nível Médio	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	1	Acolhimento/ Convivência	Não se aplica
	1	Atendimento Individual	Não se aplica
	1	Atividade Coletiva	Não se aplica
	1	Atividade de Desinstitucionalização	Não se aplica
	2	Atividade territorial ou matriciamento, ou articulação na Rede ou visita domiciliar.	Não se aplica
	1	A ser usado conforme projeto institucional do serviço	Não se aplica
Enfermeiro Plantonista	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	9	Conforme escala composta pela direção do CAPS	Não se aplica
Técnico de Enfermagem Plantonista	1	Reunião de Equipe e Supervisão	Não se aplica
	9	Conforme escala composta pela direção do CAPS	Não se aplica

A.2.7 Unidade de pronto-atendimento (UPA)

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 de saúde 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

1. Reduzir a procura pelas emergências hospitalares por pacientes com casos de urgência de baixa e média complexidade;
2. Facilitar o acesso da população a atendimento de urgência, inclusive com exames laboratoriais e radiológicos;
3. Promover atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência de qualidade e resolutivo à população;
4. 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;
5. Permitir o direcionamento para os hospitais da rede, pela Central de Regulação de Vagas dos casos com necessidade de internação;
6. Atuar em parceria com Universidades e Escolas Técnicas oferecendo vagas para estágio de campo de prática;
7. Fomentar a elaboração de trabalhos científicos na área de Saúde Pública.

A.2.8 Plano de Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública

A.2.8.1 Objetivo

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

A.2.8.2 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.2.9. Qualidade dos Serviços Prestados

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

A.2.9.1 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.2.9.2 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.2.10 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.2.10.1 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.

RESPONSABILIDADES

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.



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.

PROJETO 3: CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
SUBPROJETO 3.1 CURSO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA

1) 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.

2) 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.

3) 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

1) 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 deste subprojeto.

Fruto da experiência com trabalhadores pretende-se apoiar o Programa de Residência Multiprofissional em saúde da família. O programa ocorre 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.



2) 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.

3) 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 PESQUISA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Responsável Técnico pelo Projeto: S/SUBPAV

1) 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 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.

2) Objetivo Geral

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

3) 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.

PROJETO 4: CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS CRIE (CONSOLIDAÇÃO)

Responsável Técnico pelo Projeto: S/SUBPAV/SVS

Unidades: CRIE Hospital Municipal Rocha Maia/SMS e CRIE Instituto Nacional de Infectologia/Fiocruz

Base legal: a atual para implantação e manutenção dos CRIE é a portaria do Ministério da Saúde do Brasil - Portaria Nº 48, 28/7/04; que diz que esta é de atribuição e responsabilidade do estado a implantação e manutenção dos CRIE.

Os objetivos dos CRIE, como dispostos no manual e portaria do Ministério da Saúde do Brasil - Portaria Nº 48, 28/7/04, são:



- Facilitar o acesso da população, em especial dos portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida e de outras condições especiais de morbidade ou exposição a situações de risco, aos imunobiológicos especiais para prevenção das doenças que são objeto do Programa Nacional de Imunizações – PNI;
- Garantir os mecanismos necessários para investigação, acompanhamento e elucidação dos casos de eventos adversos graves e/ou inusitados associados temporalmente às aplicações de imunobiológicos.

1) Justificativa

A expansão 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 implantação 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, o CRIE conta com produtos imunobiológicos de moderna tecnologia e alto custo, com a finalidade de proporcionar melhor qualidade de vida à população. Segundo as Normas do Ministério da Saúde, o CRIE precisa ser implantado em uma unidade com atendimento de emergência. Assim, em 2011 foi estruturado uma unidade no Hospital Municipal Rocha Maia e outra no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, na Fiocruz.

2) Objetivo geral

Apoiar a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) na consolidação do Projeto dos Centros 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).

As propostas da SMS/RJ para os CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS são:

- Apoiar no desenvolvimento e aprimoramento dos processos de trabalho;
- Desenvolver as competências dos profissionais para o atendimento a essa clientela diferenciada.

3) Atribuições

- **Instituto Nacional de Infectologia (FIOCRUZ)**
 - o Fazer a gestão financeira do CRIE INI será de responsabilidade da Direção do Instituto.
- **Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS)**
 - o Fazer a gestão financeira do CRIE Hospital Municipal Rocha Maia. A gestão financeira do CRIE INI será de responsabilidade da Direção do Instituto;
 - o Integrar os responsáveis pelos CRIE e seus profissionais com outras instâncias estaduais e federais que competem à gestão de CRIE;
 - o Fornecer os insumos necessários para funcionamento: os imunobiológicos (vacinas e imunoglobulinas), seringas e agulhas;
 - o Fornecer capacitação especializada para os profissionais envolvidos caso necessário.
- **CRIE Hospital Municipal Rocha Maia e CRIE Instituto Nacional de Infectologia (INI/Fiocruz)**
 - o Fornecer espaço físico adequado para o funcionamento;
 - o Selecionar equipe técnica mínima composta de médico, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem para executar as atividades do CRIE;
 - o Funcionar diariamente e em tempo integral, com disponibilidade de imunobiológicos especiais nos casos de urgências, inclusive no período noturno, feriados e finais de semana;
 - o Alimentar e retroalimentar os Sistemas de Informações vigentes.

4) Objetivos Específicos - Apoio para consolidação dos CRIE

4.1) Apoio à gestão do projeto

Prover apoio por meio de contratos de serviços ou RH por CLT ou bolsas de extensão à gestão do Projeto.



4.2) Apoio a adequação da estrutura física

Manter estrutura física adequada, com ambientes de trabalho saudáveis, incorporando tecnologias necessárias ao fluxo de atendimento e informações esperadas.

4.3) Apoio ao desenvolvimento tecnológico

Prover os equipamentos necessários para operação da unidade, apoiar o desenvolvimento de profissionais para atuar e colaborar com a reorganização dos processos de trabalho.

4.4) Apoio logístico

Prover as condições de infraestrutura e insumos necessárias para o bom funcionamento da unidade apoiando a operacionalização das atividades propostas.

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

1) 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 sócio-culturais e psicológicos, para além dos biológicos, envolvidos no processo saúde-doença 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 atual momento, com perspectiva de continuidade de expansão nos próximos anos.

2) 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.

3) Objetivos gerais:

Fortalecer e qualificar a rede de APS do município do Rio de Janeiro por meio do desenvolvimento de ações ligadas a formação em serviço, com consequente ampliação da qualidade e do desempenho clínico assistencial, da custo-efetividade, 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.

Apoiar e subsidiar o processo de Formação de enfermeiros de família e comunidade para a Atenção Primária à Saúde altamente qualificados e resolutivos na prática clínica da APS, no que compete seu exercício profissional, com compromisso ético e político com a construção do SUS e com uma prática integradora e continuada, em equipe multidisciplinar, inserida nas comunidades, reconhecendo o processo de trabalho 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

4) 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)

Apoiar a gestão acadêmica e logística operacional relacionadas às ações desenvolvidas no PRMFC-SMS-Rio visando garantir a formação de médicos residentes do programa alinhados ao perfil de competências definido na resolução nº 1, de 25 de MAIO de 2015 da secretaria de educação superior do 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 e no currículo por competências da respectiva sociedade científica da especialidade [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 07 profissionais especialistas em MFC, sendo 02 coordenadores centrais com carga horária de 40 horas semanais e 5 coordenadores descentralizados por pólos, cada um com 20 horas semanais de trabalho dedicado. A coordenação do PRMFC-SMS/RJ é responsável pela gestão acadêmica e operacional para formação de 300 residentes de primeiro e segundo ano distribuídos por 120 equipes de saúde da família em 24 unidades de APS de 09 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 recredenciado 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.

- **Secretaria Acadêmica do PRMFC-SMS-RJ:**

Composta por quatro profissionais com atribuições administrativas ligadas as 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).

- **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 análise comparada de sistemas de saúde e para a pesquisa na 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 graduação 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/AdvancedCardiovascularLifeSupport/ACLS/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/aml5> entre outros.

- **Apoio especializado em Dermatologia e Psiquiatria (matriciamento):**

Viabilizado através da atuação presencial de profissionais especialistas em regime de apoio, distribuídos em escalas de cobertura para todos residentes, preceptores, equipes e unidades onde se desenvolve o PRMFC. Têm ênfase no desenvolvimento de competências para a ampliação da resolatividade clínico-cirúrgica ambulatorial no manejo das doenças e agravos mais prevalentes na APS do campo destas especialidades,

- **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 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 um servidor de internet.

- **Aquisição de material permanente e insumos:**

Para as unidades docente-assistenciais onde se desenvolve o PRMFC, visando a excelência formativa e a mais abrangente resolatividade 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 5 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 25 unidades de APS, 08 unidades de atenção hospitalar, 09 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).

Metas:

- Apoiar a formação de 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade (300 residentes por ano)
- Apoiar a formação de 100% dos preceptores (150 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 (300 residentes por ano)

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 seu acesso à preceptoría e aos respectivos processos formativos vigentes no mesmo.

Garantir que toda a estrutura, ambiência acadêmica e dinâmica de preceptoría estruturadas para a qualificação e o ótimo desenvolvimento das ações formativas ligadas ao PRMFC estejam disponibilizadas como cenários de estágio e treinamento aos alunos de graduação médica (na modalidade internato) das instituições de ensino superior conveniadas à SMS, e para acadêmicos de medicina bolsistas da SMS, que através de processo seletivo público estagiam em caráter extra-curricular na modalidade APS. Proporcionando assim um espaço de experiências sensibilizadoras, que despertem o interesse, influenciem e respaldem as decisões relacionadas às



futuras escolhas das trajetórias profissionais pela 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.

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.

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.

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:

- Entregar de 30 Trabalhos sobre Melhoria da Qualidade (TMQ) ao término do primeiro ano do programa.
- Entregar 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.

Produzir material acadêmico 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. Sistemas de Saúde, atributos da APS e Saúde Mental; e 6. Melhoria da Qualidade.

Ações desenvolvidas:

- Produção dos fascículos temáticos do MULTIPLICA.



- Estruturação de artigos por GT temático decorrente do trabalho acadêmico desenvolvido ao longo do ano.

Metas:

- Produção de 24 fascículos temáticos do MULTIPLICA.
- Produção de um livro com os artigos produzidos pelos GTs temáticos durante o ano.

Produto:

- Produção de 24 fascículos temáticos do MULTIPLICA.
- Entrega de um livro com os artigos produzidos pelos GTs temáticos durante o ano.

e) Apoiar a implantação e operacionalização do Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família da SMS e das IES conveniadas.

SUBPROJETO 5.3: PADRONIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS GERENCIAIS A PARTIR DOS MODELOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

1) Introdução

A rede municipal de Atenção Primária à Saúde sofreu expansão significativa nos últimos anos e a qualificação da atenção prestada nas Unidades de Saúde é considerada uma prioridade. A Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde - SUBPAV, juntamente com a Coordenadoria Técnica de Excelência Operacional (CTEO) gerencia tecnicamente as Coordenadorias Gerais das Áreas de Planejamento (CAP), e estas têm como competência de acordo planejar, programar, coordenar, supervisionar e controlar o desenvolvimento das ações da rede de serviços de saúde, em consonância com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

Atualmente a Coordenadoria Técnica de Excelência Operacional (CTEO) tem o papel de integrar e articular as ações estratégicas sob responsabilidade das CAPs, coordenar tecnicamente a programação das ações junto às Coordenadorias no desenvolvimento dessas ações no território, bem como na gestão de outros mecanismos gerenciais que favoreçam a criação, a implantação, o monitoramento e a avaliação de estratégias e ações da Atenção Primária em Saúde (APS).

Dando continuidade as ações iniciadas em 2017 pelo subprojeto 5.3 que era desenvolvido pela antiga SIAP (Superintendência de Integração das Áreas de Planejamento), que tinha como foco o estímulo à transmissão de informações e conhecimento adquirido nas atividades de educação permanente no território, bem como o monitoramento do compartilhamento dos conteúdos com os gestores, com as equipes nas unidades, temos o desafio de construir parcerias e ampliar o estímulo de desenvolvimento das ações locais de forma conjunta entre os gestores da SUBPAV, as CAPs e os profissionais da rede da APS.

2) Justificativa

A Rede da APS no MRJ expandiu para 70% da população, e com isso houve necessidade de qualificar e fortalecer a Gestão local. Buscando dialogar com as necessidades locais das CAPs a CTEO visa potencializar e capilarizar o trabalho de forma integral e uniforme, respeitando suas diferenças territoriais.

Neste sentido, buscamos aprimorar as ferramentas de educação permanente na Secretaria Municipal de Saúde-SMS que vem sendo desenvolvida desde 2010, com o intuito de melhor integrar as ações desenvolvidas, bem como propiciando um espaço privilegiado de discussão técnica entre gestores da SUBPAV, das CAPs e os profissionais da rede de Atenção Primária à Saúde - APS, no qual diretrizes são divulgadas, tecnologias são atualizadas e experiências são compartilhadas, com o foco de possibilitar melhor custo-benefício dos serviços prestados, na resolutividade e na satisfação do Usuário.

3) Objetivo Geral

Propiciar a interlocução entre gestores da SUBPAV, das CAPs e profissionais da rede de Atenção Primária à Saúde, com a criação de espaços que promovam práticas gerenciais que contribuam para a qualificação técnica da rede da APS e o aprimoramento das ações desenvolvidas nos territórios.



4) Objetivos específicos

- a) Potencializar a interlocução entre gestores da Rede e os gestores locais das CAPs;
- b) Oportunizar aos profissionais da APS, o aprimoramento técnico e a atualização sobre temas relevantes;
- c) Divulgar protocolos, informes, documentos técnicos, fluxos, rotinas para a rede de APS;
- d) Propiciar o alinhamento das ações desenvolvidas pela APS às diretrizes da SMS;
- e) Instigar a troca de experiências, o debate e a reflexão sobre as práticas gerenciais na APS;
- f) Contribuir para a qualificação do cuidado na rede de Atenção Primária à Saúde.

5) Ações Desenvolvidas

- Realizar encontros formativos regionalizados com o grupo gestor da SUBPAV, das CAPs e rede de profissionais da APS;
 - Realizar oficinas temáticas com foco no desenvolvimento de práticas gerenciais que proporcione um espaço de trocas para formação dos apoiadores a partir de suas vivências no território, contribuindo para a construção de produtos que possa melhorar o processo de trabalho nas CAPs.
- Apoiar a gestão local das CAPs na construção de um plano anual das ações estratégicas na Rede;
 - Encontros em formato de GT (grupo de trabalho) para construir o plano anual das ações estratégicas que tenham como foco a uniformização e padronização dos processos de trabalho no território.
- Assessorar tecnicamente as coordenações para discutir/construir/promover projetos, espaços, eventos, seminários e oficinas, que divulgue protocolos, informes, documentos técnicos, fluxos e rotinas para a rede de APS.
- Realizar seminário de avaliação das ações e estratégias desenvolvidas pelas coordenações e com as CAPs;
- Reuniões preparatórias para construção do Seminário;
- Elencar os indicadores quantitativos e qualitativos;
- Realização do Seminário;
- Apoiar e dar visibilidade as coordenações no desenvolvimento de práticas gerenciais que favoreçam o monitoramento e a avaliação de estratégias e ações da APS;
 - Fomentar a realização de ações intersetoriais com as CAPs e entre às CAPs;
- Fomentar o uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento das ações em saúde para compartilhamento de informações entre os gestores da SUBPAV e as CAPs;

SUBPROJETO 5.4: APOIO ÀS LINHAS DE CUIDADOS E PROJETOS ESPECIAIS

1) Justificativa

Existem inúmeras evidências na literatura do benefício da organização de sistemas de saúde a partir de uma APS forte e ordenadora da rede. A implantação e a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) do Rio de Janeiro na última década constituiu um avanço inegável à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município. Para expandir a cobertura de APS no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) no Rio de Janeiro, houve investimento de recursos financeiros em estrutura física, recursos humanos e gestão do conhecimento.

O planejamento estratégico para a gestão da APS deve incluir ações que visem à consolidação do modelo de atenção e da organização da RAS conforme diretrizes apoiadas nestas evidências e nas principais políticas de atenção à saúde do país, a exemplo das Diretrizes para a Organização das RAS no Âmbito do SUS (MS), de 2010, e da Política Nacional de Atenção Básica, revista em 2017. A prioridade deve ser a melhoria contínua da qualidade do trabalho, com o objetivo de obter impacto sensível e mensurável através de indicadores de

processo e resultado relacionados ao trabalho em APS e às principais linhas de cuidado que requeiram atenção especial da gestão.

O desenho de linhas de cuidado visa articular recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, voltadas para o indivíduo, sua família e comunidade, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Busca a coordenação do cuidado através da conexão de papéis e tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais” (BRASIL, Portaria nº 4.279, 2010). A implantação, execução e monitoramento de linhas de cuidado deve necessariamente envolver a Atenção Primária à Saúde (APS), que opera como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL, Portaria nº 4.279, 2010).

A APS carioca executa diversas ações em saúde, muitas pertencentes a linhas de cuidado específicas, de modo coordenado com outros pontos da RAS. Tais ações envolvem atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência a inúmeras condições agudas e crônicas, reabilitação e vigilância.

Para apoiar a execução de todas estas linhas, é fundamental que haja consolidação de dados, produção e divulgação de informações que sirvam como substrato para tomada de decisão, tanto no âmbito clínico quanto em esferas de gestão. A utilização de prontuários eletrônicos desde o início da implantação da rede, aliada ao uso de outros sistemas, oferece amplas possibilidades de trabalho em informação que gere elementos fundamentais ao direcionamento de políticas e ações em saúde, sendo este o objetivo principal deste subprojeto.

2) Objetivo Geral

- Apoiar a execução e o monitoramento de ações em saúde e linhas de cuidado executadas na APS, com ênfase no desenvolvimento de ferramentas digitais, produção e divulgação de informação para tomada de decisão.

3) Objetivos Específicos

- Desenvolver ambiente virtual de dados e informações que possibilite a utilização de informações em saúde, incluindo listas de usuários pertencentes a linhas de cuidado, para acompanhamento e vigilância;
- Apoiar a implantação do e-SUS AB na rede de APS;
- Mapear os bancos de dados do e-SUS AB para extração de informação em saúde utilizada para a gestão central, regional e local;
- Dar suporte à manutenção e atualização de dados em sistemas utilizados na rede (SISAB/SCNES/SIA/SISAB);
- Elaborar relatório regular de acompanhamento da produção ambulatorial e desempenho das equipes de APS (relatório “Minha Equipe”);
- Dar suporte de informação em saúde para respostas a demandas institucionais;
- Manter e atualizar a plataforma SUBPAV, incluindo o painel de indicadores;
- Acompanhar regularmente as rotinas de transmissão de dados a sistemas e bases estaduais e nacionais relacionados à APS;
- Desenvolver e manter de sistemas de apoio à gestão em saúde próprios conforme a necessidade da rede.
- Acompanhar os resultados de indicadores de saúde, com foco na integração de diversas fontes e painéis atualmente utilizados no município, promovendo o feedback para a gestão e a assistência.

4) Produtos vinculados:



- Plataforma SUBPAV;
- Painel de indicadores de desempenho da APS;
- Ambiente de listas de pacientes e linhas de cuidado;
- Plataforma “Onde Ser Atendido”
- Plataforma “Onde Tem Remédio”
- Ambiente para inserção de dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- Plataforma Bolsa Família e Cartão Família Carioca atualizada e operante;
- Sistema de Alta Referenciada (SISARE) atualizado e operante;
- Sistema de Gerenciamento de Visitas do Cegonha Carioca (SISCEGONHA) atualizado e operante;
- Relatório mensal “Minha Equipe”.

SUBPROJETO 5.5: APOIO A REGULAÇÃO AMBULATORIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

1) Justificativa

O município do Rio de Janeiro vem investindo na organização da regulação como forma de organizar a coordenação do cuidado e a garantia do acesso dos usuários aos demais níveis de atenção.

O SISREG ambulatorial é um sistema que se destina a regular as consultas ambulatoriais especializadas bem como os exames complementares.

As vagas para esse nível de complexidade são finitas e, portanto, o encaminhamento para consultas e a solicitação dos exames complementares deve ser uma conduta reservada apenas àqueles pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

No processo de reorganização torna-se necessário qualificar os profissionais da SMS Rio para o uso adequado do sistema, bem como, investir na qualificação tecnológica e suporte a este usuário.

2) Ações previstas

- Aprimorar o processo de contratualização interna das unidades de Atenção Primária na rede municipal de saúde;
- Acompanhar e analisar a oferta regulada – CMS e Policlínica;
- Construção de protocolos para o regulador;
- A equipe será composta de uma coordenação e oito técnicos de regulação.

SUBPROJETO 5.6: MELHORIA DA QUALIDADE ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

1) Justificativa

A avaliação do trabalho, o planejamento e a execução de ações visando à melhoria da qualidade de produtos ou serviços é uma prática comum em diversos ambientes profissionais.

Através destas ações, organizadas por iniciativa local (profissionais) ou central (administradores, governos), busca-se melhorar o desempenho e a eficiência dos processos de trabalho, com interesses diversos: economia de recursos, bem-estar do profissional, satisfação do usuário, sustentabilidade.

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) públicos do Rio de Janeiro integram um sistema de saúde gratuito e universal, com recursos limitados e uma grande pressão social e política por resultados. Sua implantação recente, embora traga desafios do ponto de vista da consolidação, traz também inúmeras oportunidades de melhoria. Trata-se de campo fértil para a aplicação de ferramentas de Melhoria da Qualidade, e nossa criatividade, aliada a este substrato, nos traz um grande potencial de sucesso em nossas intervenções. O modelo proposto para utilização por nossos serviços é o Modelo para Melhoria (Model for Improvement), produzida pelo órgão internacional Institute for Healthcare Improvement (Instituto de Melhoria da Qualidade) em 2009 e utilizado em grande número de países e instituições de saúde em todo o mundo. Seu objetivo é induzir a qualificação dos sistemas de saúde, perseguindo a Tripla Meta (Triple Aim), que consiste em:



- 1 - Melhorar a situação de saúde da população;
- 2 - Oferecer ao usuário uma ótima experiência de cuidado;
- 3 - Ser custo-efetivo.

Inspirados nesses referenciais, além de outros movimentos mundiais que atestam esta abordagem como promissora e efetiva, temos como objetivo aplicar ferramentas de Melhoria da Qualidade em nossos serviços de saúde. Trata-se de um processo transversal, que deve envolver as esferas da gestão municipal e os profissionais das equipes de saúde, que requer engajamento por parte de quem executa os serviços, sensibilidade e capacidade de motivação dos facilitadores e apoio técnico irrestrito dos órgãos técnicos e gerenciais.

Nesse cenário, os Seminários de Avaliação serão retomados, porém em novo formato, com ênfase na discussão dos Planos de Melhoria da Qualidade voltados para os resultados alcançados pelas equipes em seu processo de trabalho.

O objetivo deste projeto é promover ações que induzam à melhoria da qualidade nos serviços de APS, buscando o alcance da tripla meta.

2) Objetivo Geral

Desenvolver ações que induzam a melhoria da qualidade dos serviços de APS.

3) Objetivos Específicos

- Desenvolver e difundir, em conjunto com as coordenações técnicas, diretrizes clínicas e protocolos voltados para profissionais de atenção primária e secundária à saúde do município do Rio de Janeiro;
- Qualificar os processos de trabalho na APS e a execução de linhas de cuidado através da oferta de ferramentas de planejamento, gestão e monitoramento de ações;
- Otimizar a interação entre a APS e os demais pontos da RAS através do apoio à regulação ambulatorial, integrando a rede de serviços de saúde do município do Rio de Janeiro;
- Definição de rotina de análise dos dados de desempenho e elaboração de planos de melhoria da qualidade pelos gestores locais (CAP, Gerentes, Diretores, Responsáveis Técnicos), utilizando ferramentas específicas de MQ;
- Organização e monitoramento longitudinal da execução dos planos de trabalho de melhoria da qualidade, e de seus resultados em indicadores e metas pactuadas;
- Organização do Seminário Anual de Avaliação da APS para debate e divulgação do desempenho, planos de melhoria da qualidade e resultados da sua implantação;

4) Produtos vinculados

- Banco de planos de melhoria de qualidade sistematizados e organizados;
- Relatórios de acompanhamento de planos de melhoria da qualidade;
- Seminários anuais de avaliação da APS.

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

1) Justificativa:

Um dos grandes desafios para a consolidação da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro é o provimento e a fixação de profissionais nas equipes, especialmente os médicos.

O número ainda insuficiente de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade exige da gestão um olhar atento para a captação de novos profissionais. Além disso, o município do Rio de Janeiro apresenta grandes especificidades territoriais, com presença de áreas vulneráveis e situações de violência urbana.



Nesse sentido, a gestão municipal busca estratégias de monitoramento de vacância e aprimoramento de gestão de pessoas, incluindo a captação de profissionais, o desenvolvimento técnico destes, e a fixação dos mesmos nas equipes.

2) Objetivo geral

- Monitorar a vacância de médicos nas equipes de saúde da família e elaborar estratégias para a captação e fixação de profissionais.

3) Objetivo específico

- Geoprocessar informações relacionadas ao provimento de profissionais na rede de APS para facilitar a gestão e ações de melhoria.

SUBPROJETO 5.8: SUPORTE ESTRATÉGICO E GESTÃO EM SAÚDE (SEGS)

1) Justificativa

“Suporte Estratégico e Gestão em Saúde” (SEGS) nasce do subprojeto Ambiente de Saberes e Aprendizagens em Saúde” (ASAS). Tal como o subprojeto anterior, busca o fortalecimento do SUS e a promoção da saúde da população. Entretanto, seus eixos principais são: mapeamento e acompanhamento dos serviços prestados pelas unidades básicas de saúde; capacitação para a gestão das coordenações de área e unidades gerenciais de atenção primária, promoção de atividades educativas voltadas para os profissionais de saúde e desenvolvimento de tecnologias para o aprimoramento dos serviços prestados à população.

O SEGS se alinha ao estabelecido na Portaria nº 198 do Ministério da Saúde, de 13/02/2004, que propõe uma Política Nacional de Educação Permanente para o SUS. Tal como defende Almeida (1997), a educação permanente visa a “promoção de mudança institucional, fortalecimento das ações da equipe e transformações de práticas técnicas e sociais; tendo como pressuposto para realização uma pedagogia centrada na resolatividade de problemas e sendo realizada dentro do ambiente de trabalho, promovendo com isso a apropriação do saber científico e constituindo-se em responsabilidade da instituição de saúde a qual o profissional presta seus serviços”.

Utilizando diferentes estratégias, busca-se, com o subprojeto que detalhamos a seguir, o aprimoramento de nossos profissionais em seu próprio ambiente de serviço, para que identifiquem as demandas que surgem no cotidiano das unidades de atenção básica de saúde e estejam capacitados para apontar soluções em prol do incremento dos serviços ofertados à população.

2) Justificativa

Devido à crise que assola o país e, em especial, o Rio de Janeiro, observou-se uma maior procura pelos serviços de saúde públicos, mormente, as unidades de atenção primária. Tal aumento da demanda traz novas questões, que exigem respostas qualificadas dos profissionais que acolhem a população, não só no atendimento médico, como também em outros setores das unidades.

Além da maior procura pela rede básica de atenção à saúde, o sistema tem sido afetado por outras questões, tais como a complexa estrutura da rede de assistência; a limitação de recursos materiais disponíveis; a rotatividade de pessoal; a dificuldade de acesso dos profissionais de saúde a atividades educativas; problemas de mobilidade urbana e insegurança pública na cidade do Rio de Janeiro.

Desta forma, torna-se urgente o conhecimento do fluxo de funcionamento de nossas unidades básicas de saúde; o acompanhamento dos serviços prestados; a identificação das demandas específicas de cada unidade; o conhecimento da satisfação dos usuários face ao ofertado; a produção de aplicativos que auxiliem na gestão das unidades e na prestação de serviços; a promoção de ações de educação permanente, por meio de diversos formatos, que qualifiquem os diversos profissionais que atuam na rede em diferentes funções, mormente no campo da gestão, capacitando e desenvolvendo a autoestima dos trabalhadores.



3) Objetivo geral

- Aprimorar os serviços prestados à população na rede de Atenção Primária em Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

4) Objetivos específicos

- Mapear os serviços prestados pelas unidades básicas de saúde, a fim de conhecer a complexa estrutura do sistema;
- Acompanhar os serviços prestados pelas unidades básicas de saúde, identificando as demandas específicas;
- Desenvolver tecnologias que permitam mapear, acompanhar e identificar eventuais problemas nos serviços prestados pelas unidades básicas de saúde;
- Desenvolver tecnologias para o aprimoramento dos serviços prestados à população;
- Padronizar os serviços prestados à população em todas as unidades de atenção primária em saúde da cidade do rio de janeiro;
- Identificar, por meio de pesquisas de opinião periódicas, os problemas apontados pelos usuários sobre os serviços de saúde ofertados na rede de atenção primária em saúde da cidade do rio de janeiro;
- Analisar os problemas relatados pelos usuários dos serviços de saúde ofertados na rede de atenção primária em saúde da cidade do rio de janeiro;
- Identificar as necessidades de formação dos trabalhadores da rede de atenção primária em saúde da cidade do rio de janeiro;
- Construir estratégias e processos que qualifiquem a gestão e os serviços ofertados nas unidades de atenção primária para produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; • propor atividades de educação permanente que promovam a integração entre as atividades de gestão e os serviços de cuidado à saúde desenvolvidos na rede de atenção primária;
- Articular, nas atividades de educação permanente, a rede de atenção primária em saúde à promoção e vigilância da saúde;
- Estabelecer parcerias ou fortalecer as já existentes com escolas, faculdades, universidades, centros e institutos de pesquisa, sobretudo públicos, para o desenvolvimento de atividades de educação permanente;
- Capacitar os profissionais para a gestão das coordenações de área e unidades gerenciais de atenção primária para identificação de problemas e proposição de soluções;
- Promover atividades educativas voltadas para os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde, com diferentes formatos e utilizando diversas tecnologias, respondendo às demandas específicas de cada grupo profissional e área programática, almejando a padronização dos serviços prestados à população;
- Realizar a ampla divulgação de atividades promovidas pela sms para a promoção da saúde da população;
- Ampliar a visibilidade positiva da sms entre a população e dos próprios profissionais de saúde por meio das redes sociais e diferentes mídias;
- Estimular a divulgação de boas práticas desenvolvidas na rede de atenção primária;
- Criar estratégias para transformar conhecimentos individuais em conhecimento institucional;
- Avaliar, periodicamente, as diferentes atividades propostas, buscando adequá-las às demandas dos usuários e profissionais;
- Acompanhar e avaliar periodicamente as atividades realizadas pelos gerentes e apoiadores do segs;
- Manter a memória das atividades desenvolvidas;
- Elaborar relatórios mensais.

5) Atividades

- Realizar periodicamente pesquisas de opinião com os usuários da rede de Atenção Primária;



- Criar um canal para recepção de demandas de educação permanente dos profissionais atuantes da rede de Atenção Primária;
- Desenvolver, com o uso da tecnologia, recursos para o mapeamento, acompanhamento e identificação de problemas na rede de Atenção Primária;
- Desenvolver, com o uso da tecnologia, recursos para o auxílio à prestação de serviços de saúde para a população;
- Estabelecer diálogo permanente com a SUBPAV para a construção compartilhada de estratégias e iniciativas;
- Realizar reuniões periódicas com as caps para avaliação das atividades e proposição de estratégias de educação permanente;
- Institucionalizar parcerias com instituições de ensino e pesquisa;
- Estabelecer parcerias institucionais;
- Promover atividades de educação permanente buscando articular a rede de Atenção Primária em Saúde à promoção e vigilância da saúde;
- Organizar as atividades de educação permanente em parceria com instituições de ensino e pesquisa situadas no Rio de Janeiro;
- Organizar cursos; oficinas, seminários, etc, tanto presenciais como à distância, sobre temas relacionados à gestão das unidades e serviços de saúde oferecidos na rede de Atenção Primária;
- Elaborar pops da estrutura administrativa das unidades da rede de Atenção Primária em Saúde à promoção e vigilância da saúde;
- Divulgar por meio das redes sociais e do Boletim informativo as atividades promovidas pela SMS para a promoção da saúde e instituições parceiras;
- Empregar as redes sociais e estabelecer o diálogo com diferentes mídias para apresentar dados estatísticos, atividades de educação permanente; parcerias, boas práticas que venham a promover uma visão positiva da SMS;
- Integrar servidores que se destaquem por boas práticas às atividades de educação permanente;
- Divulgar por meio redes sociais e do Boletim informativo os trabalhos acadêmicos produzidos por servidores da rede de Atenção Primária;
- Manter registro textual e/ou audiovisual das atividades promovidas, tais como pesquisas de opinião, divulgação de campanhas de saúde, palestras, cursos, etc.
- Manter a infraestrutura dos polos;
- Elaborar formas de acompanhamento e avaliação das atividades de educação permanente;
- Produzir materiais textuais e audiovisuais para a educação permanente dos servidores e para a promoção da saúde entre a população;
- Elaborar textos acadêmicos para a apresentação dos resultados parciais e finais de pesquisas e demais ações realizadas na SUBPAV em congressos, simpósios, colóquios e para publicação em revistas qualificadas pela CAPES.

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

1) 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.¹ 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.⁴

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.³

2) 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.

Em 2017 devido à necessidade de reorganização administrativa e financeira, os subprojetos precisam de readequação. Diante disso o Subprojeto da SVS incorporou as ações de avaliação de desempenho, adequação de estruturas e processos da Vigilância Sentinela de Arboviroses e Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE).

3) Objetivos Geral

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.

4) Objetivos específicos:

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

- Manter a manutenção da investigação de óbitos nas 10 DVS. Está incluída neste processo de trabalho a implementação de investigação familiar por meio da ESF;
- Avaliar o desempenho do sistema online para digitação descentralizada das fichas- síntese da investigação de óbitos infantis, fetais, maternos e para a investigação de MIF, a fim de promover adequações necessárias;
- Qualificar causas externas e mal definidas de óbito por meio de investimento nos Núcleos Hospitalares de Vigilância em Saúde;
- Incrementar a qualidade dos endereços das bases do SINASC e do SIM pelo georreferenciamento, com a correção pela base de logradouros da cidade.

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

- Implantar, implementar e manter o Sistema de Informação de Notificação de Agravos online, conforme o EIXO 6;
- Apoiar a manutenção da infraestrutura (recursos humanos, material de consumo e serviços de apoio) da Rede Municipal de Vigilância em Saúde para o desenvolvimento de suas ações;
- Reavaliar o desempenho da Vigilância Epidemiológica na Rede Sentinela de Arboviroses e na Rede Sentinela Influenza (Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave), propondo mudanças para adequação dos objetivos e metas;
- Avaliar e qualificar as ações do Viva Continuo (Vigilância de Violências e Acidentes) nas 10 Divisões de Vigilância em Saúde.
- Fortalecer as ações de Vigilância Epidemiológica na Rede Sentinela de Influenza (Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave);
- Identificar a incidência e a prevalência de arboviroses na população atendida.

EIXO 3: Emergências de Saúde Pública

- 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;
- 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;
 - Atuar no manejo de riscos de saúde pública municipal, sendo um elemento facilitador da resposta coordenada;
 - 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;
 - Adotar, de forma ágil, as medidas adequadas para a investigação epidemiológica, profilaxia e bloqueio da disseminação de doenças (quando se aplica) e manutenção de equipe de resposta rápida;
 - 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;
 - 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;
 - 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 atraíam um elevado contingente de pessoas vindas de todas as partes do país e/ou mundo.

EIXO 4: Vigilância Ambiental em Saúde (VAS)

- Desenvolver um Sistema de Informações para o registro do trabalho de campo dos Agentes de Vigilância em Saúde – SISVAS, conforme descrito no eixo 6;
- Analisar os resultados a partir da reorganização da estrutura local e fluxos de trabalho da VAS a fim de alinhar com o desenvolvimento do Sistema de Informações;
- 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.

EIXO 5: 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;
- Gerir os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES) do Hospital Municipal Rocha Maia e dar diretrizes técnicas para o Instituto Nacional de Infectologia/Fiocruz, para atendimento das indicações de imunização em situações especiais;
- 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 232 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 232 salas de vacinação do Município, para otimização da notificação oportuna, descentralização de ações de condutas e monitoramento contínuo da vigilância de EAPV.

EIXO 6: Gestão Estratégica de Informações e Sistemas de Saúde:



- Implantar a Assessoria de Gestão Estratégica de Informações e Sistemas de Saúde (AGEISS), nas instalações da Vigilância em Saúde no Centro de Operações Rio – COR;
- Desenvolver, manter e aperfeiçoar Sistemas de Informação de interesse da Vigilância em Saúde, como SINAN, SISVAS, dentre outros, garantindo a segurança e a integralidade da informação;
- Estabelecer parcerias com Fundações e Universidades envolvidas com processos de Vigilância em Saúde, como estudos clínicos, desenvolvimento de modelos matemáticos, gestão do conhecimento, engenharia de produção e outros domínios para integração e melhora do desempenho da Vigilância em Saúde;
- Desenvolver e implantar modelos de avaliação da Vigilância em Saúde.

5) Desenvolvimento

Esse projeto de intervenção será executado no período de Dezembro de 2019 a Novembro de 2020.

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).

6) Recursos necessários

DVS/Serviços de Vigilância em Saúde:

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

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

Necessidade de 03 técnicos de nível médio 40 horas, sendo:

- 01 administrativo;
- 01 técnico de enfermagem;
- 01 agente de vigilância em saúde egresso do Proformar para apoio às ações de Vigilância Ambiental em Saúde da área.

S/SUBPAV/SVS - Nível Central:

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

- 01 para atuar no Programa de Imunizações;
- 01 para atuar na Vigilância de Agravos Agudos Transmissíveis;
- 01 para atuar na Vigilância de Violências e Acidentes;
- 01 para atuar nos Dados Vitais;
- 01 para atuar na Vigilância Ambiental em Saúde;

Necessidade de 02 técnicos de nível médio 40 horas.

SUBPROJETO 6.1.1: VIGILÂNCIA SENTINELA DE ARBOVIROSES

1) Introdução

O Município do Rio de Janeiro (MRJ) tem características propícias para a transmissão das arboviroses, como tem sido documentado ao longo das últimas décadas de endemia de Dengue, e recentemente, com as epidemias de Zika e Chikungunya.

A re-emergência da Febre Amarela no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro, assim como as arboviroses em circulação no País e no mundo, ameaçam a população carioca.

As transformações ambientais, a rapidez das viagens numa sociedade globalizada e as condições climáticas favoráveis ao vetor, em populações susceptíveis, criam cenários de epidemias em potencial, cuja identificação oportuna tem importância estratégica para a sociedade.



Embora essa ação se enquadre no escopo do *Subprojeto 6.1: Qualificação das ações e informações de Vigilância em Saúde, no Eixo 2: Vigilância Epidemiológica*, optou-se por escrever um novo subprojeto, tendo em vista a relevância e a magnitude da situação das arboviroses na Cidade do RJ, nos últimos 2 anos, e a necessidade de monitoramento do comportamento das mesmas, bem como a possibilidade da entrada de novas ou da re-emergência de outras.

Entre outras ações da vigilância epidemiológica, o controle de vetores tem relevante papel no capítulo das arboviroses. O controle vetorial clássico vem se mostrando ineficaz frente às intensas mudanças ambientais, notadamente, a urbanização maciça e globalização dos transportes de pessoas, animais e *commodities*. Dentre as estratégias inovadoras para o controle vetorial, o programa global *Eliminate Dengue*, recomendado como alternativa no combate as arboviroses pela OMS, utiliza mosquitos (*Aedes aegypti*) infectados com a bactéria Wolbachia para reduzir a capacidade de transmissão de Dengue, Chikungunya, Febre Amarela e Zika.

No Brasil, o Eliminar a Dengue Brasil (EDB), é uma colaboração da Fiocruz com o Ministério da Saúde e Universidade Monash com apoio da Fundação Gates, e está em fase de expansão e avaliação no MRJ, num convênio firmado entre o EDB e a SMS/RJ.

Nesse projeto de Vigilância Sentinela, o EDB financiará insumos de diagnóstico molecular, e apoio de Tecnologia de Informação para configurar e implementar um sistema de resultados laboratoriais oportuno e acessível pelas unidades.

2) Justificativas

A Vigilância Epidemiológica do MRJ, para atender as decisões do direcionamento da gestão da Saúde Pública, demanda a detecção contínua, sistemática e oportuna das arboviroses em circulação na cidade.

O modelo de Vigilância Sentinela proposto, baseado em definição sindrômica de caso, realizado em unidades de saúde localizadas em todas as Áreas de Planejamento (AP), cumpre a necessidade de acompanhamento do perfil epidemiológico das arboviroses na população para tomada oportuna de decisões.

As questões técnicas e operacionais seguirão os princípios descritos nesse projeto, podendo ser atualizadas de acordo com o monitoramento e análise dos resultados.

Por tratar-se de um cenário epidemiológico e científico dinâmico, e sabendo que as doenças têm comportamento sazonal, é esperada uma grande variação da atividade das arboviroses, no período de vigência do projeto. Além do caráter sazonal é possível também que as doenças tenham comportamentos diferentes nas áreas da Cidade, em função da população suscetível, condições sociais e de meio ambiente.

Com potencial entrada de outros patógenos e desenvolvimento de novos testes, é essencial que o projeto tenha avaliações e ajustes periódicos. Caso durante a execução do projeto sejam necessárias mudanças ou acréscimos de objetivos e/ou métodos, ou alterações no financiamento, caberá a Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) definir tais ajustes. Citamos aqui que nos períodos de baixa atividade das arboviroses na Cidade, não esperamos que as metas de identificação de casos suspeitos sejam alcançadas. E no cenário de epidemias o trabalho da Vigilância Sentinela poderá ser suspenso temporariamente.

AP	UNIDADES SENTINELA
	(Foram definidas pelo menos uma Unidade por Área Programática (AP))
1.0	CMS Fernando Antônio Braga Lopes
2.1	CER Leblon
2.2	CMS Maria Augusta Estrella
3.1	CF Zilda Arns
3.2	Policlínica Rodolpho Rocco
3.3	HM Francisco da Silva Telles
4.0	CER Barra
5.1	CER Realengo
5.2	CER Campo Grande
5.3	CMS Emydio Cabral

3) Objetivos



- a) Atualizar a estrutura e os processos da Rede de Vigilância Sentinela de Arboviroses, formalizando institucionalmente as atividades como sistemáticas e contínuas da Vigilância em Saúde;
- b) Melhorar o desempenho da Vigilância Sentinela, por meio de investimentos em recursos humanos, logística e equipamentos;
- c) Atender a demanda de reconhecimento oportuno da incidência, evolução clínica e laboratorial das arboviroses em circulação, e de potenciais agentes emergentes (Mayaro, Oropuche), e reemergentes (Febre Amarela) nos territórios;
- d) Avaliar continuamente a situação epidemiológica por meio da análise das características clínicas das populações afetadas, dos resultados laboratoriais, e dos processos de rotina da Vigilância Epidemiológica.

4) Desenvolvimento

Eixo 1: Vigilância Epidemiológica dos Casos

A publicação e atualização do Protocolo Clínico da Vigilância Sentinela, em anexo, em conformidade com as diretrizes nacionais e a necessidade do MRJ, bem como a vigilância dos casos, são de responsabilidade da SMS/RJ, por meio da Superintendência de Vigilância em Saúde e sua estrutura.

As ações do projeto descritas transcorrem integralmente dentro das rotinas de assistência e vigilância do SUS no MRJ, com exceção dos processos moleculares e sorológicos de diagnóstico, que estão destacados no **Eixo 2**, e que serão desenvolvidas pelo Laboratório Operacional de Vigilância de Arboviroses.

A Rede de Vigilância em Saúde e as equipes de Atenção Primária são os executores das ações de Vigilância nos territórios, como a qualificação e supervisão das equipes locais nos processos de identificação de casos, coleta, processamento e transporte das amostras e investigação hospitalar ou ambulatorial dos casos suspeitos.

Entende-se por Rede de Vigilância em Saúde todas as instâncias da SMS/RJ envolvidas com o controle e monitoramento de doenças e agravos, como o nível central da Vigilância (SVS), as Divisões de Vigilância em Saúde (DVS) nas Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP), os Serviços de Vigilância em Saúde (SVS) e os Núcleos de Vigilância Hospitalar (NVH). Destaca-se que cada Unidade Sentinela tem um Serviço de Vigilância em Saúde de referência na área, diretamente responsável pelo acompanhamento clínico, epidemiológico e laboratorial dos casos, devendo atuar integrado com as equipes de Atenção Primária para seguimento dos casos.

1. A partir da definição de caso, a Unidade Sentinela atende o usuário do SUS dentro de sua rotina assistencial, procede à NOTIFICAÇÃO do caso com data de início dos sinais e sintomas, e a sua descrição clínica;
2. A seguir, COLETA, PROCESSAMENTO, GUARDA E MANUTENÇÃO das amostras biológicas;
3. Preparo para transporte oportuno e seguro para o Laboratório, dentro das normas de transporte das amostras biológicas;
4. O seguimento clínico do usuário prossegue de acordo com o Protocolo Clínico das Arboviroses, publicado na Rede de Atenção Primária e na Rede de Urgência e Emergência;
5. O resultado laboratorial é considerado oportuno quando liberado em até sete dias do recebimento, por meio de sistema compartilhado com as Unidades de Saúde;
6. A Rede de Vigilância em Saúde encerra o caso com resultado confirmando algum diagnóstico. Para os casos com resultado NEGATIVO, contatar para identificação de evoluções clínicas que esclareçam no encerramento, ou que indiquem a necessidade de coleta de uma SEGUNDA AMOSTRA. Uma parcela das amostras poderá ser enviada a outro laboratório para reteste, a critério da SVS.
7. Processamento e análise contínuos e sistemáticos dos dados para ações oportunas de Vigilância em Saúde nos territórios e no município.

Amostras Biológicas: Recomenda-se que cada unidade identifique **20 indivíduos** que atendam a definição de caso, por semana, com coleta de sangue e urina dos pacientes elegíveis.



Amostra de Sangue: São necessários coletar 2 tubos de plástico de 5 ml, sem anticoagulante, com gel separador (Tubo Amarelo).

Amostra de Urina: São necessários 5 ml (em menores de 5 anos é possível realizar com pelo menos 2 ml).

Armazenamento e transporte das amostras: A cargo de empresa especializada em transporte de amostras biológicas

As amostras serão conservadas em geladeira, em temperatura entre 2 e 8°C até o momento de enviar ao Laboratório, até 24 horas após a coleta, por meio de empresa especializada, a ser contratada, para o transporte de amostra biológica.

Enviar GUIA DE REMESSA (modelo no protocolo), correta e completamente preenchida junto com as amostras. No recebimento o profissional do laboratório fará a conferência e a amostra que NÃO estiver em conformidade com esse padrão de identificação será descartada segundo protocolo do laboratório.

Eixo 2. Laboratório Operacional de Vigilância de Arboviroses

Amostras de soro com coleta até o 5º dia do início dos sintomas: Serão testadas para arboviroses através de pesquisa molecular (PCR). De acordo com a apresentação clínica e histórico de viagem, além de Dengue, Zika e Chikungunya, outras arboviroses poderão ser testadas.

Amostras de soro com coleta entre o 6º e 10º dia do início dos sintomas: Serão testadas para arboviroses através de sorologia (IgM); na eventualidade de todos os exames sorológicos serem negativos, outras arboviroses ou doenças poderão ser investigados com outras sorologias.

Amostra de urina: Serão testadas apenas para **Zika vírus**, através de pesquisa molecular (PCR).

Outras atribuições do Laboratório:

1. Avaliar a qualidade das amostras na recepção, determinando a conformidade da identificação;
2. Liberar resultados em até sete dias a partir do recebimento, em sistema de informação próprio, com laudo para ser entregue ao usuário. O Sistema de Informações para a liberação de resultados deverá ser no formato acordado com a SVS e conter campos tais como o nº do SINAN, CPF, nome da mãe, dentre outros, compatíveis com sistemas de informações oficiais em uso na rotina dos serviços;
3. Contribuir para a identificação de problemas ou limitações que possam estar comprometendo os resultados;

5) Recursos necessários

Supervisão do Trabalho de Campo:

- Recursos Humanos, na modalidade de bolsa:
 - 1 enfermeiro 40h para supervisão a todas as Unidades;
- 1 carro com motorista e combustível para supervisão do trabalho de campo.
- Transporte de Amostra:
- Contrato de empresa de transporte de amostra biológica, para uma rota a ser definida, sendo possível juntar 2 AP para cada rota.

Unidades Sentinela:

- Equipamentos (para cada unidade):
 - 1 geladeira;
 - 1 centrífuga;
 - 1 computador;
 - 1 impressora;
 - 1 mesa;
 - 1 cadeira.
- Recursos Humanos (para cada unidade), na modalidade de contratação CLT:
 - 1 enfermeiro 30 h
 - 1 coletador 30 h;
- Material de consumo, custeio e manutenção.



Laboratório Operacional de Vigilância:

Parceria com o Laboratório Central Noel Nutels (LACEN- RJ) para análise das amostras coletadas pelas Unidades Sentinelas de Arbovirose.

Observação: Como já descrito anteriormente, o cenário das arboviroses é dinâmico, e de acordo com a necessidade do laboratório e em função do número de casos/amostras, a SMSRJ poderá fazer um incremento na estrutura de RH, insumos ou equipamentos, conforme avaliação conjunta, a partir de superávit gerado no projeto.

SUBPROJETO 6.2: CURSO TÉCNICO DE AGENTES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1) 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.

2) Objetivo Geral

Apoiar Curso Técnico de Agentes de Vigilância Ambiental em Saúde (CTAVS).

3) Objetivos Específicos

- a) 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;
- b) 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;
- c) Contribuir para formação de trabalhadores-cidadãos comprometidos com as novas práticas em saúde e com os avanços tecnológicos do SUS;
- d) 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 NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

1) Justificativa

Muitos dos determinantes sociais de saúde e das iniquidades nas populações têm origens ambientais, sociais e econômicas que estão para além da influência direta das políticas de saúde e da ação direta do setor saúde. Dessa forma reduzir as iniquidades em saúde deve estar no centro do desenvolvimento de qualquer política. Isto requer reorientar os serviços de saúde para assegurar a cobertura e o acesso universal à saúde e fortalecer o papel do setor saúde em construir alianças com outros setores para implementar políticas e intervenções globais em prol da resolução dos problemas de saúde e da melhoria da qualidade de vida.



A atenção primária é uma estratégia inclusiva, ampliadora de acesso, coordenadora dos cuidados e da promoção à saúde. Para que seus objetivos sejam alcançados plenamente é necessário que as populações mais vulneráveis tenham acesso e adesão aos seus serviços. A reforma da atenção primária no município do Rio de Janeiro impõe o desafio de revisão dos modos de produção da saúde a partir das práticas 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 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 à informação, conhecimento e trocas de experiências exitosas.

Dentre os objetivos da promoção em saúde estão o desenvolvimento e consolidação de políticas que garantam o acesso e a inclusão de grupos mais vulneráveis. Dessa forma, há alguns anos vimos dando prioridade a ações e projetos alinhados com a Política Nacional de Promoção da Saúde - Ministério da Saúde que preconiza: o estabelecimento de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço da ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades pessoais para a produção de autonomia e a reorientação dos serviços de saúde.

O trabalho para a redução das desigualdades étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação sexual, requer um profundo investimento nas ações políticas - de conscientização e de defesa dos direitos humanos - e de educação em saúde. Um importante desafio diante das iniquidades é desenvolver estratégias que incorporem ações privilegiando e dando visibilidade às populações reconhecidamente vulneráveis. A população negra, os quilombolas, a população LGBT, a população institucionalizada, a população que vive em situação de rua, e outros grupos em desvantagem social exigem tomadas de decisão do poder público e da sociedade em defesa da vida de todos.

2) Objetivo Geral:

Desenvolver projetos e ações de apoio à política de promoção de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde desenvolvidos na rede de atenção primária municipal.

3) Objetivos Específicos:

- a) Apoiar ações de mobilização e campanhas de saúde pública para profissionais de saúde e população em geral;
- b) Apoiar projetos de promoção do protagonismo e inclusão social das populações mais vulneráveis (projetos de inclusão social e redução de iniquidades);
- c) Promover a realização de cursos e oficinas com foco na qualificação dos profissionais da rede de atenção primária para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde nos territórios, considerando os determinantes sociais da saúde
- d) Elaborar conteúdo técnico, diagramar e reproduzir materiais educativos, sites, informes, boletins, jogos, revistas, vídeos e cartilhas para subsidiar o trabalho de educação e comunicação em saúde das equipes de saúde da família

4) Competências e recursos necessários para desenvolvimento das ações:

- habilidade para elaboração de conteúdo técnico para sites, informes, boletins, atividades e materiais educativos, revistas, vídeos e cartilhas para subsidiar o trabalho de educação em saúde das equipes de saúde da família;
- habilidade para a realização de cursos e oficinas voltados para a qualificação de trabalhadores da atenção primária em promoção da saúde, considerando os condicionantes sociais da saúde;
- sensibilidade psicossocial para a realização de atividades de promoção da saúde em grupos específicos e vulneráveis (projetos de inclusão social);
- capacidade avaliativa e conhecimento sobre sistemas e ferramentas de informação;



- apoio Logístico: gráfica, impressão, diárias, passagens, material de apoio, material didático, transporte e equipamentos diversos.

S/SUBPAV/CTPS/CES/Assessoria de Atividade Física:

Necessidade de 05 técnicos de nível superior em Educação Física 40 horas, sendo:

- 01 para atuar na coordenação do Programa Academia Carioca (Avaliação de Processos, Serviços e Gestão da Informação);
- 01 para atuar no Monitoramento de Práticas Corporais e Atividade Física nas Unidades de Atenção Primária;
- 01 para atuar na Organização das Práticas do Profissional de Educação Física no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica;
- 01 para atuar no Planejamento e Acompanhamento das Ações de Promoção da Saúde;
- 01 para atuar no Acompanhamento da Produção dos Procedimentos atribuídos ao Profissional de Educação Física na Saúde.

S/SUBPAV/CTPS/CES/Assessoria de Alimentação e Nutrição:

Necessidade de 01 técnico de nível superior em Nutrição 30 horas, para:

- 01 para atuar na Coordenação de Ações de Segurança Alimentar.

Necessidade de 01 técnico de nível superior em Agronomia 30 horas, para:

- 01 para atuar no Planejamento, Organização e Acompanhamento do Preparo e o Cultivo do Solo das Hortas Comunitárias.

S/SUBPAV/CTPS/CES/Assessoria de Controle do Tabagismo:

Necessidade de 02 técnicos de nível superior 40 horas, sendo:

- 01 para atuar no Monitoramento de Ações realizadas pelos Grupos de Tratamento do Tabagismo nas Unidades de Atenção Primária;
- 01 para atuar na Educação Permanente e Formação de Multiplicadores em Controle do Tabagismo e Promoção da Saúde.

S/SUBPAV/CTPS/CSE/ Programa Saúde na Escola Carioca:

Necessidade de 02 técnicos de nível superior 40 horas, sendo:

- 01 para atuar na Implementação e Acompanhamento das Ações realizadas pelos Programas Crescer Saudável e Saber Saúde;
- 01 para atuar na Gestão dos Núcleos de Saúde na Escola e na Creche e Classe Hospitalar.

S/SUBPAV/CTPS/CPAI/Núcleo de Promoção da Violência e Prevenção das Violências:

Necessidade de 01 técnico de nível superior 40 horas, para:

- 01 para atuar na Articulação e Organização dos Grupos Articuladores Regionais.

S/SUBPAV/CTPS/CPAI/Núcleo de Saúde da População Negra:

Necessidade de 01 técnico de nível superior 40 horas, para:

- Para atuar na perspectiva do cuidado centrado na qualificação do atendimento e na redução das desigualdades com base no SUS e na Política Nacional Integral da População Negra.

S/SUBPAV/CTPS/CPAI/Sistema de Comunicação e Informação:

Necessidade de 02 técnicos de nível superior 40 horas, sendo:

- 02 para atuar na Análise de Situação de Saúde de todas as áreas técnicas;
- 01 para atuar na Gestão de Ferramentas de Comunicação Mídias Sociais.



SUBPROJETO 6.4: AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

1) Introdução

Estudos mostram que a tuberculose é uma doença que possui forte determinação social. De acordo com o Instituto Pereira Passos, o CENSO 2010 mostrou que a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais no Município do Rio de Janeiro é de 2,9% e que apenas 50% da população possui onze ou mais anos de estudo¹. A correlação entre baixa escolaridade e desfecho desfavorável no acompanhamento de casos de tuberculose é fato conhecido e relatado na literatura.

A distribuição dos casos de tuberculose na cidade do Rio de Janeiro é heterogênea. A taxa de incidência no município é de 94/100.000 habitantes, mas em determinadas regiões a incidência se apresenta mais elevada, como por exemplo, taxa de 424/100.000 no bairro da Rocinha ou de 625/100.000 no bairro do Jacaré. Tais informações corroboram a estreita relação entre áreas de concentração da doença e condições socioeconômicas desfavoráveis. Alguns outros grupos populacionais possuem maior vulnerabilidade para adoecer devido às suas condições de vida e saúde, além de maior probabilidade de apresentar um desfecho desfavorável para seu tratamento.

A expansão da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro nos últimos anos culminou com a cobertura territorial pela Estratégia Saúde da Família de cerca de 70% da população. Ainda há, no entanto, dificuldade em se obter bons indicadores relacionados ao controle da tuberculose na cidade. Indicadores como incidência, prevalência, mortalidade, abandono de tratamento, proporção de cura e incidência de doença multirresistente permanecem insatisfatórios.

Diante deste cenário, esta Superintendência, compreendendo a recém-implantada rede de atenção primária à saúde como potencial substrato para ações efetivas de cuidado e intervenções necessárias, propõe a execução de um projeto direcionado ao aumento da qualidade das ações de atenção à tuberculose com ênfase nas pessoas com baixa escolaridade, pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e pessoas vivendo em situação de rua, considerando que esta seja a categoria em que a cura é mais dificilmente atingida. Como ações adjuvantes na melhoria do índice de cura, pretende-se efetivar a qualidade do diagnóstico e acompanhamento laboratorial dos pacientes com base em exames bacteriológicos (teste rápido molecular, baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade a antibióticos) e na identificação laboratorial de cepas resistentes do bacilo.

Estas propostas estarão integradas às ações sistemáticas do programa de controle de tuberculose do município, sendo consoantes com o respeito à dimensão de determinantes sociais que integra a Política Nacional de Controle da Tuberculose.

2) Objetivo Geral

Aumentar a qualidade de atenção aos casos de tuberculose do município do Rio de Janeiro, com ênfase nas pessoas que apresentam baixa escolaridade (definida por menos de quatro anos de ensino), PVHA e pessoas vivendo em situação de rua.

3) Objetivos Específicos

- a) Monitorar as práticas de diagnóstico e seguimento de casos de tuberculose, com ênfase na solicitação, interpretação e registro de exames laboratoriais bacteriológicos (teste rápido molecular, baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade a antibióticos) e identificação laboratorial de cepas resistentes;
- b) Implantar novas estratégias de educação permanente para os profissionais da rede municipal visando estimular a atualização, capacitação e boas práticas;
- c) Implantar novas estratégias de comunicação para a população visando aumentar a visibilidade e conhecimento da doença para a população.
- d) Melhorar a qualidade dos sistemas informação para tomada de decisão mais oportuna.

4) Ações

As seguintes ações, para a qualificação da atenção aos pacientes com tuberculose, serão desenvolvidas:



- Equipar e garantir insumos para os laboratórios para realização de cultura, TRM e BAAR;
- Monitorar e qualificar os laboratórios para realização de cultura, TRM e BAAR;
- Descentralizar a realização da cultura e TSA para mais um laboratório de referência (IDT-UFRJ) por meio da contratação de um técnico de laboratório;
- Garantir a realização de cultura e TSA (MGIT /LJ) em tempo adequado;
- Criar cinco referências para realização de escarro induzido;
- Aumentar a oferta de broncofibroscopia para diagnóstico de doenças pulmonares;
- Criar referência municipal para investigação de tuberculose pleural;
- Desenvolver plataformas digitais para aprimoramento técnico das equipes de atenção primária;
- -Garantir a manutenção da plataforma digital;
- -Garantir aprimoramento técnico das equipes de atenção secundária;
- -Promover oficinas de conteúdo técnico e operacional aos apoiadores da linha de cuidado da tuberculose nas CAPs;
- - Promover oficinas de conteúdo técnico e operacional para os profissionais da atenção secundária e Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
- -Implementar ações de comunicação, advocacy e mobilização social para ampliar a visibilidade da doença e adesão ao tratamento por meio da produção de impressos, vídeos, gifs e fornecimento de incentivos a população vulnerável;
- -Impulsionar gifs e vídeos nas mídias sociais;
- -Estimular a busca da infecção latente da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV por meio de campanha nas mídias sociais;
- -Aprimorar a análise dos indicadores relacionados à tuberculose por meio de contratação de epidemiologista;
- -Monitorar os exames registrados no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e elaborar relatórios gerenciais por meio da contratação de um técnico administrativo;
- -Criar sistema de informação para ILTB;
- -Elaborar anualmente um boletim epidemiológico para divulgação da situação da tuberculose no município, por área de planejamento e unidade de saúde;
- - Elaborar e executar projeto de pesquisa para avaliação do resultado da oferta prévia do teste rápido para HBV e HCV no desfecho do tratamento para tuberculose com objetivo de evitar desfechos adversos por hepatotoxicidade;
- - Elaborar projeto de pesquisa para avaliar a prevalência de micobactérias não tuberculosas entre os casos suspeitos de tuberculose investigados nos laboratórios de micobactérias com a finalidade de sugerir estratégias para diagnóstico tardio;
- -Elaborar projeto de pesquisa para avaliar o desfecho de tratamento dos casos de tuberculose com resistência à isoniazida que utilizaram o esquema básico e qual o perfil desses usuários com o objetivo de evitar indução de resistência às drogas.

5) Desenvolvimento

Os produtos serão apresentados trimestralmente por meio de relatórios escritos. A cada 12 meses um relatório de avaliação do projeto, com a descrição das metas e dos resultados alcançados, será apresentado.

Referências:

1. Rio em Síntese. IPP. Disponível em: <http://pgeo/mlateral/SinteseRio.asp>. Acesso em: 8 de junho de 2017.
2. Fatores Associados ao Abandono de Tratamento da Tuberculose no Paraná - Mara Cristina Ribeiro Furlan, Simoni Pimenta de Oliveira, Sonia Silva Marcon - Acta Paul Enferm. 2012;25(Número Especial 1):108-14.
3. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil -Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília/DF- 2011.



4. Guia de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – 1ª edição atualizada – Brasília/DF – 2016.
5. Guia de Referência Rápida em Tuberculose – 1ª edição – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – 2016
6. Nota Informativa 09/2014 – Recomendações para o Diagnóstico da Tuberculose pelo Teste Rápido Molecular - Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – Ministério da Saúde – 2014.
7. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

1) Introdução

A rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro modificou-se substancialmente nos últimos anos atingindo a uma cobertura de cerca de 70% da população. A cidade, reconhecida como referência na atenção à pessoa com HIV, precisa adaptar a sua política de assistência a este agravo ao redimensionamento e mudança paradigmática de sua rede, já que a mesma passa a ser coordenada pela APS, incorporando este atributo à execução desta linha de cuidado. O mesmo conceito se aplica às outras doenças infecciosas prevalentes, como as hepatites virais B e C e as outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).

2) Objetivo Geral

Qualificar a atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, hepatites virais, sífilis e demais infecções sexualmente transmissíveis (IST) na rede de atenção primária na cidade do Rio de Janeiro, incluindo o acesso aos serviços especializados e as ações de prevenção e promoção da saúde voltadas a estes agravos.

3) Objetivos Específicos

- a) Promover e aprimorar a qualificação das equipes por meio de apoio técnico permanente visando qualificar o cuidado dispensado à população carioca pela rede de atenção primária à saúde;
- b) Investir na qualidade do diagnóstico das IST, HIV/Aids e hepatites virais B e C na rede de atenção primária à saúde;
- c) Qualificar a análise dos dados e a produção de informação em IST/Aids e hepatites virais para todos os segmentos, de acordo com suas necessidades;
- d) Implementar as ações de prevenção das IST/Aids e hepatites virais B e C, com foco nas populações prioritárias, incluindo o apoio às OSC (Organizações da Sociedade Civil) parceiras em suas iniciativas.

4) Ações

- Implantar e/ou implementar a testagem rápida para sífilis, HIV e hepatites B e C na rede de atenção à saúde e em outros setores sociais estratégicos;
- Garantir o diagnóstico laboratorial confirmatório e de acompanhamento de tratamento da sífilis, hepatites B e C e HIV em rede própria, terceirizada, conveniada ou referenciada;
- Qualificar a atenção às pessoas com HIV/Aids, sífilis e hepatites virais B e C na rede de Atenção Primária e Secundária do município do Rio de Janeiro, fortalecendo o papel das equipes de Saúde da Família no cuidado;
- Revisar a linha de cuidado das IST/AIDS e hepatites virais B e C, segundo as atualizações dos protocolos clínicos do Ministério da Saúde, contribuindo para a atualização das equipes de Saúde da Família no cuidado;
- Revisar os protocolos de regulação das IST/AIDS e hepatites virais B e C;
- Apoiar a implantação dos protocolos clínicos e de regulação relacionados às linhas de cuidados das hepatites B e C e HIV/Aids na rede de atenção à saúde em seus diversos pontos;



- Definir profissionais que servirão como referências técnicas e bases operacionais para apoio ao profissional generalista no cuidado ao HIV/Aids, hepatites virais e sífilis. Serão cinco especialistas em infectologia, um para cada duas áreas de planejamento (1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3), que estarão baseados nas CAP e frequentarão as Unidades de Saúde proporcionando apoio técnico com adequadas frequência e sustentabilidade, trabalhando de forma integrada com os NASF;
- Elaborar materiais educativos e informativos para os profissionais de saúde e portadores de IST/AIDS, sífilis e hepatites virais B e C, bem como para outros segmentos da sociedade de acordo com as necessidades identificadas pelas Linhas de Cuidados;
- Intensificar, descentralizar e qualificar as ações de promoção e prevenção das IST / AIDS e hepatites virais B e C;
- Aumentar o acesso da população sexualmente ativa aos insumos de prevenção (preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante);
- Informar a população e qualificar a atenção na política de prevenção combinada, estratégia que objetiva reunir opções de prevenção que possam reduzir o número de novas infecções pelo HIV;
- Apoiar ações e eventos relacionados à prevenção de IST/AIDS e hepatites virais B e C junto às OSC parceiras;
- Desenvolver ações voltadas à prevenção, diagnóstico e tratamento das IST/Aids, sífilis e hepatites virais B e C para as pessoas em situação de maior vulnerabilidade;
- Desenvolver pesquisas que contribuam para o aprimoramento das ações desenvolvidas na rede assistencial às IST/Aids e hepatites virais B e C;
- Produzir Boletim Epidemiológico anual para as IST/AIDS e hepatites virais B e C, com dados relativos ao município, estratificados por área de planejamento e por unidade de saúde;
- Implementar ações de comunicação e mobilização social para ampliar o conhecimento acerca do HIV, hepatites virais e demais IST além de advocacy, possibilitando a formulação e implementação de políticas públicas que atendam às necessidades da população;
- Implementar ações de mídia social, considerando o impacto às populações prioritárias.

5) Desenvolvimento

Esse projeto será executado no âmbito das Gerências de DST/AIDS e Hepatites Virais, das Coordenadorias de Atenção Primária (CAP) e da rede assistencial, incluindo todas as unidades de saúde municipais, e em parceria com o Instituto Nacional de Infectologia (INI), consultor técnico e referência acadêmica, além de outras instituições que representem referências necessárias junto à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Referências

1. Departamento de IST AIDS e hepatites virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em: 08 de junho de 2017.
2. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV – 3ª edição – Ministério da Saúde – Brasília/DF – 2016
3. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais – 1ª edição - Ministério da Saúde – Brasília/DF – 2015
4. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis – 1ª edição – Ministério da Saúde – Brasília/DF – 2016
5. Linhas de Cuidados de IST/Aids e Hepatites Virais – portal da SUBPAV – Bibliografia - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
6. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) - Ministério da Saúde – Junho de 2017 - [http://www.aids.gov.br/publicacao/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas- para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-ri](http://www.aids.gov.br/publicacao/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-ri)
7. Kit HIV/Aids na Atenção Básica - Material para Profissionais de Saúde e Gestores - 5 passos – Ministério da Saúde – Junho de 2017 - <http://www.aids.gov.br/publicacao/2017/kit-hiv-aids-na-atencao-basica-material-para-profissionais-de-saude-e-gestores-5-pass>
8. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Profilaxia Antirretroviral Pós- Exposição de Risco à



Infecção pelo HIV – Ministério da Saúde – Brasília/DF – 2015

9. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – Ministério da Saúde – Brasília/DF – 2016
10. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – Em revisão – Ministério da Saúde

SUBPROJETO 6.6: PESQUISA CLÍNICA IMUNOBIOLOGICOS

1) Justificativa

A proposta de estruturação de um Centro Coordenador de Pesquisa Clínica em parceria com Bio-Manguinhos/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 de Atenção Primária (UAP) 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 Bio-Manguinhos desde o ano de 2003. Neste período, foram realizados 5 estudos clínicos diferentes e um novo está em planejamento para o próximo ano.

Nesta parceria, as UAP são estruturadas por Bio-Manguinhos 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 Bio-Manguinhos, 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. Sua conclusão ocorreu em 2013.

2) Objetivo Geral:

Implantar e manter dois Centros de Pesquisa Clínica.

3) Objetivos Específicos:

- a) Apoiar o desenvolvimento de pesquisa clínica na Cidade do Rio de Janeiro;
- b) Dar infraestrutura para funcionamento dos Centros de Pesquisa Clínica;
- c) Manter o Centro de Pesquisa Clínica Heitor Beltrão.

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; Feurwerker, 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 pag 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 B DO CONTRATO DE GESTÃO

**ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE – ÁREA DE
PLANEJAMENTO 3.1 e UPA 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. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS
B.3.1. ASPECTOS GERAIS
B.3.2. PARTE VARIÁVEL – UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
B.3.2.1. PARTE 01 - ANÁLISE DIRETA DA PERFORMANCE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL NO APOIO À GESTÃO DO TEIAS
B.3.2.2 PARTE 02 – ANÁLISE DIRETA DA PERFORMANCE DAS UNIDADES E EQUIPES DE SAÚDE SOB A RESPONSABILIDADE DO CONTRATO DE GESTÃO.
B.3.3 PARTE VARIÁVEL – UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)
B.3.3.1 PARTE VARIÁVEL 1
B.3.3.2 PARTE VARIÁVEL 2
B.3.3.3 PARTE VARIÁVEL 3
B.3.4 INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS DOS PROJETOS 3 À 6
B.3.4.1 PROJETO 3: CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
B.3.4.2 PROJETO 4: CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS CRIE(CONSOLIDAÇÃO)
B.3.4.3 PROJETO 5: APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE
B.3.4.4 PROJETO 6: INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE
B.3.5 PRESTAÇÃO DE CONTAS
B.3.5.1 INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS DA UPA
B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE
B.4.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO CIDADÃO (PEC) E PRONTUÁRIO DO PACIENTE (PEP) – REQUISITOS MÍNIMOS
B.4.1.1.PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE – 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 SAUDE 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

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.

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. 4081, de 04/07/2019, a Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA será composta por 04(quatro) membros titulares e 2(dois) suplentes da Subsecretaria de Vinculação da unidade.

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 INSTRUÇÃO NORMATIVA CODESP Nº 01/2018, publicada no diário oficial do dia 27 de dezembro de 2018 estabelece os procedimentos para o monitoramento e controle da execução dos Contratos de Gestão, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. Sempre deverá ser observada as suas atualizações.



O Decreto Rio nº 45.662, publicado no diário oficial de 11 de fevereiro de 2019 define os prazos e procedimentos para formalização dos processos de liquidação de despesas referente aos Contratos de gestão no âmbito da SMS e dá outras providências.

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 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, 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 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.

O acompanhamento, monitoramento e a avaliação da execução dos Projetos de 3,4,5 e 6, bem como os respectivos subprojetos, será realizado através da análise de um conjunto de metas e indicadores elaborados pela SMS/RJ e que deverá ser apresentado à CTA através de relatórios trimestrais.

B.3.2 PARTE VARIÁVEL – UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

B.3.2.1 PARTE 01 – Análise direta da performance da Organização Social no apoio à gestão do TEIAS



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** – CTA, 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 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	(Número de unidades de Saúde com comissões com atividade mensal / Número de unidades de Saúde) x 100	Declaração da OSS	Trimestral (a partir do 7º mês de funcionamento da Unidade)	Mínimo 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)	(Número de itens com declaração de abastecimento regular / Número de itens a serem fornecidos pela OSS) x 100	Declaração de abastecimento emitida pelo gerente/diretor da unidade	Trimestral	Mínimo 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	(Número de equipes com comprovação de envio de arquivos válidos / Número total de equipes) x 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	Razão de gasto administrativo	(Valor gasto com a rubrica gestão	Prestação de contas	Trimestral	< ou =1	Avaliação da eficiência da



	em relação ao total de gastos	em relação ao total do gasto	TEIAS-OSS no trimestre / Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS-OSS no trimestre)				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	(Total de itens adquiridos abaixo da média de preços / Total de itens adquiridos) x 100	Prestação de contas	Trimestral	Mínimo 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	Declaraçã o de avaliação de itens e serviços emitida pelo gerente/d iretor 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



Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
7	Monitoramento da Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	$\left[\frac{\text{Número de profissionais substituídos} + \text{Nº de profissionais admitidos}}{\text{Número total de profissionais ativos no período}} \right] \times 100$	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	$\left(\frac{\text{Número de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura}}{\text{Número total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados no período}} \right) \times 100$	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	$\left(\frac{\text{Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período com tratamento adequado}}{\text{Número de gestantes residentes na área de abrangência}} \right) \times 100$	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



			área de abrangência notificadas para sífilis no período) x 100				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 condições de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) e Cartão Família Carioca (CFC)	Cobertura de acompanhamento das condições 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	

Nº	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
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	Mínimo 90%	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.3.2.2. 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 (correo) 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

estritamente 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	$\frac{(\text{Número de crianças com 12 meses completos vacinadas (Pentavalente)} / \text{Número de crianças com 12 meses completos cadastradas}) \times 100}{}$	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	$\frac{(\text{Número de atendimentos médicos} / \text{População cadastrada})}{}$	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Trimestral	Mínimo 0,08 atendimentos / 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	$\frac{(\text{Número de consultas no dia} + \text{número de atendimentos de urgência} / \text{Número total de atendimentos}) \times 100}{}$	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Trimestral	Mínimo de 40% e máximo de 80% dos atendimentos /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 do útero	Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero	$\frac{(\text{Número de coletas de material citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos} / \text{Número de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas}) \times 100}{}$	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Trimestral	Mínimo 0,075 coleta /população cadastrada/ trimestre	Para o resultado trimestral, deve-se somar as razões mensais
5	Acesso ao cuidado em saúde bucal	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	$\frac{(\text{Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática} / \text{População cadastrada}) \times 100}{}$	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB + CNES	Trimestral	Mínimo 3,75% atendimentos 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	$\frac{(\text{Número de tratamentos concluídos pelo cirurgião-dentista} / \text{Número de primeiras consultas odontológicas programáticas})}{}$	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 Saúde da Família	(Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe / Total de ações e serviços esperados pela equipe de Atenção Primária) x 100	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB	Trimestral	Mínimo 80%	Aferição após o 4º mês de implantação da 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	(Número de escolas e creches com atividades coletivas registradas [com identificação do	Prontuário Eletrônico do Cidadão	Trimestral	Mínimo 80%	Mensal, devendo haver cumprimento da meta em todos os



		Escola (PSE)	INEP] / Número total de escolas e creches sob responsabilidade da equipe) x 100	(PEC) / SISAB			meses. Considerar apenas meses letivos das escolas.
--	--	--------------	---	---------------	--	--	---

B.3.3 PARTE VARIÁVEL – UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO(UPA)

A cada período de três meses (trimestral) será realizada por parte da CTA da Secretaria Municipal de Saúde/RJ a avaliação dos indicadores e metas do período.

- Parte variável 1 – Incentivo Institucional à gestão
- Parte variável 2 – Incentivo Institucional à unidade de saúde
- Parte variável 3 – Incentivo à equipe

B.3.3.1 PARTE VARIÁVEL 1

A Parte variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro I de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação a seguir.

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. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela **CONTRATADA**, já mencionados anteriormente.

Quadro I – Indicadores componentes da Variável 01.

UPA			Meta
PARTE VARIÁVEL 1 - GESTÃO			
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades	Total de BAE dentro do padrão de conformidades X 100	> 90%
		Total de BAE analisados	
2	Índice de absenteísmo	Horas líquidas faltantes x 100	< 3%
		Horas líquidas disponíveis	
3	Taxa de turn-over	(Número de demissões + Número de admissões) / 2 X 100	≤ 3,5%
		Número de funcionários ativo (no último dia do mês anterior)	
4	Treinamento hora-homem	Total de horas homem treinados no mês	> 1,5h homem treinado/ mês
		Total de funcionários ativos no período	
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	Número de fichas SINAN preenchidas x 100	100%
		Total de situações com SINAN obrigatório	

B.3.3.2 PARTE VARIÁVEL 2

As variáveis que avaliam o desempenho assistencial da unidade de saúde estão representadas por oito indicadores conforme apresentado no quadro II.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro II de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação a seguir.



Quadro II – Indicadores componentes da Variável 02.

VARIÁVEL 2 – DESEMPENHO ASSISTENCIAL			
1	Percentual de pacientes atendidos por médico	Número de atendimentos médicos x100 Número total de pacientes acolhidos	≥70%
2	Percentual de pacientes atendidos por Médico conforme tempo definido na classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo	Número de pacientes atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco x 100 Total de pacientes classificados com risco	100%
3	Tempo de permanência na Emergência	Σ do Número de pacientes-dia na observação Número de saídas	< 24h
4	Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24 hs	Número de óbitos com pacientes em observação ≤ 24hs (amarela e vermelha) Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	< 4 %
5	Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24 hs	Número de óbitos com pacientes em observação ≥ 24hs (amarela e vermelha) Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de SEPSES que iniciaram antibióticoterapia em até 2 horas	Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo <2 hs na SEPSE x 100 Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE	100%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	Total de pacientes com AVC que realizaram TC Total de pacientes com diagnóstico de AVC	100%
8	Percentual de trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST	Total de pacientes IAM com supra de ST Trombolisados Total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST	100%

B.3.3.3 PARTE VARIÁVEL 3

A variável 03 é composta por indicadores que avaliam a satisfação do usuário. Os dois indicadores que compõem a parte variável 3 estão descritos no Quadro III a seguir.

Quadro III – Indicadores dos componentes da Variável 3

VARIÁVEL 3 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO			
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	Número de questionários preenchidos x 100 Total de pacientes em observação	> 15%
2	Percentual de pacientes satisfeitos/muito satisfeitos	Número de conceitos satisfeito e muito satisfeito x 100 Total de respostas efetivas	> 85%

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.



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 – SISREG – deve ser sempre informado, ou seja, o paciente sempre ser colocado no SISREG. 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 o 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 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 à 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 que sejam analisados no mínimo 10% do total de BAE abertos em decorrência de atendimento médico 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 em um 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 a superação das metas previstas.

B.3.4 INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS DOS PROJETOS 3,4,5 e 6:

A cada período de três meses (trimestral) será realizada por parte da CTA da Secretaria Municipal de Saúde/RJ a avaliação dos indicadores e metas do período.

B.3.4.1 PROJETO 3: CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA

SUBPROJETO 3.1 CURSO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Indicadores e 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)	$\frac{[(\text{n}^\circ \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas})]}{100} \times 100$	≥80%



		disponibilizadas]] * 100	
Número absoluto de vagas	Número de vagas disponibilizadas para o Curso	Número absoluto	30 vagas / ano
% de alunos	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(n^{\circ} \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$	≥80%
Proposta	Definição de indicadores de desempenho dos Serviços Farmacêuticos	Número absoluto	1 proposta de indicador validada pela

SUBPROJETO 3.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Indicadores e 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)	$[(n^{\circ} \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$	≥80%

SUBPROJETO 3.3 PESQUISA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Indicadores e 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

B.3.4.2 PROJETO 4: CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS CRIE(CONSOLIDAÇÃO)

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

Indicadores de produção:

a) Número total de doses de Imunobiológicos Especiais aplicadas por Unidade – CRIE.

Meta: 1.200 doses por mês.

b) Percentual de digitação no SIPNIWEB para os imunobiológicos especiais: Pneumocócica 23, Meningocócica C e Imunoglobulina Anti-hepatite B.

Meta: pelo menos 90% para cada uma das vacinas por mês.

Indicador de qualidade:



- a) Número de vacinados de primeira vez / Número de vacinados subsequentes.

Interpretação:

- 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.

Meta: 1, por mês

Observação: para apuração desse indicador considerar os imunobiológicos: Varicela, Hepatite A, Meningocócica C, Influenza, Dupla Adulto, Pneumocócica 23, HPV, Antirrábica e Imunoglobulina Hepatite B.

B.3.4.3 PROJETO 5: APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

SUBPROJETO 5.1: RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Metas para acompanhamento da CTA:

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
% de médicos residentes	Percentual de vagas ocupadas (médicos residentes cursando)	$[(n^{\circ} \text{ de médicos residentes cursando no mês}) / \text{total de vagas disponibilizadas}] * 100$	≥80%
% de médicos residentes	Percentual de médicos residentes formados em Medicina de Família e Comunidade	$[(n^{\circ} \text{ de médicos residentes que concluíram o programa} / \text{total de médicos residentes ingressos})] * 100$	≥80%
% de Trabalhos sobre Melhoria da Qualidade (TMQ) e de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC)	Percentual de TMQ e TCC entregues por mês	$[n^{\circ} \text{ de TMQs} + \text{Número de TCCs entregues no mês} / 5] * 100$	≥80%
% de fascículos do MULTIPLICA	Percentual de fascículos do MULTIPLICA produzidos por mês	$[n^{\circ} \text{ de fascículos do MULTIPLICA produzidos no mês} / 2] * 100$	≥80%

SUBPROJETO 5.2: ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número absoluto de vagas	Número de vagas disponibilizadas para o Curso	Número absoluto	25 vagas / ano
% de alunos	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(n^{\circ} \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$	≥80%



SUBPROJETO 5.3: PADRONIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS GERENCIAIS A PARTIR DOS MODELOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

Indicador	Cálculo	Periodicidade	Metas	Prazo
Nº de encontros formativos regionalizados com o grupo gestor das CAPs	Número absoluto de encontros realizados	Trimestral	Realizar mínimo de 6 encontros no trimestre	2020
			Quantidade mínima de 90 profissionais participantes por trimestre	
Planos das CAPs construído por CAPs	Número absoluto de planos construídos por CAPs	Anual	10 ao total por ano	2020
Nº de Seminário de avaliação das estratégias e ações desenvolvidas pelas coordenações e com as CAP	Realização do seminário anual	Anual	1 por ano	2020

SUBPROJETO 5.4: APOIO ÀS LINHAS DE CUIDADOS E PROJETOS ESPECIAIS

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

Indicador	Descrição	Fórmula	Meta
Manutenção do Painel de Indicadores de Desempenho da APS	Atualização do Painel de Indicadores de Desempenho da APS	Mês atual - Mês da data da última atualização dos dados do Painel	Máximo de 2 meses de intervalo
Relatório "Minha Equipe"	Relatórios regulares de produção e indicadores de desempenho das equipes	Número absoluto	Um por trimestre
Operação de sistemas auxiliares	Manutenção da operação de sistemas próprios desenvolvidos pela Assessoria	Número de sistemas atualizados e operantes / total de sistemas mantidos	Maior ou igual a 80%

SUBPROJETO 5.5: APOIO A REGULAÇÃO AMBULATORIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Meta

○ Adequar a nomenclatura dos procedimentos aos protocolos de regulação e monitorar o fluxo de demanda e oferta.

Produto: Relatórios mensais

Indicador e Meta para acompanhamento da CTA:

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Relatório confeccionado	Acompanhamento da oferta e demanda de procedimentos e exames ambulatoriais disponibilizados no SISREG	$\frac{[(\text{Número de procedimentos e exames ambulatoriais disponibilizados no SISREG/mês}) / (\text{Número de solicitações para os mesmos procedimentos e exames/mês})]}{1}$	1 relatório mensal indicando oferta, demanda e absenteísmo por exame e procedimento



SUBPROJETO 5.6: MELHORIA DA QUALIDADE ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Indicadores e Metas de Acompanhamento da CTA:

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Diretrizes clínicas	Desenvolvimento, revisão e colaboração em protocolos e diretrizes clínicas relacionadas à Atenção Primária	Número absoluto	Mínimo de 4 diretrizes clínicas desenvolvidas ou revisadas a cada 12 meses
Acompanhamento de Plano de Melhoria da Qualidade	Acompanhamento de plano de melhoria desenvolvido por equipes de unidades de APS	Número absoluto	Mínimo de 10 planos de melhoria acompanhados por ano
Relatório de Auditoria Clínica relacionada a linha de cuidado	Elaboração de Relatório de auditoria clínica relacionada a agravo ou linha de cuidado	Número absoluto	Mínimo de 2 relatórios técnicos contendo o monitoramento das linhas de cuidado a cada 12 meses
Seminários anuais de Melhoria da Qualidade da APS	Apresentação pelas unidades de saúde das 10 Áreas de Planejamento	Proporção de unidades de Atenção Primária participantes do Seminário de Avaliação	90 %

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

Indicador e Meta de Acompanhamento da CTA:

Indicador	Descrição	Fórmula	Meta
Relatório de Vacância	Elaboração de relatório	Número absoluto	1 relatório mensal com dados das dez Áreas de Planejamento

SUBPROJETO 5.8: SUPORTE ESTRATÉGICO E GESTÃO EM SAÚDE (SEGS)

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

Unidade de Medida	Descrição do Indicador	Fórmula	Meta	Prazo
Relatório Confeccionado	Elaboração do relatório	Número absoluto	Um relatório mensal, incluindo informações sobre os 10 polos.	dez/2019 - nov/2020

B.3.4.4 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

Indicadores:

- Número de CIVPs emitidos/mês;
- Número de notificações oportunas de EAPV por AP/mês;



- Percentual de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerrados em até 60 dias após notificação;
- Percentual de doença meningocócica com exame laboratorial realizado;

MEDIA MENSAL DE CIVP - 2.460

- Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;
- Percentual de óbitos fetais investigados;
- Percentual de óbitos em menores de um ano investigados.

Indicadores e Metas para 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	Doença meningocócica com exame laboratorial realizado	$\frac{\text{Nº de casos de doença meningocócica com exame laboratorial realizado}}{\text{Nº total de casos de doença meningocócica}} \times 100$	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%
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 em menores de um ano	$\frac{\text{Nº de óbitos de } < 1 \text{ ano investigados}}{\text{Nº de óbitos de } < 1 \text{ ano ocorridos}} \times 100$	$\geq 95\%$

SUBPROJETO 6.1.1: VIGILÂNCIA SENTINELA DE ARBOVIROSES

A supervisão de campo do projeto, a cargo de enfermeira 40 horas da SVS, terá como padrão a estrutura e os processos descritos neste subprojeto, e acompanhará as ações de assistência, vigilância e laboratório, em contato com os gestores das Unidades Sentinela, Divisões e Serviços de Vigilância em Saúde, e a Superintendência de Vigilância em Saúde.



Os indicadores e metas aqui definidos servirão para a avaliação da Comissão Técnica de Avaliação (CTA), bem como para avaliação de desempenho das Unidades para o Monitoramento da Vigilância em Saúde.

Indicadores e Metas para Acompanhamento da CTA:

a) Indicador da Vigilância Sentinela

a. Indicador da Vigilância Epidemiológica

Percentual (%) de casos de arboviroses com coleta de amostra nas unidades sentinelas em relação ao preconizado	
Conceito	Indicará o percentual de casos de arboviroses com coleta de amostra nas unidades sentinelas em relação ao preconizado
Interpretação	Reflete o desempenho das unidades sentinelas
Uso	Contribuir para a avaliação da qualidade do serviço prestado. Subsidiar planejamento, gestão e avaliação do processo de trabalho.
Fontes	SINAN Rio - Vigilância sindrômica de Arboviroses
Método de Cálculo	Número total de suspeitos de arboviroses com coleta de 1ª amostra nas unidades sentinelas (sangue e/ou urina)/ Número total de coletas preconizadas para o período x 100
Meta	≥ 50% = verde 30 a 49% = amarelo ≤ 30% vermelho

b. Indicador da Vigilância Laboratorial

CONFORMIDADE DE ENTREGA DE AMOSTRAS LABORATORIAIS	
Conceito	Indicará a proporção de amostras de espécimes coletadas (sangue E urina do mesmo paciente), validadas pelo laboratório de referência.
Interpretação	Mede o percentual de amostras entregues conforme descrição dos protocolos de boas práticas de coleta, armazenamento e transporte. A não conformidade está associada ao insatisfatório cumprimento do protocolo de amostras laboratoriais.
Uso	Analisar cumprimento do protocolo identificando situações de não conformidades e tendências que demandem ações específicas. Realizar comparações entre as unidades. Contribuir na avaliação da qualidade do serviço prestado. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de processos de trabalho.
Fonte	Relatório de cadastro de amostra no laboratório GAL.
Método de Cálculo	Número de amostras confirmadas no laboratório / Total de amostras enviadas pela unidade x 100
Meta	100 %

CONFORMIDADE DE PRAZO DE RESULTADO	
Conceito	Indicará a proporção de resultados inseridos no sistema, pelo Laboratório de referência
Interpretação	Estima a proporção de amostras processadas e com resultado emitido. Reflete o desempenho do laboratório de referência.
Uso	Analisar o desempenho do laboratório. Contribuir na avaliação da qualidade do serviço prestado. Subsidiar planejamento, gestão e avaliação do processo de trabalho.
Fontes	GAL
Método de Cálculo	Número total de resultados liberados no prazo proposto (até 7 dias) / Número total de amostras validadas pelo laboratório de referência x 100
Meta	100 %



SUBPROJETO 6.2: CURSO TÉCNICO DE AGENTES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Indicadores e Metas para Acompanhamento da CTA:

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número absoluto de vagas	Número de vagas disponibilizadas para o Curso	Número absoluto	80 vagas / ano
% de vagas	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(n^{\circ} \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$	$\geq 80\%$

SUBPROJETO 6.3: GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Indicadores

- Número de Cursos-Oficinas ministrados / trimestre
- Número publicações realizadas / trimestre
- Número Campanhas realizadas / trimestre
- Número materiais educativos elaborados /trimestre
- Número projetos de inclusão social apoiados / trimestre

Indicadores e Metas para 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 4 Campanhas de Promoção de Saúde por trimestre
Material elaborado	Elaboração de Material Educativo	Número de Material Educativo elaborado por trimestre	Mínimo de 3 por/trimestre

SUBPROJETO 6.4: AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

Desenvolvimento

Os produtos serão apresentados trimestralmente por meio de relatórios escritos. A cada 12 meses um relatório de avaliação do projeto, com a descrição das metas e dos resultados alcançados, será apresentado.

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA



Unidade de medida	Indicador	Fórmula/quantidade	Meta
Nº absoluto	Criação de referências para exame de escarro induzido em cinco APs	3	Até novembro de 2020
Nº absoluto	Elaborar e executar campanha para ampliar a visibilidade da doença e adesão ao tratamento	Não se aplica	Até agosto de 2020
Nº absoluto	Manutenção de técnico para monitoramento do GAL	1	Até novembro de 2020
Nº absoluto	Manutenção de um epidemiologista com experiência em ações de controle da tuberculose	1	Até novembro de 2020
Nº absoluto	Elaborar anualmente um boletim epidemiológico para divulgação da situação do município, por área de planejamento e unidade de saúde	1	Até outubro de 2020
Nº absoluto	Elaborar projeto de pesquisa para avaliação do resultado da oferta prévia do teste rápido para HBV e HCV no desfecho do tratamento para tuberculose	1	Projeto, com cronograma, elaborado e aprovado pela SMS até junho/2020
Nº absoluto	Elaborar projeto de pesquisa para avaliar a prevalência de micobactérias não tuberculosas entre os casos suspeitos de tuberculose investigados nos laboratórios de micobactérias	1	Projeto, com cronograma, elaborado e aprovado pela SMS até junho/2020

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

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta	Responsável Técnico pela Ação
Número absoluto	Número de testes rápidos realizados para investigação/diagnóstico dos agravos Sífilis, HIV/AIDS e Hepatites B e C*	$\frac{((A*100)/B)-100}{100}$	Aumento de 5% para cada agravo comparado com o ano anterior	SMS
Número absoluto	Realização de oficinas de apoio técnico para apoiadores das linhas de cuidado de IST/AIDS e hepatites virais nas CAP	Não se aplica	3 oficinas/ ano	SMS
Não se aplica	Execução do projeto de pesquisa de Efetividade de Tratamento	Não se aplica	Início em janeiro de 2020 com 100% de obediência ao cronograma do projeto de pesquisa elaborado	FIOTEC/INI



Não se aplica	Elaboração de projeto de pesquisa para detecção de infecção aguda pelo HIV	Não se aplica	Projeto elaborado e aprovado pela SMS até fevereiro de 2020 com cronograma	FIOTEC/INI
Não se aplica	Execução do projeto de pesquisa para detecção de infecção aguda pelo HIV	Não se aplica	Início em março de 2020 com 100% de obediência ao cronograma do projeto de pesquisa elaborado	FIOTEC/INI
Número absoluto	Total de ações realizadas por OSC mensal	Não se aplica	Realização de pelo menos 10 ações (eventos) de testagem em território de vulnerabilidade/mês	FIOTEC/INI
Número absoluto	Envio mensal de listagem de pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV, hepatites virais e sífilis a partir das testagens das OSC	Soma das listagens do período analisado	Envio de uma listagem mensal com o número de testes realizados e a descrição nominal de todos os testes positivos para HIV, hepatites virais e sífilis	FIOTEC/INI
Percentual	Percentual de acompanhamento de pessoas com HIV, hepatites virais e sífilis diagnosticadas pelas ações das OSC	Total de pessoas com HIV, hepatites virais e sífilis diagnosticadas nas ações das OSC acompanhadas na APS x 100 /total de pessoas com HIV diagnosticadas nas ações das OSC	>=70%	FIOTEC/INI
Número Absoluto	Inclusão, no SISREG, de 4 consultas para co-infecção semanais para residentes no MRJ, sendo 2 em co-infecção TB/HIV e 2 em co-infecção hepatites/HIV ou TB no INI.	Não se aplica	Até fevereiro de 2020	FIOTEC/INI
Número Absoluto	Inclusão, no SISREG, de 2 consultas semanais para residentes no MRJ com HIV/Aids e 2 para hepatites virais B e C no INI	Não se aplica	Até fevereiro/2020	FIOTEC/INI
Não se aplica	Revisar os protocolos de regulação das IST/AIDS e hepatites virais B e C;	Não se aplica	IST/Aids Hepatites virais B e C: até novembro de 2020	SMS
Não se	Revisar as linhas de cuidados das	Não se aplica	Até novembro de	SMS



aplica	IST/AIDS e hepatites virais B e C		2020	
Número absoluto	Implantar polo regional para realização de T2 no HUGG, INI e Arco Íris	Não se aplica	3 polos implantados até março de 2020	FIOTEC/INI
Número absoluto	Contratar 3 médicos infectologistas para o Laboratório de hepatites Virais da Fiocruz	Não se aplica	Até novembro de 2020	FIOTEC/INI
Não se aplica	Elaborar Boletim Informativo anual sobre HIV/Aids/Hepatites Virais B e C	Não se aplica	Até junho de 2020	SMS

*Fórmula:

A= (Número de testes realizados para investigação/diagnóstico de cada agravo no período referente ao ano vigente)

B= Número de testes realizados para investigação/diagnóstico de cada agravo no período anterior)

Exemplo: A= Jan/2019 - 2098 testes do agravo X B= Jan/2018 – 2045 testes do agravo X (((2098*100)/2045)- 100) = 2,59

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)**, CNES, Plataforma SUBPAV, CAPs, relatórios técnicos das gerências das Linhas de Cuidados de IST/Aids e Hepatites Virais;

** Considerando que as informações no SIA podem sofrer alterações/atualizações das produções realizadas por até 90 dias, serão tabulados o número de testes realizados para investigação/diagnóstico de cada agravo no mês vigente do cálculo com referência ao número de testes de três meses anteriores ao mês da avaliação.

SUBPROJETO 6.6: PESQUISA CLÍNICA IMUNOBIOLOGICOS

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número Absoluto	Centro de Pesquisa Clínica implantado e mantido	Número de Centros de Pesquisa Clínica implantado e mantido por ano	1 Centro de Pesquisa Clínica implantado e mantido por ano

B.3.5 Prestação de Contas

As informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras deverão ser alimentadas no sistema de monitoramento dos contratos de gestão – Pannel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<http://osinfo.prefeitura.rio>), 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 10º dia útil do mês subsequente, conforme Manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do pannel de gestão de Parcerias com Organizações Sociais.

B.3.5.1 Informações Assistenciais da UPA

A) Número de atendimentos - total da unidade:



Enfermagem
Clínica Médica
Pediatria
Serviço Social
CID mais frequentes
Pacientes atendidos por bairro, AP e Município

B) desdobramento 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 SUBHUE disponibilizará planilha a ser preenchida e enviada mensalmente.

C) Transferência identificando:

Transferência Inter – hospitalar – THI eletiva
Vaga zero
Unidade de destino
Diagnóstico
Data da inserção no sistema de regulação

D) Exames:

D.1 Laboratório – Exames de emergência
Exames de 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 à trombólise

G) Diagnóstico de Acidente Vascular cerebral – AVC

G.1 Fizeram TC
G.2 AVC isquêmico
G.3 AVC hemorrágico

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) e Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) – Requisitos Mínimos

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 o prontuário eletrônico instalado e em funcionamento. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) poderá ser gradativamente substituído pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) conforme programação a ser organizada pela SMS.

Cada unidade da APS que utiliza exclusivamente o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) deverá ter um computador servidor com a versão PEC e-SUS AB instalada na versão Atendimento, para recebimento dos arquivos "Thrift", envio dos arquivos RAS para o Ministério da Saúde e geração de Relatórios diversos. É necessário ainda a aquisição de um computador "reserva", que estará disponibilizado na unidade e ter a mesma configuração ou superior, ao servidor do PEC e-SUS AB, para no caso de problemas técnicos no servidor, substituir o mesmo para garantir a continuidade da operação do sistema na unidade.

A OSS deverá fornecer à SMS o banco de dados do prontuário eletrônico na finalização da transição dos sistemas contendo todas as informações registradas desde a sua implantação nas unidades de saúde da área de planejamento e devem ser disponibilizados para a Secretaria Municipal de Saúde.

A – Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)

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 o PEC 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.

A OSS deverá apoiar no treinamento e qualificação de profissionais para o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC e-SUS AB.



B - Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

Em todas as 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 PEPs devem enviar mensalmente os indicadores do Pagamento por Desempenho por e-mail a cada um dos profissionais das equipes de saúde da família.

Dicionário 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 de Gestantes e dados de acompanhamento do Pré-Natal;
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 64 anos – Rastreamento 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 relatório de inconsistências;
10. CPF com 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.

Extração de relatórios:

A OSS deverá encaminhar informações referentes à prática assistencial e processos de trabalho da unidade com base nos relatórios do Prontuários eletrônicos 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 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.

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 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.

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.



PREFEITURA DA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROCESSO Nº

09/31/000.513/2014

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO TÉCNICO E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas Teias AP 3.1

1. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NASF E CAPS		MÊS 61	MÊS 62	MÊS 63	MÊS 64	MÊS 65	MÊS 66
RUBRICA		dez/19	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20
a1	Apio a Gestão da CAP - Saúde da Família(*)	1 R\$ 14.544,43	1 R\$ 14.544,43	1 R\$ 14.544,43	1 R\$ 14.544,43	1 R\$ 14.544,43	1 R\$ 14.544,43
a2	Apio a Gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família(*)	1 R\$ 64.676,21	1 R\$ 64.676,21	1 R\$ 64.676,21	1 R\$ 64.676,21	1 R\$ 64.676,21	1 R\$ 64.676,21
A	Apio a Gestão	R\$ 79.220,64	R\$ 79.220,64	R\$ 79.220,64	R\$ 79.220,64	R\$ 79.220,64	R\$ 79.220,64
b1	b1) Rh Equipes de Saúde da Família	14 R\$ 925.429,13	14 R\$ 925.429,13	14 R\$ 925.429,13	14 R\$ 925.429,13	14 R\$ 925.429,13	14 R\$ 925.429,13
b2	b2) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	14 R\$ 153.741,35	14 R\$ 153.741,35	14 R\$ 153.741,35	14 R\$ 153.741,35	14 R\$ 153.741,35	14 R\$ 153.741,35
b3	b3) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e prótese dentária	14 R\$ 20.203,33	14 R\$ 20.203,33	14 R\$ 20.203,33	14 R\$ 20.203,33	14 R\$ 20.203,33	14 R\$ 20.203,33
b4	b4) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia Saúde da Família	14 R\$ 19.369,32	14 R\$ 19.369,32	14 R\$ 19.369,32	14 R\$ 19.369,32	14 R\$ 19.369,32	14 R\$ 19.369,32
B	Equipes de Saúde da Família	R\$ 1.118.743,13	R\$ 1.118.743,13	R\$ 1.118.743,13	R\$ 1.118.743,13	R\$ 1.118.743,13	R\$ 1.118.743,13
c1	c1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	1 R\$ 45.047,84	1 R\$ 45.047,84	1 R\$ 45.047,84	1 R\$ 45.047,84	1 R\$ 45.047,84	1 R\$ 45.047,84
c2	c2) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia - NASF	1 R\$ 1.335,10	1 R\$ 1.335,10	1 R\$ 1.335,10	1 R\$ 1.335,10	1 R\$ 1.335,10	1 R\$ 1.335,10
C	Serviço de Apoio Especializado / NASF	R\$ 46.382,94	R\$ 46.382,94	R\$ 46.382,94	R\$ 46.382,94	R\$ 46.382,94	R\$ 46.382,94
d1	d1) RH - CAPS	1 R\$ 166.071,12	1 R\$ 166.071,12	1 R\$ 166.071,12	1 R\$ 166.071,12	1 R\$ 166.071,12	1 R\$ 166.071,12
d2	d2) Consumo - CAPS	1 R\$ 64.479,74	1 R\$ 64.479,74	1 R\$ 64.479,74	1 R\$ 64.479,74	1 R\$ 64.479,74	1 R\$ 64.479,74
D	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	R\$ 230.550,86	R\$ 230.550,86	R\$ 230.550,86	R\$ 230.550,86	R\$ 230.550,86	R\$ 230.550,86
e1	e1) Adaptações de instalações / equipamentos	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
E	Adaptações e instalações	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
F	Subtotal parte Fixa (F) = A + B + C + D + E	R\$ 1.474.897,57	R\$ 1.474.897,57	R\$ 1.474.897,57	R\$ 1.474.897,57	R\$ 1.474.897,57	R\$ 1.474.897,57
J	Subtotal parte Variável (J) = G + H + I	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
K	TOTAL ESF = Subtotal ESF	R\$ 1.474.897,57	R\$ 1.474.897,57	R\$ 1.474.897,57	R\$ 1.474.897,57	R\$ 1.474.897,57	R\$ 1.474.897,57
2. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)		MÊS 49	MÊS 50	MÊS 51	MÊS 52	MÊS 53	MÊS 54
RUBRICA		dez/19	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20
Gestão RUE (Rede de Urgência e Emergência) - Unidade de Pronto Atendimento		R\$ 50.559,93	R\$ 50.559,93	R\$ 50.559,93	R\$ 50.559,93	R\$ 50.559,93	R\$ 50.559,93
Rh - Unidade de Pronto Atendimento		R\$ 880.692,68	R\$ 880.692,68	R\$ 880.692,68	R\$ 880.692,68	R\$ 880.692,68	R\$ 880.692,68
Contratos e consumo- Unidade de Pronto Atendimento		R\$ 243.503,67	R\$ 243.503,67	R\$ 243.503,67	R\$ 243.503,67	R\$ 243.503,67	R\$ 243.503,67
Serviços de laboratório - Unidade de Pronto Atendimento		R\$ 36.598,00	R\$ 36.598,00	R\$ 36.598,00	R\$ 36.598,00	R\$ 36.598,00	R\$ 36.598,00
Sistemas de Informação / prontuário eletrônico - Unidade de Pronto Atendimento		R\$ 15.111,75	R\$ 15.111,75	R\$ 15.111,75	R\$ 15.111,75	R\$ 15.111,75	R\$ 15.111,75
Serviços Raio X - Unidade de Pronto Atendimento		R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Medicamento - Unidade de Pronto Atendimento		R\$ 36.333,33	R\$ 36.333,33	R\$ 36.333,33	R\$ 36.333,33	R\$ 36.333,33	R\$ 36.333,33
Subtotal - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)		R\$ 1.262.799,36	R\$ 1.262.799,36	R\$ 1.262.799,36	R\$ 1.262.799,36	R\$ 1.262.799,36	R\$ 1.262.799,36
TOTAL UPA = Subtotal UPA		R\$ 1.262.799,36	R\$ 1.262.799,36	R\$ 1.262.799,36	R\$ 1.262.799,36	R\$ 1.262.799,36	R\$ 1.262.799,36

85 de 88

3	3. CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA	MÊS 49	MÊS 60	MÊS 61	MÊS 62	MÊS 63	MÊS 64
		dez/19	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20
3.1	CURSO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO FARMACÉUTICA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
3.2	RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	R\$ 20.631,58	R\$ 20.631,58	R\$ 20.631,58	R\$ 20.631,58	R\$ 20.631,58	R\$ 20.631,58
3.3	PESQUISA EM SAÚDE DA FAMÍLIA	R\$ 105.902,12	R\$ 105.902,12	R\$ 105.902,12	R\$ 105.902,12	R\$ 105.902,12	R\$ 105.902,12
	TOTAL CURSOS DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA	R\$ 126.533,70	R\$ 126.533,70	R\$ 126.533,70	R\$ 126.533,70	R\$ 126.533,70	R\$ 126.533,70
4	4. CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (CRIE)	MÊS 49	MÊS 60	MÊS 61	MÊS 62	MÊS 63	MÊS 64
		dez/18	jan/19	fev/19	mar/19	abr/19	mai/19
	TOTAL CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (CRIE)	R\$ 107.870,62	R\$ 107.870,62	R\$ 107.870,62	R\$ 107.870,62	R\$ 107.870,62	R\$ 107.870,62
5	5. APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE	MÊS 49	MÊS 60	MÊS 61	MÊS 62	MÊS 63	MÊS 64
		dez/19	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20
	SUBPROJETO						
5.1	RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	R\$ 181.427,14	R\$ 181.427,14	R\$ 181.427,14	R\$ 181.427,14	R\$ 181.427,14	R\$ 181.427,14
5.2	ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
5.3	PADRONIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS GERENCIAIS A PARTIR DOS MODELOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	R\$ 36.289,44	R\$ 36.289,44	R\$ 36.289,44	R\$ 36.289,44	R\$ 36.289,44	R\$ 36.289,44
5.4	APOIO ÀS LINHAS DE CUIDADOS E PROJETOS ESPECIAIS	R\$ 88.877,95	R\$ 88.877,95	R\$ 88.877,95	R\$ 88.877,95	R\$ 88.877,95	R\$ 88.877,95
5.6	APOIO À REGULAÇÃO AMBULATORIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
5.6	MELHORIA DA QUALIDADE ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	R\$ 41.279,37	R\$ 41.279,37	R\$ 41.279,37	R\$ 41.279,37	R\$ 41.279,37	R\$ 41.279,37
5.7	MONITORAMENTO DE VACÂNCIA NAS EQUIPES	R\$ 36.152,46	R\$ 36.152,46	R\$ 36.152,46	R\$ 36.152,46	R\$ 36.152,46	R\$ 36.152,46
5.8	ACOMPANHAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE MÉDICOS	R\$ 202.982,16	R\$ 202.982,16	R\$ 202.982,16	R\$ 202.982,16	R\$ 202.982,16	R\$ 202.982,16
	TOTAL APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE	R\$ 587.008,52	R\$ 587.008,52	R\$ 587.008,52	R\$ 587.008,52	R\$ 587.008,52	R\$ 587.008,52

MÊS 55	MÊS 56		MÊS 57		MÊS 58		MÊS 59		MÊS 60		TOTAL 12 MESES
	jun/20	jun/19	ago/20	ago/19	set/20	set/19	out/20	out/19	nov/20	nov/19	
R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-
R\$	20.631,58	R\$	20.631,58	R\$	20.631,58	R\$	20.631,58	R\$	20.631,58	R\$	247.578,96
R\$	105.902,12	R\$	105.902,12	R\$	105.902,12	R\$	105.902,12	R\$	105.902,12	R\$	1.270.825,44
R\$	126.533,70	R\$	126.533,70	R\$	126.533,70	R\$	126.533,70	R\$	126.533,70	R\$	1.518.404,40
MÊS 55	MÊS 56		MÊS 57		MÊS 58		MÊS 59		MÊS 60		TOTAL 12 MESES
	jun/19	jun/20	ago/19	ago/20	set/19	set/20	out/19	out/20	nov/19	nov/20	
R\$	107.870,62	R\$	107.870,62	R\$	107.870,62	R\$	107.870,62	R\$	107.870,62	R\$	1.294.447,44
MÊS 55	MÊS 56		MÊS 57		MÊS 58		MÊS 59		MÊS 60		TOTAL 12 MESES
	jun/20	jun/19	ago/20	ago/19	set/20	set/19	out/20	out/19	nov/20	nov/19	
R\$	181.427,14	R\$	181.427,14	R\$	181.427,14	R\$	181.427,14	R\$	181.427,14	R\$	2.177.125,68
R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-
R\$	36.289,44	R\$	36.289,44	R\$	36.289,44	R\$	36.289,44	R\$	36.289,44	R\$	435.473,28
R\$	88.877,95	R\$	88.877,95	R\$	88.877,95	R\$	88.877,95	R\$	88.877,95	R\$	1.066.535,40
R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-	R\$	-
R\$	41.279,37	R\$	41.279,37	R\$	41.279,37	R\$	41.279,37	R\$	41.279,37	R\$	495.352,44
R\$	36.152,46	R\$	36.152,46	R\$	36.152,46	R\$	36.152,46	R\$	36.152,46	R\$	433.829,52
R\$	202.982,16	R\$	202.982,16	R\$	202.982,16	R\$	202.982,16	R\$	202.982,16	R\$	2.435.785,92
R\$	587.008,52	R\$	587.008,52	R\$	587.008,52	R\$	587.008,52	R\$	587.008,52	R\$	7.044.102,24



PREFEITURA DA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROCESSO Nº
09/31/000.513/2014

6. INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		MÊS 49	MÊS 50	MÊS 51	MÊS 52	MÊS 53	MÊS 54	MÊS 55
SUBPROJETO		dez/19	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20	jun/20
6.1	QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES E INFORMAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 712.285,37	R\$ 712.285,37	R\$ 712.285,37	R\$ 712.285,37	R\$ 712.285,37	R\$ 712.285,37	R\$ 712.285,37
6.2	CURSO TÉCNICO DE AGENTES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 40.719,34	R\$ 40.719,34	R\$ 40.719,34	R\$ 40.719,34	R\$ 40.719,34	R\$ 40.719,34	R\$ 40.719,34
6.3	GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O SERVIÇO DE APS/ESF	R\$ 115.116,87	R\$ 115.116,87	R\$ 115.116,87	R\$ 115.116,87	R\$ 115.116,87	R\$ 115.116,87	R\$ 115.116,87
6.4	AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA O ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE	R\$ 83.175,30	R\$ 83.175,30	R\$ 83.175,30	R\$ 83.175,30	R\$ 83.175,30	R\$ 83.175,30	R\$ 83.175,30
6.5	QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA NO CONTROLE DAS DST AIDS E HEPATITES VIRAIS	R\$ 81.193,00	R\$ 81.193,00	R\$ 81.193,00	R\$ 81.193,00	R\$ 81.193,00	R\$ 81.193,00	R\$ 81.193,00
6.6	PESQUISA CLÍNICA DE IMUNOLÓGICOS	R\$ 8.671,46	R\$ 8.671,46	R\$ 8.671,46	R\$ 8.671,46	R\$ 8.671,46	R\$ 8.671,46	R\$ 8.671,46
TOTAL INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE - Subtotal		R\$ 1.041.161,34	R\$ 1.041.161,34	R\$ 1.041.161,34	R\$ 1.041.161,34	R\$ 1.041.161,34	R\$ 1.041.161,34	R\$ 1.041.161,34
DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO TEIAS AP 3.1 - MANGUINHOS		MÊS 49	MÊS 50	MÊS 51	MÊS 52	MÊS 53	MÊS 54	MÊS 55
		dez/19	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20	jun/20
TOTAL GERAL		R\$ 4.600.271,11	R\$ 4.600.271,11	R\$ 4.600.271,11	R\$ 4.600.271,11	R\$ 4.600.271,11	R\$ 4.600.271,11	R\$ 4.600.271,11

PROJETOS					Total
1	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF E CAPS				17.698.770,84
2	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)				15.153.592,32
3	CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA				1.518.404,40
4	CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (CRIE)				1.294.447,44
5	APOIO À FORMACÃO, QUALIFICACÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE				7.044.102,24
6	INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE				12.493.936,13
TOTAL DO CONTRATO POR ANO					55.203.253,37

TOTAL 12 MESES					
MÊS 60		MÊS 59		MÊS 58	
nov/20		out/20		set/20	
R\$	712.285,37	R\$	712.285,37	R\$	712.285,37
R\$	40.719,34	R\$	40.719,34	R\$	40.719,34
R\$	115.116,87	R\$	115.116,87	R\$	115.116,87
R\$	83.175,30	R\$	83.175,30	R\$	83.175,30
R\$	81.193,00	R\$	81.193,00	R\$	81.193,00
R\$	8.671,46	R\$	8.671,46	R\$	8.671,46
R\$	1.041.161,34	R\$	1.041.161,34	R\$	1.041.161,34
R\$		R\$		R\$	
12.493.936,13					

TOTAL 12 MESES					
MÊS 60		MÊS 59		MÊS 58	
nov/20		out/20		set/20	
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11
R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11	R\$	4.600.271,11